



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA-MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2005-2007

Informe Final de Tesis para optar al Título de Máster en Salud Pública

**SITUACION DE LAS USUARIAS DE LA CASA
MATERNA BLUEFIELDS, RAAS, NICARAGUA,
MARZO - JUNIO DEL 2007**

Autora: Janette Joiner Taylor.

Tutora: Alice Pineda Whitaker
MSc. en Epidemiología

BLUEFIELDS, RAAS, FEBRERO DEL 2008

INDICE

	No de Pág.
AGRADECIMIENTO.....	i
DEDICATORIA.....	.ii
RESUMENiii
INTRODUCCION	1-2
ANTECEDENTES.....	3-4
JUSTIFICACION.....	5
PLANTEAMIENTODEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVO.....	7
MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA.....	8-29
DISEÑO METODOLOGICO.....	30-34
RESULTADOS.....	35-37
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	38-44
CONCLUSIONES.....	45-46
RECOMENDACIONES	47-48
BIBLIOGRAFIA	49-50
ANEXOS	

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceras muestras de agradecimiento van dirigidas a Dios en primer lugar por darme salud, fortaleza y confianza en mi misma para poder concluir otra etapa de formación en mi vida profesional.

A la Maestra Alice Pineda Whitaker mi tutora de tesis que supo conducirme durante el proceso y realización de este estudio, a la Lic. Sharon Clark quien me asesoró durante todo el proceso del estudio y al Doctor Donald Jarquin por su apoyo incondicional.

A mis profesores, y amistades que me han apoyado durante el desarrollo de la Maestría.

Mis compañeros de clase por todo el apoyo y comprensión brindada durante el desarrollo de mis estudios; ya que de no ser por la ayuda que me brindaron, no podría llegar a culminar mis estudios.

A las autoridades del Ministerio de Salud (MINSA) por haber depositado su confianza en mí, concediéndome la oportunidad y el permiso para realizar los estudios en especial a la Doctora Lourdes Gutiérrez ex directora del Hospital Regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco, por haber confiado en mi capacidad intelectual.

A las usuarias de casa materna porque sin la ayuda y consentimiento de ellas no fuera posible culminar esta tesis.

También a la enfermera de la casa materna y a la Lic. Jahaira Amador por todo el apoyo que me brindaron durante la realización de la tesis

DEDICATORIA

Con mucho amor y cariño dedico mi tesis, a mi hija Maria Beién Zapata Joiner quién es muy importante en mi vida; además porque ella siempre estuvo motivándome para que llegara a culminar mis estudios con éxito.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es: Describir la situación de las usuarias de la casa materna de Bluefields. Las Variables características sociodemográficas, antecedentes personales, patológicos, obstétricos, historia del embarazo actual, causas de ingresos, percepción de la atención, mecanismos de sostenibilidad, condición materna y neonatal al egreso y los días de estancia diseñando un estudio descriptivo de las usuarias que ingresaron a la casa materna en el período de Marzo – Junio 2007. La muestra utilizada fue el 100% de las usuarias correspondientes al período del estudio.

La información fue obtenida mediante revisión documental de los registros de casa materna y entrevistas a usuarias externas e interna. Los datos obtenidos fueron utilizados durante el período del estudio, La información obtenida fue procesada mediante el paquete computarizado de EPI INFO 3.3.2, y transferido al programa de Excel para su presentación en tablas y gráficos.

El estudio reflejó que las usuarias se encontraban en edad de riesgo y procedían de los municipios donde se registran más muertes maternas, en el momento de su ingreso desconocían sus semanas de gestación e ingresaron por 4 causas.

En la casa materna se brinda una buena atención tanto por parte del médico como de la enfermera. A pesar de que atraviesan por serias dificultades ya que existen varias agencias y organizaciones que han contribuido en su sostenibilidad pero estas no son ayudas fijas y la demanda aumenta cada día más y el presupuesto de FONSAUD no se recibe en tiempo y forma. El promedio de estancia de las usuarias en la casa materna es de 1 - 15 días.

Las recomendaciones van dirigidas a las autoridades competentes enfatizando en que la captación en tiempo y forma y la recomendación de la alternativa de casa materna para que tengan un parto seguro, ayuda a disminuir la tasa de mortalidad materna y perinatal en la región.

INTRODUCCION

La Conferencia Internacional sobre Maternidad sin riesgo llevada a cabo en Nairobi en 1987 convocado por OPS / OMS, lanzó la iniciativa mundial por una maternidad segura, donde se contempla el desarrollo de un plan de reducción de la mortalidad materna en las Américas aprobado en septiembre de 1990 en el que se suscribió el compromiso de reducir las tasas de mortalidad materna por los Ministros de Salud de América.¹

Para finales de 1990 la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo reconocieron y aceptaron esta iniciativa y en 1992 la vigilancia de la mortalidad materna fue declarada una prioridad nacional en los planes de salud en muchos países del mundo.

Esta iniciativa mundial esta basada en la preocupación de que cada año mueren 530 mil mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, siendo esta un problema de salud pública.²

El Programa de Modernización del Sector Salud, promovido por el Gobierno de Nicaragua a través del Ministerio de Salud, con subsidio del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, tiene como objetivo "mejorar el estado de salud de la población con énfasis en los mas pobres", para lo cual desarrolla estrategia de modernización gerencial del sistema de salud, mejoramiento de la calidad de los servicios del nivel primario y secundario y promoción de la equidad en la cobertura de los servicios diferenciado.

En el año 2000 dentro del componente de fortalecimiento de la atención primaria en salud se implementa la estrategia comunitaria de casas maternas o de espera, o albergues maternos. Al iniciar la modernización del sector salud se retoma esta

¹ Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, Gobierno de Nicaragua, MINSA.

² Datos de Informe sobre la Salud en el Mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! O.M.S 2005.

estrategia comunitaria y a partir del año 2001 se inicia un proceso de fortalecimiento de la estrategia, y se organizan casas maternas priorizando la Costa Caribe y la parte central norte del país.

La casa materna de Bluefields fue fundada el 8 de marzo del 2002 debido a la persistencia de altas tasas de mortalidad materna existente en la región. En el 2002 hubo un total de 16 muertes maternas para una tasa de 379 por 100,000 NV.

Cabe mencionar, que las casas maternas por sí solas, no disminuyen la mortalidad materna y perinatal, sin embargo han sido determinantes en su disminución puesto que existen otros factores que intervienen negativamente como son el bajo nivel educativo, factores socioeconómicos, inaccesibilidad geográfica, malas condiciones higiénico- sanitarias, riesgo reproductivo y obstétricos y, los factores relacionado a la deficiente calidad de la atención, entre otros.

Según la clasificación de las muertes maternas se estima que aproximadamente el 80% se deben a causas obstétricas directas. Un elemento en común de la mortalidad materna en la mayoría de los países latinoamericanos, consiste en que su causalidad obedece a complicaciones básicas: Hipertensión gestacional, Hemorragia obstétrica, Abortos, Sepsis puerperal y Parto obstruido.

Las principales causas de muertes perinatales son: prematurez, asfixia neonatal, sepsis bacteriana del recién nacido y malformaciones congénitas. Con este estudio se pretende describir la Situación de las usuarias de la Casa Materna Bluefields – RAAS, Marzo – Junio 2007.

II. ANTECEDENTES

Según las revisiones bibliográficas realizadas en ocasión de esta Investigación, no existen estudios sobre situación de las usuarias de la casa materna en la región, sin embargo la experiencia internacional evidencia que los hogares, casas o albergues maternos representan una alternativa de significativa y eficaz contribución para posibilitar y facilitar el acceso oportuno y la atención adecuada de las mujeres embarazadas en condición de Alto Riesgo Obstétrico. (1)

En Nicaragua algunos centros de hogares maternos ubicados en municipios con índices históricos de mortalidad materna especialmente elevada, está demostrada que esos centros han contribuido a que esos indicadores de salud no sigan creciendo y que en algunos casos hayan disminuidos. (1)

La idea de albergue o casa materna o de espera no es nueva, desde el inicio de siglo XX, ya existían casas maternas en Europa del norte, Canadá, Estados Unidos y Finlandia. En África en los años 50 y en 1962 Cuba construyó su primera casa materna, los cuales tenían como finalidad albergar a embarazadas con problemas obstétricos, sociales, facilitar el acceso geográfico, aumentar la cobertura de los partos institucionales. (2)

En Nicaragua la estrategia de casas maternas surge en la década de los ochenta con la casa materna de Ocotal y la casa del parto natural en Estelí ambos centros surgieron por la necesidad de albergar a mujeres campesinas que por el conflicto bélico vivido en la región norte durante ese período no podían trasladarse en el momento del parto para ser atendidas en un hospital. (3)

Al iniciar la modernización del sector salud, se retoma esta estrategia comunitaria y a partir del año 2001, se inicia un proceso de fortalecimiento de la estrategia, se organizan casas maternas Priorizando la Costa Caribe y la parte Central norte del país. (4)

La casa materna de Bluefields fue fundada el 8 de Marzo del año 2002 debido a la persistencia de altas tasas de mortalidad materna existente en la región. (5)

Según un informe del Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (PROSILAIS)³ señala que el impacto de las casas maternas ha estado relacionado a los siguientes resultados:

- Aumento de cobertura institucional del parto
- Mayor coordinación entre parteras, Ministerio de Salud y sociedad civil
- Disminución de la mortalidad materna y peri natal
- Cambios en la preferencia de atención al parto en los hospitales
- Aceptación de métodos de planificación familiar
- Organización de clubes de embarazadas que intercambian información.

Un informe de la red de casas maternas reflejó que el implemento de esta estrategia fue exitoso en los siguientes puntos:

- Mejoramiento de las referencias
- Cambios de actitudes en las usuarias a partir de la capacitación principalmente aumentando su autoestima y nueva actitud ante la planificación familiar
- Una amplia base de apoyo con parteras y promotores han recibido capacitación, permitiendo, identificar oportunamente mujeres en riesgo
- Y las mencionadas en el proyecto PROSILAIS. (2)

³ MINSA-PROSILAIS Núm. 4, Sobre Casas Maternas 1999. OPS/OMS/UNICEF-ASDI

III. JUSTIFICACION

La mortalidad materna es un daño a la salud que lesiona gravemente la unidad familiar, la comunidad, el desarrollo de un país y sobre todo los hijos que quedan en el abandono, víctima de violencia, explotación, prostitución, deserción escolar, drogadicción entre otros.

Este estudio es de interés de la región ya que no existe ningún otro estudio sobre el tema, y porque la RAAS ocupa unos de los primeros lugares de las zonas más afectadas por los altos índices de mortalidad materna y perinatal, en el 2006 se presentaron 17 muertes maternas, 7 de ellas en el municipio de La Cruz de Río Grande, 3 en el Tortuguero, 1 en la Desembocadura del Río grande de Matagalpa, 3 en Cukra Hill, 1 en Laguna de Perlas y 2 en Bluefields. También porque la casa materna de Bluefields no solo alberga las embarazadas de este municipio si no de toda la región.

Con el resultado obtenido se podría mejorar la atención, mediante el fortalecimiento de la actividad asistencial médica y de enfermería al igual que la educación y consejería brindada a las usuarias, sistematizar las experiencias positivas y neutralizar la experiencia negativa para replicarlas al resto de los municipios de la región, también servirá como línea de base para medir en los próximos años el comportamiento de la mortalidad materna y peri natal en las mujeres que acuden a dicha casa materna.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Considerando los distintos aspectos ya planteados se formulan las siguientes preguntas.

¿Cuál es la situación de las usuarias de la casa materna, Bluefields- RAAS, Marzo – Junio 2007?

La cual se desglosa más específicamente en las interrogantes:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las usuarias de la casa materna?

¿Cuáles son los antecedentes personales, patológicos, obstétricos, historia del embarazo actual y las causas de ingreso de las usuarias?

¿Cuál es la percepción de las usuarias sobre la atención médica y de enfermería en el período de estancia en la casa materna?

¿Cuáles son los mecanismos de sostenibilidad de la casa materna?

¿Cuál es la condición materna y neonatal al momento de su egreso de la casa materna y el tiempo de estancia en la casa materna?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir la situación de las usuarias de la casa materna Bluefields- RAAS. Marzo – Junio 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar las características sociodemográficas de las usuarias de la casa materna
2. Identificar los antecedentes personales patológicos, obstétricos, la historia del embarazo actual y las causas de ingreso de las usuarias.
3. Describir la percepción de las usuarias sobre la atención médica y de enfermería en el periodo de estancia en la casa materna.
4. Identificar los mecanismos de sostenibilidad de la casa materna.
5. Verificar la condición materna y neonatal al momento de su egreso y el tiempo de estancia en casa materna.

VI. MARCO CONCEPTUAL O DE REFERENCIA

La mortalidad materna en Nicaragua ha descendido en el último quinquenio, sin embargo, sigue mostrando altas tasas, en el año 2001 fue de 115 y en el año 2002 de 96.6 por 100,000 nacidos vivos. Los departamentos más afectados son RAAN, RAAS, Río San Juan, Nueva Segovia y Jinotega; La mayoría de las muertes maternas corresponden a las zonas rurales y una cuarta parte de estas se producen en adolescentes. Las muertes maternas están asociadas a bajas coberturas de la atención prenatal y atención del parto por personal no calificado.

La tasa de mortalidad infantil, sigue siendo alta, según ENDESA, en el 2001 fue de 35.5 por 1000 nacidos vivos. La RAAS ocupa el primer lugar de las regiones más afectadas, esta mortalidad infantil se produce principalmente en el período perinatal. La calidad de la atención del parto tiene un peso importante en las causas perinatales. (6)

En la RAAS la tasa de mortalidad materna fue de 311 por 100,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad perinatal de 15.41 por 1,000 nacidos vivos en el 2005. (7)

La mortalidad materna: Es la defunción de una mujer mientras esta embarazada o en los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, por cualquier causa relacionada con el embarazo, o agravada por el mismo, por su atención, pero no por causa accidental, puede ser directas e indirectas. (8)

Causas Directas: Son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio. Suelen deberse a una de las cinco causas principales: Hemorragias, Hipertensión estacional, Sepsis, complicaciones relacionadas con el aborto y el parto obstruido. (8)

Causas Indirectas: Son producto de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona o se agrava. (8)

Mortalidad Perinatal: Son aquellos fetos que fallecen a las 22 semanas de gestación tiempo en que el peso al nacer es de 500 gramos y termina 7 días después del nacimiento. (8)

La estrategia del Ministerio de Salud es apoyar las casas maternas, las que constituyen una estrategia que ha venido siendo realizada desde la sociedad organizada para contribuir de forma directa a la disminución de la mortalidad materna y perinatal, y extender la cobertura institucional del parto. (10)

Las Casas Maternas: Son centros alternativos que brindan albergue, atención y educación en salud a las mujeres con prioridad a las embarazadas con Alto Riesgo Obstétricos que proceden del área rural, con el propósito de reducir las muertes maternas y peri natales. Brindan atención con calidad y calidez. (2)

Calidad: Capacidad de brindar un servicio de salud, atendiendo las normas y satisfaciendo las necesidades del usuario. (3)

Calidez: Se identifica con la aceptación incondicional del paciente, constancia de los sentimientos de respeto y apoyo del entrevistador con independencia de las actitudes, sentimientos o acciones concretas del paciente, en un momento dado.

Los embarazos con Alto riesgo Obstétrico son aquellos en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto. (12)

Los factores de riesgo: Son características que presentan una relación significativa con un determinado daño. Y pueden ser: Endógenos o Biológicos propios del individuo (edad, paridad, peso, talla etc.) y Exógenos o del medio ambiente. En este se incluyen características o factores pertenecientes a diversos sistemas relacionados con la salud individual o colectiva (sistemas de salud, de educación, económico, social, etc.). (12)

El objetivo de las casas maternas es garantizar el alojamiento, promoción básica de la salud a las mujeres embarazadas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los servicios de salud para la atención institucional del parto en las unidades del Ministerio de Salud. (13)

El Ministerio de salud establecerá colaboración en zonas con población pobre y de difícil acceso a los establecimientos de salud, para incidir directamente en extender la cobertura institucional del parto. (13)

El albergue agrega valor al servicio de hotelería, condiciones para preparar la alimentación y coordinación de la atención médica con el Ministerio de Salud incorporando los componentes de promoción / prevención básica de salud e iniciativas de sostenibilidad desde la sociedad civil. (13)

El albergue se establecerá según el flujo grama de atención que se mencionará a continuación. La atención institucional del Ministerio de Salud se ejecutará según las normas y procedimientos establecidos por la Dirección de Atención Integral a la Mujer Niñez y Adolescencia. (13)

Flujo grama de Atención de la Embarazada

- El proceso de atención inicia al darse la referencia de una partera, personal de salud y de forma espontánea en mujeres que conocen de la casa materna.
- La embarazada se presentará a la casa materna con una transferencia de la unidad de salud, que valore el estado integral de la embarazada para manejo ambulatorio, casa albergue, hogares maternos, podría ingresar con la referencia, para los casos referidos deben visitar la unidad de salud mas cercano para la valoración médica.

- La valoración médica del centro de salud o el hospital estará basado en las normas preestablecidas para la atención integral de la Mujer, Niñez y Adolescentes.
- A toda mujer embarazada se le llenará una ficha de ingreso con datos generales, ella portará la hoja de Historia Clínica Perinatal (HCP) a cargo del médico del Ministerio de Salud.
- A las mujeres en puerperio temprano se dará evolución en la ficha que lleva la casa materna.
- Se coordinará con el centro de salud la valoración médica que sea necesaria de las embarazadas albergadas a fin de que, en el albergue no se produzca algún evento propio del embarazo.
- Una vez valorada la mujer se darán a conocer las normas del albergue, las cuales deben estar a la vista de todas las embarazadas.
- Se les entregarán dos batas para la estancia en el albergue.
- Se le asignará una cama acondicionada con dos sábanas y una almohada.
- Se les dará instrucciones para el lavado de ropa la que deberá ser preparada por ellas misma.
- Se entregarán tres raciones alimentarias en las horas establecidas para el desayuno, almuerzo y cena que deberá ser preparada por ellas mismas.
- A diario se solicitará que el personal de salud valore el estado de las embarazadas y los exámenes y medicamentos serán suministrados por la unidad de salud más cercana.

- Para el egreso será necesario la valoración médica que se transcribirá en el expediente de la casa materna.
- Se llevará estricto registro de las mujeres y de los bebés que se han beneficiado
- La casa dispondrá para la preparación de los alimentos de enseres para la cocina y un comedor.(13)

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL ESTRATEGICA DE LA CASA MATERNA

Al nivel superior del MINSA central se designa a la Dirección General de Servicios de Salud del MINSA para que garantice a nivel institucional que la estrategia sea implementada según esta establecida en el reglamento.

Se organiza un Comité Técnico de Atención Primaria en Salud (COTAPS), que estará presidido por Director General de Servicios de Salud e integrado por:

- Delegado de la Dirección de Primer Nivel de Atención.
- Delegado de la Dirección de Enfermería.
- Delegado de la Dirección Atención Integral de la Mujer, Niñez y / o Adolescencia.
- Delegado de Segundo Nivel de Atención.

A nivel de la casa materna se organiza un comité local de Dirección de las casas maternas que estará presidido por el responsable de la casa materna y estará integrado por los siguientes miembros:

- Representante del Minsa local.
- Representante del Comité de salud.
- Gobierno local (Alcalde, Comisión Social y Pertinentes)

- Miembros de Honor que la Sociedad Civil estime conveniente (13)

Las Funciones del Comité Técnico de Atención Primaria en Salud

- Este comité será el responsable de garantizar la implantación de la casa materna según el reglamento.
- Asegurar el Monitoreo Seguimiento para cumplir el presente reglamento operativo.
- Facilitar la aprobación de los convenios con los proveedores de albergue.
- Coordinar con el SILAIS la asistencia Técnica de la casa materna.
- Por delegación de la Dirección General de Servicios de Salud podrá suspender la casa materna con funcionamiento deficiente.
- Presentar informes al Comité de Dirección Técnico (CDT) sobre el avance de la casa materna (13).

Funciones del Comité Local de Dirección de las Casas Maternas

- a) Funcionará como una instancia consultiva, realizará las gestiones para la instalación y buscará fuentes de financiamiento sostenible.
- b) Facilitar el eficaz cumplimiento del manual operativo en las casas maternas
- c) Velar por la óptima utilización de los recursos.

- d) Será el responsable de apoyar las iniciativas de sostenibilidad, negociar y suscribir convenios de cooperación con organismos bajo su propia responsabilidad.
- e) Monitoreo de la casa materna, del alojamiento, alimentación y la promoción prevención a las embarazadas, previsto en el reglamento operativo

Conocer los informes mensuales de la ejecución de compromisos adquiridos, Según términos del convenio.

Presentar requerimientos para la construcción y equipamiento al fondo de Inversiones sociales de emergencia y otros organismos de colaboración. (13)

Funciones de la Casa Materna

La casa materna debe cumplir con los requisitos mínimos de organización, instalación y funcionamiento que han sido previstos en el reglamento.

- a) Albergar de forma oportuna a la embarazada, canalizando su atención integral ante las unidades resolutivas del Ministerio de Salud, según criterios de ingresos.
- b) Promover hábitos de vida saludable en coordinación con el Ministerio de Salud y otros organismos.
- c) Coordinar con la sociedad civil y Organismos No Gubernamentales organizados a nivel local, para la promoción de los servicios de la casa materna y canalización de alternativas de sostenibilidad desde su apertura.
- d) Establecer estrecha coordinación con las parteras y la red comunitaria, con la finalidad de promover el uso adecuado de la casa materna y la referencia de embarazadas de comunidades lejanas.

- e) Gestionar el financiamiento para gastos recurrentes, actividades de rehabilitación, equipamiento y capacitación que requiere la casa materna.
- f) Debe de implementar la propuesta de sostenibilidad en la que se han comprometido los actores sociales de cada localidad.
- g) Será la encargada de administrar los fondos destinados para el funcionamiento, y presentará informes periódicos de los resultados de su gestión según se establece en el reglamento operativo.(13)

Principio

1. Gratuidad del servicio: La embarazada no pagará los servicios previstos en el presente reglamento, sin embargo se promocionará la colaboración
2. voluntaria en especie y alimentos por ser una forma social y cultural de expresar la compensación del servicio.
3. Solidaridad de la Sociedad Civil: La sostenibilidad de la estrategia depende de las iniciativas que desarrolle la sociedad civil, aportando sus recursos, para que las embarazadas de comunidades lejanas tengan la oportunidad de recibir los servicios de salud de forma oportuna mejorando la cobertura y la equidad.
4. Colaboración interinstitucional: La casa materna establecerá actividades de colaboración con instituciones estatales y no estatales para garantizar el uso adecuado del albergue y la canalización de la ayuda multisectorial.
5. Universalidad: La casa matema dará alojamiento a toda embarazada procedente de áreas de difícil acceso, sin distingo social, étnico y religioso.(13)

La Administración Local de la Casa Materna

El proveedor del servicio del albergue debe ser un organismo privado local, sin fines de lucro, legalmente constituido, cumplir con los requisitos mínimos de instalación y funcionamiento que han sido previstos en el presente reglamento operativo y con el compromiso de manejar la casa materna de forma sostenible.(13)

Requisitos del Proveedor de Servicios de la Casa Materna

- Legalidad Comprobada: Personería jurídica y acta constitutiva.
- Carta aval del comité local de salud o de la sociedad civil.
- De ser posible debe tener experiencia en administrar proyectos comunitarios
- Dispuestos a coordinar alternativas de sostenibilidad con la sociedad civil.
- Reconocimiento y aceptación de la comunidad.
- Necesidad sentida de la población.(13)

CRITERIOS Y REQUERIMIENTOS PARA LA INSTALACION DE LA CASA MATERNA

Criterios de Elegibilidad de la Casa Materna

- a) Población con limitado acceso a los servicios de salud.
- b) Disponibilidad de terreno y/o edificio para la instalación de la casa materna (escritura públicas)

- c) Propuesta técnica y financiera de instalación y funcionamiento de la casa materna.
- d) Cercanía de la Casa materna al centro de salud con camas o un Hospital de referencia.
- e) Identificación de alternativas de sostenibilidad futura de la casa materna.
- f) Indicadores Deficitarios: Mortalidad Materna y Perinatal mas elevada que la media nacional.
- g) Población en alta o extrema pobreza.
- h) Interés y apoyo de autoridades locales y la sociedad civil.
- i) Capacidad organizativa local para manejar la casa materna.(13)

Requerimientos para la instalación y funcionamiento de la Casa Materna

Las casas maternas, se ubican en las cabeceras departamentales y/o municipales donde existan unidades de salud con capacidad resolutive para la atención del parto.

(13)

La Casa Materna debe Conocer y Tener Disponible

- El reglamento operativo.
- La resolución Ministerial del Ministerio de Salud.
- Pautas de procedimientos y normas administrativo.

- Pautas para la organización y operaciones.
- Pautas para el monitoreo, supervisión y evacuación de la Casa Materna

Habilitación

Es el proceso rector que desarrolla el Ministerio de Salud para autorizar el funcionamiento de una entidad privada que cumple con los requisitos y criterios para asegurar un confort mínimo al usuario y al prestador del servicio.

El Ministerio de Salud considera que un albergue esta habilitado para casa materna si la comunidad tiene edificaciones o casas en la comunidad (con legalidad demostrada) aptas para el alojamiento a las embarazadas de comunidades lejanas a las cuales se realice inversiones de la infraestructura se detalla en el siguiente capítulo.

Donde no haya locales construidos se harán gestiones de construcción ante organismos de cooperación y/o el Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE).
(13).

Infraestructura

- Ambientes Físicos Deseables: Área de dormitorios, Área de estar, cocina, comedor, servicios sanitarios y baño.
- El diseño arquitectónico sugerible es en forma de U.
- La casa debe tener ventilación e iluminación natural.
- La capacidad de la casa materna va a depender de la población demandante del área rural, oscilando de 5 hasta 15 camas en Municipios cuya población oscila de 20,000 a 50,000 habitantes.
- Las construcciones deben ser de una sola planta o nivel para permitir el desplazamiento de las embarazadas, en las zonas donde las construcciones son altas deben de usarse rampas con pasamanos.

- Las puertas y baños deben tener el abatimiento hacia fuera.
- La instalación debe tener agua intradomiciliar, pozo, pila o tanque elevado.
- Es recomendable contar con paneles solares para la obtención de energía solar renovable y sostenible para la casa materna (traga luz).
- En el caso que no haya local, para la edificación y equipamiento de la casa materna se debe preparar el proyecto requerido por el Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE) u otro organismo de cooperación vinculado a la salud que apoye la iniciativa de la salud materna e infantil.
- Para preparar el proyecto requerido por el Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE) se hace necesario cumplir con los criterios de elegibilidad detallados en el presente reglamento.(13)

Recursos Humanos

La casa materna debe contar con el siguiente personal: Un coordinador y de forma opcional, un responsable de operaciones, personal de salud no permanente (según convenio con el Ministerio de Salud y personal voluntario de las comunidades (13).

El coordinador (a)

Es el responsable de la casa materna, garantiza el funcionamiento según el reglamento operativo, promueve el uso racional de los recursos, rendición de cuentas, lleva el control y registro de las usuarias y de las relaciones de coordinación que se establecerán tanto con las autoridades institucionales como con los actores sociales de las comunidades en particular las parteras, otras funciones están descritas en el presente, manual.

El coordinador (a) debe poseer conocimientos administrativos, ser sensible a la problemática social y experiencia en trabajo comunitario, la preparación académica debe como mínimo ser bachillerato, aunque idealmente debe ser técnico o profesional, en dependencia de la capacidad local.(13)

Responsable de operaciones

Es el responsable de garantizar el aseo, orden y disponibilidad de los alimentos, colabora en el establecimiento de las coordinaciones para la atención médica de las usuarias, apoya el registro de ingresos y egresos de las mujeres embarazadas y de las actividades de educación en salud, realiza gestiones que le son asignadas.

La persona que ocupa este cargo debe poseer conocimientos o haber recibido adiestramiento en materia de educación en salud, sensible a la problemática social y con experiencia en trabajos operativos. (13)

Personal no permanente

Personal del Ministerio de Salud: no debe permanecer en la casa materna, sin embargo, cuando la unidad de salud mas cercana quede a distancia, los centros de salud o el hospital programan las visitas a la casa materna, serán los responsables de la atención integral a las embarazadas hospedadas, desarrollaran las funciones normales asignadas y que hayan quedado establecidos en el presente reglamento.

El personal Voluntario y Cooperantes: tendrá la responsabilidad de la captación de mujeres embarazadas de comunidades lejanas hacia la casa materna. Se dará importancia especial a las parteras y brigadistas que ya trabajan coordinadas con la entidad administradora de la casa materna, sociedad civil y con el Ministerio de Salud. (13)

Equipamiento

El equipo que básicamente requerirá una casa materna esta con relación a mobiliario de hotelería: camas, abanicos de pedestal, mosquiteros, mesa de noche y utensilios de cocina y alimentación.

Área Administrativo

1 mesa pequeña o escritorio para la coordinación.

1 maquina mecánica de escribir y papelería de oficina.

Equipamiento Hotelería

Camas

Mesa de noche

Abanicos

Baldes (cubetas) de plástico de 12, 1 por cada 5 camas

Mosquiteros

Almohadas

Batas

6 sillas de balancines para estar.

Toallas de mano

Toallas de baño

Juego de sábanas y fundas

Área de Cocina

Una cocina

Juego de ollas grandes

Juego de cubiertos

Juego de vasos

Juego de picheles

Juego de platos

Juego de cuchillos de cocina

Juego de tazas soperas

Juego de cucharas de cocina

Juego de comedor

Refrigerador

Área para el chequeo médico. (13)

LOS SERVICIOS DE LA CASA HOGAR O ALBERGUE MATERNO

Toda embarazada que cumple con los criterios de ingreso se le brindará: hospedaje, condiciones para la preparación de alimentos, gestiones para la atención institucional del control prenatal, parto y puerperio en el Ministerio de Salud y promoción de la salud de la madre y del recién nacido.

Para el servicio de albergue la casa materna contará con criterios de ingreso y egreso de las usuarias que demanden sus servicios que se detallan a continuación.(13)

Criterios de Ingreso de la Embarazada del Hospedaje

- Serán ingresadas las mujeres embarazadas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los Servicios de Salud para la atención institucional del parto, con bajos ingresos económicos y que soliciten ser albergadas.

- Para el ingreso es recomendable: La valoración médica o de la partera. Cuando la partera efectuó la referencia, se procederá a canalizar la valoración del médico del centro de salud o el hospital más cercano. Se deben aceptar el ingreso de mujeres procedentes de áreas lejanas que asistan de forma espontánea.
- La admisión de la embarazada se establece en un promedio de 10 días antes de la fecha probable de parto.
- Se ingresarán las mujeres en puerperio temprano, de alta hospitalaria y en recuperación.
- Las puérperas sin riesgo o con recién nacidos complicadas e ingresadas en el hospital. (13)

Gestión para la Atención Médica de las Usuarías

- Los servicios de salud aledaños a la casa materna deben responsabilizarse por la atención integral de la salud de las mujeres que allí se encuentren alojadas.
- La coordinación de la casa materna se encargará de gestionar el cumplimiento del convenio establecido con el Ministerio de Salud.
- La casa materna no tendrá en custodia el expediente de la usuaria.
- La casa materna coordinará la atención del parto y el centro de salud realizará los traslados en el caso que la casa materna no tenga capacidad de transporte.(13)

Actividades de Promoción y prevención Básica de la Salud

- Durante la permanencia se aprovechará para realizar actividades de promoción básica de la salud.
- Las actividades educativas enfatizarán en los cuidados del embarazo, parto y puerperio, factores de riesgo causales de la mortalidad materna perinatal, enfoque de género y consejería en planificación familiar.
- La casa materna podrá coordinar apoyo en materia de educación y promoción en salud con otras instituciones y organizaciones.
- La casa materna establecerá coordinación con las parteras para la referencia de las embarazadas de comunidades lejanas.(13)

Estudio de la Demanda

- a) Una vez identificadas las comunidades potenciales usuarias de la casa materna, se estimará el número de partos de riesgo estimados anualmente en las comunidades.
- b) De acuerdo a la capacidad de las camas se debe estimar la cobertura que tendrá la Casa Materna.
- c) Los estimados de población deben corroborarse con censo locales que dispongan las instituciones estatales, el CEMA, la Alcaldía o el Ministerio de Salud o incluso algunas Organizaciones No Gubernamentales que trabajen en la zona.
- d) La Casa Materna debe establecer colaboración con: Brigadistas, colaboradores y parteras, así como las instituciones del área de influencia.(13)

ASIGNACION DE RECURSOS

Los registros se llevan según se describe en la propuesta de manual administrativo financiero para casa materna. Los gastos subsidiables por el Ministerio de Salud serán los relacionados a alimentación, servicios básicos y dos recursos humanos: el coordinador y el responsable de operaciones que se encuentren establecidos en el convenio. (13)

El ministerio de salud a través del MINSA / FONSAUD subsidiará a las casa maternas por el período establecido en los convenios de colaboración, sin embargo, será con el desarrollo de las acciones de sostenibilidad que garantizará el funcionamiento permanente de las casas maternas. (14)

El financiamiento subsidiario que el MINSA / FONSAUD ha otorgado a las casas maternas, incluye subsidios para:

- **Movilización.**

- **Servicios básicos (agua, luz, teléfono)**

- **Materiales de oficina.**

- **Gas butano, leña o carbón**

- **Combustible**

Los cuales utilizarán la casa materna para contribuir al desarrollo de esta estrategia que permitirá reducir el índice de mortalidad materna en nuestro país y en las localidades donde se encuentren ubicadas las casas maternas. Por lo tanto es muy importante asegurar el uso racional de estos recursos. (14)

Modalidad de asignación de Recursos

El Ministerio de salud a través del Programa Modernización del Sector Salud aportará un subsidio de gastos recurrentes, actividades de rehabilitación, equipamiento y capacitación en la fase inicial y de forma decreciente, basado en el reglamento operativo e instrumentos diseñados para este fin.

La Casa Materna podrá gestionar la brecha de recursos con las organizaciones de cooperación solidarias (13)

Para establecer el subsidio, se considera la propuesta de sostenibilidad en la que se han comprometido los actores sociales de cada localidad, los rubros y montos quedan establecidos en el convenio de colaboración (13)

Aportes en especie: se dará prioridad a los aportes en alimentos que efectuó la embarazada los cuales se contabilizarán como aporte de la comunidad, de la misma forma se llevará registro de los aportes que vayan efectuando la sociedad civil en el marco de la sostenibilidad (13)

Los subsidios podrán entregarse de forma trimestral, siempre y cuando se cumpla los indicadores mensuales referidos a:

Número de ingresos de embarazadas/ convenio

Número de mujeres con atención institucional de parto

Índice de ocupación no menor del 80%

Estancias medias de 15 días. (13)

Convenios

En los convenios de colaboración se establecerán las formas, montos y plazos para establecer los subsidios a la Casa Materna.

Una vez definidos los rubros de la propuesta de sostenibilidad, se procederá a la firma de convenios, que serán debidamente revisados por asesoría legal, estableciendo los derechos y obligaciones de las partes. (15)

La Evaluación de Convenios y del Componente

Se aplica metodología de evaluación para medir el cumplimiento del presente reglamento y para la evaluación de los convenios se determinarán los indicadores base de cobertura a las comunidades y de la cobertura de parto institucional de cada Casa Materna. Adicionalmente se debe vigilar la incorporación de iniciativas de sostenibilidad social.

La responsabilidad de la evaluación la tendrá el comité de dirección local y el Comité técnico de Atención Primaria de Salud (COTAPS). (13)

MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DE LA CASA MATERNA

La Supervisión Capacitante

El éxito de la estrategia de casa materna depende de la supervisión Capacitante en el proceso de la ayuda técnica y la retroalimentación a las personas que lo ejecutan.

El sistema de monitoreo y supervisión tomará en cuenta; los niveles locales de la sociedad civil y las unidades de salud del MINSA municipal y SILAIS, para este fin se han establecido los siguientes indicadores. (13)

Los Indicadores Base

- Número de mujeres hospedadas por Municipio o Comarca de Procedencia.

- Promedio de estancia.
- Índice de ocupación
- Aumento de los partos institucionales en el municipio
- Raciones de alimentos servidos a las embarazadas
- No. De embarazadas que han recibido educación en salud
- Cobertura de mortalidad materna y peri natal.(13)

MODIFICACIONES AL REGLAMENTO OPERATIVO

El comité local, entidad gestora de la Casa Materna podrá sugerir modificaciones al presente reglamento, para ser adaptado a las circunstancias de desarrollo de las Casa Materna

Las modificaciones estarán a cargo de la Dirección General de Salud a través del Comité Técnico de Atención Primaria en Salud (COTAPS) (13)

FACTORES OBSTACULIZADORES DE LA EXPERIENCIA DE CASAS MATERNAS

- Falta de recursos materiales.
- Infraestructura inadecuada.
- Poca capacidad de aporte de las usuarias (3).

La casa materna de Bluefields está ubicado en el barrio San Pedro, frente al hospital Regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco, en la ciudad de Bluefields, Región Autónoma del Atlántico Sur. Es una estrategia comunitaria que suma voluntades, buscando el consenso de diferentes actores institucionales y comunitarios que tiene como objetivo principal contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal de la Región

Autónoma Atlántico Sur, facilitando el acceso al parto institucional de las mujeres embarazadas del área rural. (5)

Alberga a mujeres embarazadas procedentes de los 7 municipios de la Región, con factores de riesgo 1 ó 2 semanas antes del parto para recibir atención médica especializada en el hospital y 1 ó 2 semanas después del parto mientras salen las pequeñas embarcaciones hacia sus respectivas comunidades, brindando alojamiento antes y después del parto, donde existe condiciones, para la elaboración de sus alimentos, lavado de ropa, descanso y aseo personal, contribuyendo ellas en el aseo del local. Aprovechando su estadía se promueven comportamientos y actitudes positivas hacia el uso de la casa materna, también se promueve la prueba de VIH, lactancia materna y el uso y aceptación de los métodos de planificación familiar, hábitos de vida saludable (baño, lavado de manos, etc.).(5)

Las usuarias participan en actividades educativas de prevención básica de la salud, haciendo énfasis en cuidados del embarazo, parto y puerperio, factores de riesgo, cuidados del recién nacidos, educación en derechos ciudadanos, sexualidad, enfoque de género, violencia intrafamiliar entre otros, se brinda consejería en enfermedades de transmisión sexual, VIH/ SIDA, planificación familiar. (5)

También participan en actividades recreativas realizando manualidades como tejido, costura y en ocasiones reciben clase de cocina. Permite además fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia comunitaria y que las parteras y brigadistas pueden ofertar estos servicios y así contribuir a elevar el parto institucional y el control del puerperio. (5)

A algunas de las usuarias se les practica la esterilización quirúrgica antes de egresar de la casa materna, otros regresan para que se les practique después de un período de tiempo y las demás egresan con algún otro método de planificación familiar, egresan con conocimientos nuevos. (5)

El local donde se encuentra ubicada es propio. También cuenta con un solo recurso humano laborando, (personal enfermera profesional) que no ha recibido la suficiente capacitación y no es permanente. Esta casa materna cumple con los principios, criterios de ingresos de las usuarias y el flujo grama de atención de las casas maternas. (5)

Desde su inicio en el 2002 hasta el año 2006 se han firmado convenios de colaboración para el funcionamiento y sostenibilidad de esta estrategia entre la Ministra de Salud, casa materna de Bluefields y SILAIS Región Autónoma Atlántico Sur. Gestionada por fundación de profesionales para la investigación y desarrollo de la Costa Caribe de Nicaragua FIDECC, que es un organismo que representa a la sociedad civil. (15)

También fueron firmados convenios de colaboración con MINSA / FONSAUD, pero el presupuesto de la casa materna será cubierto con financiamiento procedente de:

- Contribuciones voluntarias en especie por las beneficiarias.
- Donaciones de organismos nacionales e internacionales.
- Ingresos por acciones propias del ONG e instancia responsable de la casa materna.
- Subsidio por el MINSA / FONSAUD según lo establecido en el convenio (14).

MODELO EXPLICATIVO DEL PROBLEMA



VII. DISEÑO METOLOGICO

El área de estudio es la casa materna ubicada en el municipio de Bluefields, que alberga embarazadas de los diferentes municipios de la RAAS.

Tipo de Estudio Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cuali cuantitativo, acerca de la situación de las usuarias de la casa materna, Bluefields- RAAS. Marzo - Junio 2007.

Universo y Muestra

El universo y muestra del estudio están constituidos por el (100%) de usuarias que ingresaron a la casa materna de la ciudad de Bluefields- RAAS, en el período comprendido del estudio.

Unidad de Análisis: Usuarias de la Casa Materna

Unidad de observación: Casa materna

VARIABLES:

A continuación se presentan las variables del estudio acorde a cada uno de los objetivos específicos, cuya operacionalización se presenta en anexo.

1. Características sociodemográficas

- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Municipio de procedencia
- Etnia
- Ocupación

2. Antecedentes personales

Patológicos

- Hipertensión
- Diabetes
- Enfermedad del corazón
- Asma
- Ninguno
- Otros

Obstétricos

- Gesta
- No. partos
- Período intergenesico
- Abortos
- Cesárea
- Lugar del último parto

Historia del embarazo actual

- Control prenatal
- Semanas de gestación al ingreso
- Complicaciones durante el parto

Causas de ingreso

- Primigesta menor de 18 años y Multigesta mayor de 35 años
- Desconocimiento de su FUR Y FPP
- Lejanía
- Mala posición del bebé

3. Percepción de la atención médica y de enfermería que se brinda en la casa materna

- Percepción del tiempo de estadía de la enfermera
- Percepción de la atención médica
- Percepción de la higiene en la casa materna
- Calidad de la alimentación
- Recomendación de la casa materna
- Charlas educativas
- Servicios gestionados
- Percepción de la enfermera
- Privacidad
- Acompañamiento de la enfermera durante la atención medica
- Tiempo de estadía de la enfermera

4. Mecanismos de sostenibilidad de la casa materna

- Aportes de las usuarias
- Contribuciones de agencias y organismos regionales
- Contribuciones de organismos nacionales
- Contribuciones de organismos internacionales
- Presupuesto de FONSALUD, MINSA
- Actividades propias de la casa materna

5. Condición de salud al egreso de la casa materna

- **Materno**
- **Método de planificación**
- **Tratamiento**

- **Días de estancia**
- **Neonato**
- **Certificado de nacimiento**

Criterio de Inclusión:

- Ser mujer en estado de embarazo, parto, o puerperio.
- Haber ingresado a la casa materna con referencia de algún municipio o del Hospital. Regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco.
- Haber ingresado o permanecido en la casa materna durante el periodo del estudio.
- Que este de acuerdo en participar en el estudio.

Criterio de exclusión:

Todo lo que no está incluido en el criterio de inclusión.

Fuente y obtención de datos:

- **Primaria:** Usuarías externas e interna
- **Secundaria:** fichas de ingreso, informes, libros de registro

Técnicas e instrumentos

Se elaboró una guía de revisión documental para obtener información de la Ficha de ingreso de las usuarias, según las variables del estudio. También se elaboró guía de entrevista estructurada con preguntas abiertas y cerradas los cuales fueron aplicados a usuarias externas e interna.

Procesamiento de los datos

Se utilizó el paquete estadístico Epi-Info, versión 3.3.2. Una vez realizado el procesamiento de los datos se procedió a ordenar las respuestas siguiendo el orden de los objetivos específicos. Para la redacción de resultados se utilizó el sistema computarizado de Microsoft Word Windows 2000.

Análisis de datos

El análisis se realizó a partir de frecuencias simples los cuales fueron reflejados en tablas y gráficos para su mayor comprensión.

Trabajo de campo

Se solicitó autorización verbal a la coordinadora de la casa materna para la realización del estudio, también a la enfermera responsable de la casa materna con el fin de obtener la información necesaria para este estudio y la participación voluntaria de las usuarias para el llenado del cuestionario.

Aspectos éticos

Para la revisión de fichas y registros de la casa materna se hizo énfasis en la confidencialidad de los datos obtenidos, los cuales fueron utilizados solo para fines del estudio y se omitió el nombre de la usuaria, para llevar acabo la entrevista se solicitó la participación voluntaria de las usuarias.

VIII. RESULTADOS

Según las características socio demográficas de las usuarias, de acuerdo a edades se distribuyeron de la siguiente manera: de 19 -34 años 47% (36), menores de 18 años 33% (25) y el 20% (15) mayores de 35 años. En relación al estado civil el 50% (38) están acompañadas, mientras el 29% (22) son casadas, y un 21% (16) son solteras. Según el nivel de escolaridad encontramos que el 45% (34) de las usuarias cursaron la primaria, el 37% (28) eran analfabetas, y el 18% (14) con un nivel de secundaria. De acuerdo a la etnia se encontró el 71% (54) Mestizas, 17% (13) Misquitas; 8% (6) de Creoles y un 4% (3) Ramaquies. Según ocupación el 92% (70) son amas de casa, un 5% (4) domésticas, y un 3% (2) trabajadoras agrícolas.

(Ver tabla 1)

Según el lugar de procedencia, el 21% (16) proceden del sector rural del municipio de Bluefields, el 20% (15) del Tortuguero, 18% (14) de Laguna de Perlas, el 16% (12) de Cukra Hill, el 11% (8) de La Cruz de Río Grande, 9% (7) de Corn Island y el 5% (4) de la Desembocadura del Río Grande de Matagalpa. (Ver tabla 2)

Entre los antecedentes personales patológicos de las usuarias se encontró que el 84% (64), no presentaron ningún antecedente patológico, y entre las que presentaron, el 8% (6) padeció de asma el 7% (5) de hipertensión y el 1% (1) refirió padecer de alguna enfermedad del corazón. En relación a los antecedentes obstétricos el 34% (26), eran primigestas, el 25% (19) gran multigestas, el 24% (18) multigestas y el 17% (13) son Bigestas. Según el número de partos, el 37% (28) eran nulípara, el 26% (20) tenían de 1a 2 hijos; el 20% (15) de 3 a 5 hijos y el 17% (13) tenían 6 ó mas. En relación al período intergenésico cabe señalar que el 40% (31), tuvieron un período de 3 años o más, pero también encontramos un 37% (28) sin partos anteriores, luego un 20% (15) de 1 a 2 años y un 3% (2) sin datos en la ficha. Con respecto al lugar de terminación del último parto, el 32% (24) fueron institucionales, el 30% (23) domiciliarias 37% (28) sin partos anteriores y el 1% (1) sin datos en la ficha.

(Ver tabla 3).

Continuando con los antecedentes obstétricos, según abortos el 20 % (15) lo referían, y el 80% (61) no refirieron. El 4% (3) tienen antecedente de cesárea y el 96% (73) no tienen. Con relación al embarazo actual el 97% (74) se realizaron controles prenatales, y el 3% (2) refirieron no habérselo realizado. (Ver tabla 4).

Según las semanas de gestación al ingreso a la casa materna el 40% (30) la desconocían, el 38 % (29), tenían más de 37 semanas, el 16 % (12) de 29- 36, el 5% (4) de 23 a 28 y el 1% (1) de 20- 22 semanas. (Ver tabla 5).

Según complicaciones durante el parto el 87% (66) no presentaron, el 9% (7) sin datos en la ficha, el 3% (2) presentó hemorragia post parto, y el 1% (1) parto obstruido. (Ver tabla 6)

Según las causas de ingreso 33% (25) ingresaron por 4 causas, el 30% (23) con 3 causas, el 20% (15) más de 4 causas y el 17% (13) con 2 causas. (Ver tabla 7).

De acuerdo a la percepción de las usuarias el 89 % (68) refirieron haber recibido charlas educativas, y el 11% (8) refirieron no haber recibido. En relación a la privacidad el 100% (76) refieren que sí se les respeta. Sobre el acompañamiento de la enfermera durante la atención médica el 100% (76) refieren que la enfermera no las acompaña. Es importante señalar que el 100% (76) de las usuarias refieren que recomendarían a otras el uso de la casa materna. (Ver tabla 8)

Con relación a los servicios gestionados por la enfermera al 70% (53) se les gestionó exámenes de laboratorios, 76% (58) medicamentos, 54% (41) la realización de ultrasonidos, al 100% (76) consulta, con el especialista, 66% (50) transporte de regreso a su comunidad, y 18% (14) ropas para su bebé. (Ver tabla 9.)

En relación a la percepción de la atención recibido por la enfermera el 87% (66) refieren que es buena y el 13% (10) la percibieron como excelente. En relación a como perciben las usuarias, la atención brindada por los médicos 74% (56), la

consideran buena, y el 26% (20) excelente. Sobre las condiciones de alojamiento de la Casa Materna, el 100% (76) de las usuarias refirieron que la higiene de la casa materna es buena, mientras el 82% (62) consideran como buena la alimentación, y el 18 % (14) regular. (Ver tabla 10).

Con relación al tiempo de estadía de la enfermera en la casa materna el 60% (46) refieren estar acompañadas de ella 8 horas diarias, un 33% (25) refieren que menos de 8 horas y el 7% (5) más de 8 horas. Sobre el tiempo de estadía de las enfermeras en la Casa Materna, el 100% (76) de las usuarias lo consideran insuficiente. (Ver tabla 11).

El mecanismo de sostenibilidad de la casa materna, es asegurado gracias al apoyo de Agencias y Organismos regionales, nacionales e internacionales, aportes de las usuarias tanto con su fuerza laboral como en especie en algunas ocasiones y a un presupuesto de FONSAUD que varía por año y por actividades propias de la casa materna. El aporte brindada por las usuarias (Ver tabla 12)

Según la condición de egreso materna el 100% (76) egresaron sanas de la casa materna. En cuanto a los neonatos el 93% (71) egresaron en condición sano el 4% (3) fueron referidos a otro nivel de resolución, y el 3% (2) fallecieron. (ver tabla 13`)

Como valor agregado al servicio inicial de la Casa Materna, el 75% (57) egresaron con un método de planificación familiar, el 20% (15) no tenían datos en ficha sobre este servicio de planificación y el 5% (4) egresaron sin métodos. El 78% (59) egresaron con tratamiento, 21% (16) no tenían datos en la ficha, y el 1% (1) egreso sin tratamiento. El 93 % (71) egresaron con certificados de nacimiento el 4% (3) sin datos de entrega, y un 3% (2) no egresaron con certificado por haber fallecidos. (Ver tabla 14)

Según los días de estancia de las usuarias el 67% (51) es de 1-15 días, el 25% (19) de 16 -30 días y el 8% (6) con más de 30 días. (Ver tabla 15)

IX. DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas de las usuarias de la casa materna el estudio reflejó que el mayor número de usuarias se encuentran en edad de riesgo, menores de 18 años y mayores de 35 años, que según bibliografías consultadas estas refieren que las edades extremas menores de 18 y mayores de 35 años son un factor de riesgo biológico para el embarazo y puede significar una alteración en el embarazo, parto y puerperio.

Según el estado civil predominan las acompañadas, seguido de las casadas, en donde se considera que el estado civil de casados le da mayor seguridad a la mujer debido a la situación estable vista desde la sociedad, pero en este caso específico, el estado civil de acompañada no influye aparentemente de forma negativa en dichas usuarias principalmente por su procedencia ya que, en las áreas rurales el estado civil de acompañada es vista como una situación normal.

La escolaridad predominante es la primaria, esta situación se debe al difícil acceso geográfico de estas comunidades de donde provienen estas usuarias que dicho sea de paso en su mayoría proceden de comunidades mucho más alejadas de la cabecera municipal en donde la educación primaria incompleta (3er) grado es el máximo nivel de estudio.

En relación a la etnia predominaron las mestizas porque es la etnia mayoritaria en toda la RAAS.

Según la ocupación de las usuarias el mayor porcentaje son amas de casas, el ser ama de casa, está directamente asociada por un lado por el nivel de escolaridad y por otro lado por costumbre, llámense costumbres que en las zonas rurales principalmente las mestizas, la mujer debe atender a los hijos en casa y los hombres el campo, la caza y la pesca.

Con relación a la procedencia se encontró que se atendieron a mujeres de los 7 municipios de la RAAS predominando el municipio de Bluefields y el Tortuguero, y los 3 municipios donde mayores muertes maternas se registraron desde el año 2002 al 1er semestre del 2007 son La Cruz de Río Grande, Tortuguero y Bluefields, que dicho sea de paso estos 2 últimos ocupan el segundo lugar en referencias de pacientes a la casa materna.

Respecto a los antecedentes patológicos la mayoría de las usuarias no presentaron, y en cuanto a gesta, ser Primigesta nulípara no es un factor de riesgo, sin embargo según bibliografía consultada si está asociado a otro factor potencial que compromete la vida de la madre, el feto y/o el neonato, si es factor de riesgo, en este caso específico donde se refleja otro factor se considera un riesgo.

En relación al intervalo intergenésico predominan las que tienen más de 3 años y que el caso anterior implica menor riesgo. Esta tiene un efecto positivo en la reducción de la mortalidad materna al igual que en la mortalidad infantil, entre mayor intervalo menor número promedio de hijos. La realidad de las mujeres del campo es que acostumbran a tener sus hijos con un intervalo intergenésico muy corto, y esto es debido a su nivel de escolaridad, a la falta de información del peligro de esta y en muchas ocasiones por la cultura misma (machismo).

Según el lugar de terminación del último parto a como se puede apreciar en la tabla el grupo que predominó es el de los partos institucionales pero existe un buen porcentaje de fichas que no tienen datos sobre la terminación de último parto, esta situación nos limita en presentar una información exacta de este acápite. Se puede decir que es parte de la cultura de las mujeres del campo ser atendidas por parteras y en domicilio lo que implica mayor riesgo de complicaciones, y aumento de la tasa de mortalidad materna e infantil. El parto institucional brinda seguridad.

En relación a abortos y cesáreas anteriores predominan las usuarias que no presentaron esos antecedentes situación que se considera ventajoso para el

embarazo actual lo que implica o significa menor riesgo de morir tanto para la madre – feto y/o neonato.

La mayoría de las usuarias se realizaron controles prenatales, situación que es ventajoso para el embarazo, cabe mencionar que la importancia de los controles prenatales se basa en la cantidad, calidad y en las semanas de gestación al momento de la captación ya que así se detectan las situaciones anormales y se transfieren a tiempo a un mayor nivel de resolución para evitar complicaciones mayores y reducir la tasa de mortalidad materna y perinatal.

Según las semanas de gestación de las usuarias al ingreso a la casa materna predominan las que la desconocen, esto es frecuente en mujeres provenientes de las áreas rurales por un lado por el nivel de escolaridad y por otro lado debido al descontrol y desconocimiento del funcionamiento de su cuerpo (anatomía y fisiología)

La mayoría de las usuarias no presentaron complicaciones, situación que se asocia a mayor nivel de resolución y a la accesibilidad de la atención. Cabe mencionar que 2 de las usuarias que presentaron complicaciones fueron partos extrahospitalario que ingresaron a la casa materna al ser dadas de alta en el hospital, y la otra es de parto institucional lo cual con la vigilancia estricta se detectó y se pudo actuar a tiempo.

En relación a las causas de ingreso el mayor porcentaje es en usuarias que presentan cuatro causas, entre las cuales se mencionan: Primigesta menor de 18 años o gran Multigesta mayor de 35 años, mala posición del bebé, desconocimiento de su fecha probable de parto, lejanía entre otros lo que se puede afirmar que a mayor número de causas mayor es el riesgo.

Se promueve la educación y la conserjería esta a contribuido a cambiar algunas costumbres que muchas mujeres del campo tenían por la falta de información, lo cual se puede poner de ejemplo a la gran cantidad de usuarias que se han practicado la esterilización quirúrgica sin el consentimiento del compañero o esposo para no

enfrentar un nuevo embarazo que sería de alto riesgo para su salud también ayuda a que las usuarias puedan reconocer los signos de peligro durante el embarazo para auto cuidarse y ayudar a las otras usuarias ante cualquier situación que se presente en ausencia de la enfermera entre otros.

Todas las usuarias refieren que se les respeta su privacidad esto es muy importante, por que las mujeres de las zonas rurales son personas sencillas y a menudo sienten vergüenza de las otras personas y más si son del sexo opuesto. Se puede afirmar que a mayor respeto y privacidad mayor posibilidad de recomendación de la casa materna

La actividad de acompañamiento por parte de la enfermera en los procedimientos médicos no fue referida por las usuarias lo que llama mucho la atención ya que es ampliamente reconocido que la enfermera debe de estar presente en los procedimiento médicos con el fin de conocer la situación de cada una de las usuarias, ya que es la que permanece en compañía de ellas la mayor parte del tiempo y sobre la enfermera recae la responsabilidad de cada una de las usuarias.

La recomendación de la casa materna ayuda a mejorar algunos indicadores de salud de la región.

Los tipo de servicio que se brindan en la casa materna es adecuado para el tipo de usuarias que la demandan que son los de muy bajos recursos económicos, ya que si ellos tuvieran que comprar sus medicamentos o pagar por estos servicios, no harían uso de la casa materna por la falta de recursos económicos, ellos lo manifiestan y eso ayudaría a aumentar la tasa de mortalidad materna y perinatal.

En relación a la percepción que las usuarias tienen sobre la atención de la enfermera la mayoría refieren que la atención es buena, situación que ayuda a la imagen de la casa materna y a la imagen del personal que labora en dicho centro. Las mujeres del campo son personas sencillas y humildes a las cuales se les debe brindar atención

humanizado para no herir sus sentimientos y puedan recomendar a otras el uso de la casa materna y así disminuir la tasa de mortalidad materna y perinatal. Según bibliografía consultada esta refiere que la casa materna brinda atención con calidad y calidez.

En relación a la percepción que tienen las usuarias sobre la atención médica la mayoría refieren que es buena, situación similar a la de la enfermera.

En relación a la alimentación la mayoría refieren que es buena, se realiza observación de 24 horas para verificar la dieta que reciben, la cual es una dieta bastante balanceada, más su suplemento de hierro. Por ejemplo consumieron en un desayuno: arroz, frijoles, banano, queso, fresco de pinolillo, para el almuerzo, sopa de pollo, fresco de cebada con leche y en la cena gallo pinto con crema, pan, fresco de pinolillo. La buena alimentación ayuda al crecimiento intrauterino del feto, combate la anemia, y ayuda en la preparación física de la usuaria para el momento del parto.

Según la higiene del local o ambiente, todas refirieron que es buena, según observación realizada este se encontraba limpio, la basura se deposita adecuadamente. Esta casa materna está recién construida y las usuarias mismas se encargan de mantenerlo limpio y en orden ya que de lo contrario esta, atentaría contra su salud y la de los neonatos y se aumentaría la tasa de morbilidad en la región.

Según el tiempo de estadía de la enfermera en la casa materna y la percepción que las usuarias tienen de ese tiempo la mayoría refieren que la estadía es de 8 horas diarias, lo que consideran insuficientes. Según bibliografía consultada refieren que el personal de salud no debe permanecer en la casa materna solo si esta queda distante del hospital. Las usuarias lo consideran insuficiente ya que el servicio es de vigilancia a las mujeres y por esta razón no deben quedar solas, para mayor seguridad ya que no tienen conocimiento del que hacer ante una situación que se presente por su bajo nivel educativo.

Existen varias agencias y organizaciones en la región y fuera de la región que han contribuido a la subsistencia de la casa materna, pero estas no son ayudas fijas y la demanda aumenta cada día lo que limita su funcionamiento, y el presupuesto de FONSAUD, no se recibe en tiempo y forma esto hace que muchas veces la casa materna se vea en serias dificultades especialmente los primeros 6 meses del año. Y para solventar esta situación se realizan actividades propias de la casa materna como son: kermés venta de bonos y de manualidades entre otros. Las usuarias la mayor parte del tiempo no aportan nada solo sus fuerzas laborales para los quehaceres domésticos por ser estas de muy bajos recursos económicos.

En relación a la condición de egreso materno el estudio reflejó que todas las usuarias egresaron sanas, según bibliografía consultadas, el objetivo principal de la casa materna es contribuir en la disminución de la tasa mortalidad materna y perinatal de la región. Hacer uso de la casa materna significa menor riesgo de morir la madre-feto y/o neonato ya que se asocia a mayor nivel de resolución y la accesibilidad a la atención. Esto mejora los indicadores de salud materno y perinatal de la región.

En relación a la condición de egreso del neonato en su mayoría egresaron sanos, situación que se considera ventajoso ya que mejora los indicadores de salud infantil de la región, de igual forma considero importante recalcar que los dos neonatos fallecidos fueron de madres que ingresaron directamente al hospital e hicieron uso de la casa materna después de haber sido dadas de alta del hospital.

Según métodos de planificación familiar, la mayoría de las usuarias egresaron con un método, esto ayuda a que las mujeres tengan menos números de hijos. También para que eviten los embarazos no deseados para evitar malas prácticas que puede ocasionar una muerte materna.

La mayoría de las usuarias egresaron con tratamiento, lo que significa menor riesgo, por ende se reduce la tasa de mortalidad materna y se mejoran los indicadores de salud materno de la región.

La mayoría de los neonatos egresaron con sus certificados de nacimiento. Según los días de estancia de las usuarias en la casa materna, estas permanecen entre 1-15 días lo que se puede considerar como aceptable, bebido a la lejanía de estos municipios y a la situación climática de la región.

X. CONCLUSIONES

Después de haber realizado el análisis e interpretación de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones

1) La mayoría de las usuarias de casa materna están en edades de riesgos, menores de 18 años y mayores de 35 años, estado civil acompañado, escolaridad primaria, de etnia mestizas, amas de casa y procedentes del casco rural del municipio de Bluefields.

2) En su mayoría no presentaron antecedentes personales patológicos, son primigestas nulípara, sin antecedentes de abortos ni de cesáreas, período intergenésico de 3 ó más años, con terminación del parto anterior en institución, con controles prenatales, no presentaron complicaciones durante el parto, desconocen sus semanas de gestación e ingresaron por 4 causas.(Primigesta menor de 18 años o gran Multigesta mayor de 35, Mala posición del bebé, Desconocimiento de su fecha probable de parto, y Lejanía.

3) En su estadía en casa materna la mayoría de las usuarias recibieron charlas educativas, la enfermera realiza gestiones de servicios médicos y servicios sociales, perciben una buena atención tanto de la enfermera como del médico, se les respeta su privacidad, pero refieren no estar acompañada de la enfermera durante la atención médica. El tiempo de estadía de la enfermera es de 8 horas diarias lo que consideran insuficiente las usuarias. Perciben una buena higiene del local, y en observación realizada, esta se encontraba limpia, ordenada y la basura se encontraba depositada adecuadamente. Refieren buena alimentación. y en observación realizada, esta era balanceada y con su suplemento de hierro. Refieren que recomendarían a otras el uso de la casa materna.

4) Los mecanismos de sostenibilidad de la casa materna provienen de: agencias y organismos regionales, organismos nacionales e internacionales, un presupuesto procedente de convenio entre FONSAUD, MINSA y Casa Materna, también de la fuerza laboral que aportan las usuarias, y de actividades propias de la casa materna.

5) Todas las usuarias egresaron en condición sanas, la mayoría de ellas con un método de planificación familiar y con tratamiento. Los neonatos en su mayoría egresaron sanos, con sus certificados de nacimientos, y los días de estancia total de las usuarias en la casa materna es de 1- 15 días.

XI. RECOMENDACIONES

Después de haber planteado las conclusiones, se presentan las siguientes Recomendaciones.

- 1) Al personal de enfermería de cada municipio que fortalezcan su trabajo de Terreno para captar más embarazadas, ARO y no ARO, y que las captaciones sean mayores donde hay mayor caso de mortalidad materna (La Cruz de Río Grande, Tortuguero, y Bluefields).
- 2) A los médicos de los Puestos y Centro de Salud de cada Municipio que recomienden y ofrezcan la alternativa de casa materna a las mujeres captadas bajo la condición ARO para que tengan un parto seguro.
- 3) Al MINSA Fortalecer la actividad asistencial médica y del personal competente por la casa materna. . Especial mención merece la rotación del personal de los puestos y centros de salud, para relacionarse con sus servicios y valorar su aporte a las actividades que realizan en sus respectivos territorios.
- 4) A la enfermera de la casa materna para que cumpla sus funciones de forma correcta tanto en el acompañamiento del médico en la visita a las usuarias, como para el llenado correcto de las fichas de ingreso de dichas usuaria (llenado completo).
- 5) A la enfermera de la casa materna Fortalecer más la educación y la consejería brindadas a las usuarias.
- 6) A las autoridades competentes gestionar recurso de enfermería para cubrir turno de 24 horas, (a largo plazo), y gestionar una extensión

telefónica entre el hospital y la casa materna enseñar a las usuarias a utilizarla en caso de presentarse una emergencia (a corto plazo).

- 7) A las autoridades competentes fortalecer el contacto con las parteras programar visitas dirigidas de estas a la casa materna para que promuevan su utilización a las mujeres que son atendidas por ellas.
- 8) Al comité de casa materna Implementar estrategias para generar financiamiento.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. FUNISDECI Manual de organización y operaciones, Manual de procedimientos y normas administrativas, Manual de Monitoreo, Supervisión evaluación Proyecto TF- AL -103-98 Managua Nicaragua Octubre.1998. MINSA – Banco Mundial consultaría Nacional.
2. Encuesta elaborada por la red de Casas Maternas de Nicaragua, Panorama de las Casas Maternas 2da impresión auspiciada por UNICEF Noviembre 1999-Marzo 2000.
3. Red de casa materna UNICEF.
4. Casas Maternas Cihuatlampa, Diagnostico Situacional casas maternas en Nicaragua, Julio 2004.
5. Datos de Casa Materna Bluefields.
6. Endesa 2001
7. Datos del SILAIS RAAS.
8. Ministerio de Salud Boletín de Mortalidad Materna Departamento de Atención Integral a la Mujer semana (1- 52) 2000.
9. Programa Modernización MINSA Manual Operativo para casas maternas. Febrero 2000.
10. Obstetricia SCHWARCZ – SALA – DUVERGES 6ta edición junio 2005.
11. Fundación Nicaragüense para la Salud y el Desarrollo Comunitario Integral (FUNISDECI). Documento Base para la adecuación en el municipio de los hogares maternos.
12. Ministerio de Salud casas maternas Manual Administrativo Financiero revisión Octubre – 2005.

13. Ministerio de Salud, Convenios de colaboración 2003, 2004, 2005, 2006.
14. Ministerio de Salud Boletín de Mortalidad Materna Programa Nacional De Salud Reproductiva.
15. Ministerio de Salud Reglamento Básico para la Organización y Funcionamiento de las casas maternas.
16. MINSA –PROSILAIS No. 4 sobre casas maternas 1999, OPS – OMS, UNICEF, ASDI.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – Managua.
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud.
Escuela de Salud Pública

ANEXOS

Anexo Núm. 1: Operacionalización de variables
Anexo Núm. 2: Entrevistas
Anexo Núm. 3: Tablas de resultados
Anexo Núm. 4: Ficha de ingreso
Anexo Núm. 5: Fotos

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Edad	Número de años cumplidos que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista	Ficha de ingreso a la casa materna	1. ≤ de 18 años 2. De 19 a 34 años 3. ≥ de 35 años
Estado Civil	Clase o condición a la cual esta sujeta la vida de una persona	Ficha de ingreso a la casa materna	1. Casada 2. Acompañada 3. Soltera
Escolaridad	Años de estudios que la encuestada ha cursado hasta el momento de aplicación del instrumento	Ficha de ingreso a la casa materna	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria
Procedencia	Lugar donde residen las usuarias	Ficha de ingreso a la casa materna	1. Bluefields rural 2. Laguna de Perlas 3. Tortuguero 4. Cukra Hill 5. Corn Island 6. La cruz de Río Grande 7. Desembocadura del Río Grande de Matagalpa
Etnia	Rasgos característicos de la persona, costumbre cultural propio de sus antepasados	Ficha de ingreso a la casa materna	1. Mestiza 2. Creoles 3. Misquitas 4. Ramaquíes
Ocupación	Labor que realiza una persona en su medio social y refiere hacerlo al momento de la entrevista	Ficha de ingreso a la casa materna	1. Ama de casa 2. Doméstica 3. Agrícola
Antecedentes Personales Patológicos	Historia clínica que tiene la persona sobre enfermedades que ha padecido antes del embarazo	Ficha de ingreso a la casa materna	1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Asma 4. Enfermedad del corazón 5. Ninguno

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Antecedentes obstétricos	Historia clínica que tiene la persona sobre sus embarazos anteriores	Número de partos	1. Nulíparas 2. 1 – 2 partos 3. 3 – 5 partos 4. 6 ó más partos
		Abortos	1. Si 2. No
		Cesáreas	1. Si 2. No
		Período intergenésico	1. Menor de 1 año 2. De 1 – 2 años 3. De 3 años o más 4. Sin partos anteriores 5. Sin datos
		Lugar de terminación del último parto	1. Institucional 2. Domiciliar 3. Sin partos anteriores 4. Sin datos
Historia del embarazo actual	Historial clínica que tiene la usuaria sobre su embarazos actual.	Semanas de gestación	1. 20 --22 semanas 2. 23 – 28 semanas 3. 29 – 36 semanas 4. 37 ò más semanas 5. Desconocen
		Complicaciones durante el parto	1. Parto obstruido 2. Hemorragia 3. Sin complicaciones 4. Sin datos

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Causas de ingreso	Número de razones por las cuales se le dio alojamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primigesta menor de 18 años 2. Multigesta mayor de 35 años 3. Mala posición del bebé 4. Desconocimiento de su FPP 5. Lejanía 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 Causas 2. 3 Causas 3. 4 Causas 4. Más de 4 Causas
Percepción de la atención médica y de enfermería	Forma en que las usuarias ven el conjunto de acciones o actividades que realiza la enfermera y el médico estar conforme con ellas según sus expectativas	Charlas educativas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
		Servicios gestionados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exámenes de laboratorio 2. Medicamentos 3. Ultra sonidos 4. Consulta con especialista 5. Transporte de regreso 6. Ropa para bebé
		Percepción de la atención recibida por la enfermera	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelente 2. Bueno 3. Regular 4. Malo
		Respeto a la privacidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
		Acompañamiento de la enfermera en la atención médica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
		Tiempo de estadía de la enfermera en la casa materna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 8 horas 2. 8 horas 3. Más de 8 horas

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Percepción de la atención médica y de enfermería	Forma en que las usuarias ven el conjunto de acciones o actividades que realiza la enfermera y el médico estar conforme con ellas según sus expectativas	Percepción del tiempo de estadía de la enfermera	1. Suficiente 2. Insuficiente
		Percepción de la atención recibida por el médica	1. Excelente 2. Bueno 3. Regular 4. Malo
		Percepción de la higiene de la casa materna	1. Bueno 2. Regular 3. Malo
		Percepción de la calidad de la alimentación	1. Bueno 2. Regular 3. Malo
		Recomendación de la casa materna	1. Si 2. No
Mecanismos de sostenibilidad de la casa materna	Forma en que la casa materna se auto sostiene	Contribuciones voluntarias de las usuarias	1. Económico 2. Fuerza laboral 3. Víveres
		Contribuciones de agencias y organismos regionales	1. Si 2. No
		Contribuciones de organismos nacionales	1. Si 2. No

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Mecanismos de sostenibilidad de la casa materna	Forma en que la casa materna se auto sostiene	Contribuciones de organismos internacionales	1. Si 2. No
		Presupuesto por convenio entre FONSAUD-MINSA, Casa Materna	1. Si 2. No
		Actividades propias de la casa materna	1. Si 2. No
Condición de salud al egreso de la casa materna	Bienestar que tiene la usuaria y/o neonato que te guía para su seguimiento a la hora del alta	Materna	1. Sana 2. Fallecida
		Método de planificación familiar	1. Si 2. No
		Neonatal	1. Sano 2. Referido a otro nivel 3. Fallecido
Días de estancia de las usuaria en la casa materna	Total de días que las usuarias permanecieron hospedada en la casa materna		1. 1 – 15 días 2. 16 – 30 días 3. Más de 30 días

ANEXO 2

GUIA DE ENTREVISTA A USUARIA INTERNA

La siguiente guía de entrevistas se elaboró con el fin de recopilar información relacionada a la situación de las usuarias de la casa materna, la cual será aplicada a la usuaria interna de la casa materna de la Ciudad de Bluefields con el fin de conocer los mecanismos de sostenibilidad de esta. Sus respuestas son confidenciales, les agradecemos su sinceridad.

1. Profesión -----

2. Cuantos años tienes de laborar en la casa materna -----

3. Cuales son los mecanismos de sostenibilidad de la casa materna

a) Contribuciones voluntarias de las usuarias. ()

b) Contribuciones de agencias y organismos regionales. ()

c) Contribuciones de organismos nacionales. ()

d) Contribuciones de organismos internacionales. ()

e) Presupuesto FONSAUD – MINSA de 100,000 córdobas para gastos operativos. ()

f) Actividades propias de la casa materna. ()

GUIAS DE ENTREVISTA A USUARIAS EXTERNAS

La siguiente guía de entrevista se elaboró con el fin de recopilar información relacionada a la situación de las usuarias de la casa materna, la cual será aplicada a las usuarias externas de la casa materna de la Ciudad de Bluefields. Sus respuestas son confidenciales, les agradecemos su sinceridad.

I. Percepción de las usuarias sobre la atención médica y de enfermería brindada en la casa materna

1. ¿Cuáles son los temas de salud que has recibido en su estadía en casa Materna?
 - a. Lactancia materna ()
 - b. Uso y aceptación de métodos de planificación familiar ()
 - c. Conserjería en enfermedades de transmisión sexual, VIH / SIDA ()
 - d. Hábitos de vida saludable (baño, lavado de mano, etc.) ()
 - e. Prevención básica de la salud (cuidados del embarazo, parto puerperio Factores de riesgo y cuidados del recién nacido ()
 - f. Otros -----
 - g. todas las anteriores ()

2. Cuales de los servicios brindados fueron gestionados por la enfermera
 - a) Exámenes de laboratorio ()
 - b) Medicamentos ()
 - c) Ultrasonidos ()
 - d) Consulta con especialista ()
 - e) Transporte de regreso ()
 - f) Ropa para el bebé ()

3. ¿Como sientes la atención recibida por parte del personal de enfermería?

a) Excelente ()

b) Bueno ()

c) Regular ()

d) Malo ()

4. ¿Cree usted que le brindaron privacidad?

a) Si ()

b) No ()

5. La enfermera las acompaña en la atención médica

a) Si ()

b) No ()

6. ¿Cuántas horas diarias se encuentran en compañía del personal de Enfermería?

a) Menos de 8 horas ()

b) 8 horas ()

c) Más de 8 horas ()

7. ¿Cómo consideras el tiempo de estadía de la Enfermera?

a) Suficiente ()

b) Insuficiente ()

8. ¿Cómo sientes la atención recibida por parte del personal médico?

- a) Excelente ()
- b) Bueno ()
- c) Regular ()
- d) Malo ()

9. ¿Cómo ve usted la limpieza de la casa materna?

- a) Bueno ()
- b) Regular ()
- c) Malo ()

10. ¿Como es la alimentación en la casa materna?

- a) Bueno ()
- b) Regular ()
- c) Malo ()

11. ¿Recomendarías a otra persona el uso de la casa materna?

- a) Si ()
- b) No ()

12. ¿Que aportes brindan ustedes a la casa materna?

- a) Económico ()
- b) Víveres ()
- c) Fuerza laboral ()

GUIA DE REVISION DOCUMENTAL

La siguiente guía se elaboro con el fin de recopilar información relacionada a la situación de las usuarias de la casa materna Bluefields, R.A.A.S.

I Características Socio – Demográficas

1. Edad

- a) \leq a 18 años ()
- b) 19- 34 años ()
- c) \geq de 35 años ()

2. Estado civil

- a) Casada ()
- b) Acompañada ()
- c) Soltera ()

3. Escolaridad

- a) Analfabeta ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()

4. Municipio de procedencia

- a) Laguna de Perlas ()
- b) Tortuguero ()
- c) La Cruz de Río Grande ()
- d) Cukra Hill ()
- e) Desembocadura del Río Grande de Matagalpa
- f) Corn Island ()

5. Etnia

- a) Mestiza ()
- b) Creole ()
- c) Miskita ()
- e) Ramaquies ()

6. Ocupación

- a) Ama de casa ()
- b) Doméstica ()
- c) Agrícola ()

II. Antecedentes personales

1. Patológicos

- a) Hipertensión ()
- b) Diabetes ()
- c) Asma ()
- d) Enfermedad del Corazón ()
- e) Ninguno ()

2. Obstétricos

- | | | | |
|-------------|---------------------|--------------|--------------------|
| a) Gesta: | Primigesta () | b) Partos: | Nulipara () |
| | Bigesta () | | 1-2 partos () |
| | Multigesta () | | 3-5 partos () |
| | Gran Multigesta () | | 6 ó más partos () |
| c) Abortos: | Si () | d) Cesáreas: | Si () |
| | No () | | No () |

e) Período intergenésico:

Menos de 1 año ()

1 – 2 años ()

3 ó más años ()

Sin partos anteriores ()

Sin datos ()

f) Lugar de terminación del parto:

Institucional ()

Domiciliar ()

Sin partos anteriores

Sin datos ()

3. Embarazo actual

a) Controles prenatales: Si ()

No ()

b) Complicaciones durante el parto:

Hemorragia ()

Parto obstruido ()

Sin datos ()

Sin complicaciones ()

c) Semanas de gestación:

20 – 22 semanas ()

23 - 28 semanas ()

29 - 36 semanas ()

37 ó más semanas ()

Desconocen ()

4. Causas de ingreso:

2 causas ()

3 causas ()

4 causas ()

Más de 4 causas ()

III Condición de salud al egreso de casa materna

1. Materno

a) Condición materna: sana ()

Fallecida ()

b) Método de planificación familiar:

Si ()

No ()

Sin datos ()

c) Tratamiento: Si ()

No ()

Sin datos ()

d) Días de estancia total:

1 – 15 días ()

16- 30 días ()

Más de 30 días ()

2. Neonato:

a) Condición del neonato:

Sano ()

Referido a otro nivel ()

Fallecido ()

b) Certificado de nacimiento:

Si ()

No ()

Sin datos ()

ANEXO No 3

Tabla 1

Características Socio demográficas de las usuarias con relación a situación de las usuarias
De la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo –Junio 2007.

Características		No	%		No	%		No	%		No	%
Grupo de edades	≤ de 18 a	25	33%	19 – 34 a	36	47%	≥ de 35 a	15	20%			
Estado Civil	Casada	22	29%	Acompañada	38	50%	Soltera	16	21%			
Escolaridad	Analfabeta	28	37%	Primaria	34	45%	Secundaria	14	18%			
Etnia	Mestiza	54	71%	Creole	6	8%	Misquita	13	17%	Ramaquies	3	4%
Ocupación	Ama de Casa	70	92%	Domestica	4	5%	Agricola	2	3%			

Fuente: Revisión Documental.

Tabla 2

Número y Porcentaje de Usuarías, según procedencia, en relación a situación de las usuarias
De la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo – junio 2007.

PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
Laguna de Perlas	14	18%
Cukra Hill	12	16%
Corn Island	7	9%
Desembocadura del Río grande de Matagalpa	4	5%
La Cruz de Río Grande	8	11%
Tortuguero	15	20%
Bluefields Rural	16	21%
TOTAL	76	100%

Fuente: Revisión Documental.

Tabla 3

Antecedentes Personales Patológicos y obstétricos de las usuarias en relación a situación de las usuarias
De la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo – Junio 2007.

ANTECEDENTES		No	%		No	%		No	%		No	%
Patológicos	Hipertensión	5	7%	Asma	6	8%	Enf. del corazón	1	1%	Ninguna	64	84%
Gesta	Primigesta	26	34%	Bigesta	13	17%	Multigesta	18	24%	Gran Multigesta	19	25%
Partos	Nulípara	28	37%	1 – 2 partos	20	26%	3 – 5 Partos	15	20%	6 ó más	13	17%
Período Intergenesico	1-2 años	15	20%	3 ó más	31	40%	No. Partos Anteriores	28	37%	Sin datos	2	3%
Ultimo Parto	Institucional	24	32%	Domiciliar	23	30%	No. Partos Anteriores	28	37%	Sin datos	1	1%

Fuente: Revisión Documental

Tabla 4

Antecedentes obstétricos y embarazo actual de las usuarias en relación a situación de las usuarias
De la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo – junio 2007.

ANTECEDENTES		NUMERO	%		FRECUENCIA	%
Abortos	Si	15	20%	No	6	80%
Cesáreas	Si	3	4%	No	73	96%
Controles Prenatales	Si	74	97%	No	2	3%

Fuente: Revisión Documental

Tabla 5

Número y porcentaje de usuarias, según semanas de gestación, al momento de su ingreso en relación a situación
De las usuarias de la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo – Junio 2007.

SEMANAS	NUMERO	PORCENTAJE
20 - 22 Semanas	1	1%
23 – 28 Semanas	4	5%
29 – 36 Semanas	12	16%
37 ó más	29	38%
Desconocen	30	40%
TOTAL	76	100%

Fuente: Revisión Documental

Tabla 6

Número y Porcentaje de usuarias que presentaron complicaciones durante el parto en relación a situación de las usuarias de la Casa Materna, Bluefields, RAAS, Marzo – Junio 2007.

COMPLICACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
Parto obstruido	1	1%
Hemorragia post parto	2	3%
Sin datos	7	9%
Sin complicaciones	66	87%
TOTAL	76	100%

Fuente: Revisión Documental

Tabla 7

Número y porcentaje de usuarias según causas de ingreso en relación a situación de las usuarias
De la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo – Junio 2007.

CAUSAS	NUMERO	PORCENTAJE
2 Causas	13	17%
3 Causas	23	30%
4 Causas	25	33%
Más de 4 causas	15	20%
TOTAL	76	100%

Fuente: Revisión Documental

Tabla 8

Percepción de las usuarias sobre la atención médica y de enfermería en relación a situación de las usuarias
De la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo – Junio 2007.

		NUMERO	PORCENTAJE		NUMERO	PORCENTAJE
Charla Educativa	Si	68	89%	No	8	11%
Privacidad	Si	76	100%	No	0	0%
Acompañamiento de la Enfermera en la Atención Médica	Si	0	0%	No	76	100%
Recomendación de la Casa Materna	Si	76	100%	No	0	0%

Fuente: Entrevista a usuaria externa

Tabla 9

Número y Porcentaje de usuarias, según servicios gestionados en relación a situación de las usuarias
De la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo – Junio2007.

SERVICIOS	NUMERO	PORCENTAJE
Exámenes de laboratorio	53	70%
Medicamentos	58	76%
Ultrasonidos	41	54%
Consulta con especialista	76	100%
Transporte de regreso	50	66%
Ropa para bebé	14	18%

Fuente: Revisión Documental

Tabla 10

Percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación a situación de las usuarias
De la Casa Materna, Bluefields, RAAS, Marzo- Junio 2007.

ATENCIÓN	EXCELENTE		BUENA		REGULAR	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
Médica	20	26%	56	74%		
Enfermería	10	13%	66	87%		
Alimentación			62	82%	14	18%
Higiene			76	100%		

Fuente: Entrevista a usuaria externa

Tabla 11

Tiempo de Estadia de la enfermera y la percepción de ese tiempo según las usuarias en relación a situación
De la usuarias de la Casa Materna, Bluefields, RAAS, Marzo – Junio 2007.

TIEMPO	SUFICIENTE		INSUFICIENTE	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
Menos de 8 horas			25	33%
8 horas			46	60%
Más de 8 horas			5	7%

Fuente: Entrevista a usuaria externa

Tabla 12

Mecanismos de sostenibilidad de la Casa Materna con relación a situación de las usuarias
De la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo – Junio 2007.

Contribuciones voluntarias de las Usuarias (fuerza laboral y a veces en especie)
Contribuciones de agencias y organismos Regionales
Contribuciones de organismos Nacionales
Contribuciones de organismos Internacionales
Presupuesto FONSAUD – MINSA de 100,000 córdobas para gastos operativos
Actividades propias de la Casa Materna.

Fuente: Entrevistas a Usuarias Internas

Tabla 13

Número y porcentaje de usuarias y neonatos según condición de egreso, en relación a situación
De las usuarias de la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo - Junio 2007

CONDICION DE EGRESO	SANO		FALLECIDO		REFERIDO A OTRO NIVEL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Materno	76	100%				
Neonatal	71	93%	2	3%	3	4%

Fuente: Revisión Documental

Tabla 14

Número y Porcentaje de Usuarias y Neonatos según condición de egreso, en relación a situación
De las usuarias de la Casa Materna, Bluefields, RAAS, Marzo – Junio 2007.

CONDICION DE EGRESO	SI		NO		SIN DATOS	
	No.	%	No.	%	%	No
Método de planificación	57	75%	4	5%	15	20%
Tratamiento	59	78%	1	1%	16	21%
Certificado de nacimiento	71	93%	2	3%	3	4%

Fuente: Revisión Documental

Tabla 15

Número y Porcentaje de usuarias, según días de estancia en relación a situación de las usuarias
De la Casa Materna Bluefields, RAAS, Marzo – Junio 2002.

DIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 – 15 días	51	67%
16 – 30 días	19	25%
Más de 30 días	6	8%
TOTAL	76	100%

Fuente: Revisión Documental



1.- DATOS GENERALES

1.1. Casa Materna: _____ 1.2. SILAIS: _____ 1.3. Municipio: _____

2.- DATOS DE INGRESO

<p>2.1. Fecha de ingreso ____/____/____</p>	<p>2.4. Remitida por:</p> <p>Hospital <input type="radio"/> Brigadista <input type="radio"/></p> <p>Centro de Salud <input type="radio"/> Espontáneo <input type="radio"/></p> <p>Puesto de Salud <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/></p> <p>Partera <input type="radio"/></p>	<p>2.5. Acompañada por</p> <p>Esposo/ compañero <input type="radio"/> Personal de Salud <input type="radio"/></p> <p>Mamá <input type="radio"/> Otro Familiar <input type="radio"/></p> <p>Suegra <input type="radio"/> Otra Persona <input type="radio"/></p> <p>Padre <input type="radio"/> Sola <input type="radio"/></p> <p>Abuela <input type="radio"/></p>
<p>2.2. Hora de Ingreso ____:____</p>	<p>2.3. Municipio donde vive: _____</p>	
<p>2.7. Medio/os de transporte ó vía de acceso que utilizó para llegar:</p> <p>Vehículo / bus / camión <input type="radio"/></p> <p>Acuático <input type="radio"/></p> <p>Caminando <input type="radio"/></p> <p>En bestia <input type="radio"/></p> <p>Otro <input type="radio"/></p>		<p>2.9. Causas de Ingreso obstétricas:</p> <p>Embarazo múltiple <input type="radio"/></p> <p>Multigesta <input type="radio"/></p> <p>Primigesta <input type="radio"/></p> <p>Mala posición del niño <input type="radio"/></p> <p>Cesárea Anterior <input type="radio"/></p> <p>Desconocimiento de FPP <input type="radio"/></p> <p>Antecedente de preeclampsia <input type="radio"/></p> <p>Antecedente de amenaza de aborto <input type="radio"/></p> <p>Placenta Previa <input type="radio"/></p> <p>Otro <input type="radio"/></p>
<p>2.8. Aporte entregado</p> <p>En víveres _____</p> <p>Equivalente a CS: _____</p> <p>En efectivo: _____</p> <p>Cantidad en CS: _____</p> <p>Ningún aporte _____</p>		<p>2.6. Cuántas horas tardó para llegar a la casa materna?</p> <p>Menos de 2 <input type="radio"/> 2-4 <input type="radio"/> 5-6 <input type="radio"/> Mas de 6 <input type="radio"/></p> <p>2.10. Causas de Ingreso no Obstétricas</p> <p>Para esterilización quirúrgica en Und. de salud <input type="radio"/></p> <p>Menor de 18 años <input type="radio"/></p> <p>Mayor de 35 años <input type="radio"/></p> <p>Portejanía <input type="radio"/></p> <p>Cardiópata <input type="radio"/></p> <p>Diabética <input type="radio"/></p> <p>Antecedentes de Inf. Urinaria <input type="radio"/></p> <p>Asmática <input type="radio"/></p> <p>Epiéptica <input type="radio"/></p> <p>Otro <input type="radio"/></p>

3.- DATOS PERSONALES

<p>3.1. Nombre y Apellidos: _____</p>				<p>3.2. Edad: ____ / ____</p>	
<p>3.3. Estado civil</p> <p>Soltera <input type="radio"/></p> <p>Casada <input type="radio"/></p> <p>Acompañada <input type="radio"/></p>	<p>3.4. Escolaridad</p> <p>Analfabeta <input type="radio"/></p> <p>1-3 primaria <input type="radio"/></p> <p>4-6 primaria <input type="radio"/></p> <p>1-3 Secundaria <input type="radio"/></p> <p>4-5 Secundaria <input type="radio"/></p> <p>Técnica <input type="radio"/></p> <p>Otro <input type="radio"/></p>	<p>3.5. Tiene Cédula:</p> <p>Si <input type="radio"/></p> <p>No <input type="radio"/></p>	<p>3.6. Oficio</p> <p>S <input type="radio"/></p> <p>No <input type="radio"/></p>	<p>3.6. Trabaja Como:</p> <p>Ama de Casa <input type="radio"/></p> <p>Trabajo Agrícola <input type="radio"/></p> <p>Oficinista, Secretaria / Contadora <input type="radio"/></p> <p>Auxiliar / Enfermera <input type="radio"/></p> <p>Máestra <input type="radio"/></p> <p>Doméstica <input type="radio"/></p> <p>Otra <input type="radio"/></p>	
<p>3.8. Raza / Etnia</p> <p>Misquita <input type="radio"/></p> <p>Creole <input type="radio"/></p> <p>Mayagna <input type="radio"/></p> <p>Sumu <input type="radio"/></p> <p>Negra <input type="radio"/></p> <p>Ramas <input type="radio"/></p> <p>Mestiza <input type="radio"/></p> <p>Otra <input type="radio"/></p>		<p>3.9. Nombre de la pareja: _____</p>		<p>3.10. Dirección donde vive: _____</p>	
<p>3.12. Viven juntos: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>		<p>3.11. Edad de pareja: ____ / ____</p>			
<p>3.13. En caso de emergencia avisar a: _____</p>					
<p>3.14. Medio por el que se puede avisar a la familia:</p> <p>Teléfono <input type="radio"/> Telegrama <input type="radio"/> Aviso por radio <input type="radio"/> En que programa _____</p> <p>Carta bus <input type="radio"/> Carta correo <input type="radio"/></p>					

4.- ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

<p>4.1. Enfermedades graves que padezca o haya padecido su papá o su mamá:</p> <p>Hipertensión <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Enf. del corazón <input type="radio"/></p> <p>Asma <input type="radio"/> Otra especifique _____</p>	<p>4.2. Enfermedades que haya padecido usted antes del embarazo:</p> <p>Hipertensión <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Enf. del corazón <input type="radio"/></p> <p>Asma <input type="radio"/> Otra especifique _____</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.- ANTECEDENTES OBSTETRICOS

<p>5.1. N° de embarazos anteriores ____</p>	<p>5.2. N° de nacidos vivos ____</p>	<p>5.3. N° de nacidos muertos ____</p>	<p>5.4. N° de abortos ____</p>
-------------------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------

5.5. El último parto fue atendido por:		5.8. Antes del embarazo utilizó algún método de planificación familiar?			
Partera Adiestrada	<input type="radio"/>	Si		No	
Partera no adiestrada	<input type="radio"/>	5.9. ¿Cuál método?			
Familiar	<input type="radio"/>	Pastillas	<input type="radio"/>	MELA	<input type="radio"/>
Enfermera	<input type="radio"/>	Condón	<input type="radio"/>	DIU	<input type="radio"/>
Médico	<input type="radio"/>	Inyección	<input type="radio"/>	Otro	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	5.10. ¿Por qué lo dejó?			
5.6. El parto fue atendido en:		Por que su marido no lo permitió			
Domicilio	<input type="radio"/>	Le hizo daño			
Centro de salud	<input type="radio"/>	Ella no quiso seguir usando			
Puesto de salud	<input type="radio"/>	Se le olvidó			
Hospital	<input type="radio"/>	Quería tener otro hijo			
Otro	<input type="radio"/>	No había en el centro o puesto			
5.7. Fecha del último parto		Muy costosos			
____/____/____		No tenía pareja estable			
		Muy largo donde conseguirlo			
		Su religión no lo permite			
		Se enfermó			
		Otras razones			

6.- HISTORIA DEL EMBARAZO ACTUAL

6.1. Fecha de última regla (FUM) ____/____/____		6.2. Fecha probable de parto (FPP) ____/____/____	
6.3. ¿Se ha enfermado en este embarazo?		6.4. ¿Qué enfermedad ha tenido?	
Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Malaria <input type="radio"/>	Alergia <input type="radio"/>
		Tuberculosis <input type="radio"/>	Presión alta <input type="radio"/>
		Diarrea <input type="radio"/>	Anemia <input type="radio"/>
		Asma <input type="radio"/>	Convulsiones <input type="radio"/>
		Renal: urinaria <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>
		Epilepsia <input type="radio"/>	
6.5. ¿Le han hecho controles en este embarazo?		6.5. ¿En este embarazo ha tenido?	
Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Sangrado Vaginal <input type="radio"/>	
		Inflamación pies o manos <input type="radio"/>	
		Dolor de cabeza, mareos <input type="radio"/>	
6.7. ¿Dónde le hicieron los controles?		6.8. Cuantas veces? _____	
Centro de P/ salud <input type="radio"/>	Partera <input type="radio"/>	6.9. ¿Se vacunó contra el tétano? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Clinica Privada <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	6.10. ¿Hace cuánto? _____	

7.- SERVICIOS BRINDADOS EN LA CASA MATERNA

7.1. Gestiones para servicios médicos:		N° de chequeos médicos _____	
Exámenes de laboratorio:	Otra <input type="radio"/>	Sangre <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/>
Medicamentos <input type="radio"/>		Ultrasonido <input type="radio"/>	Consulta con especialista <input type="radio"/>
7.2. Gestiones sociales: Avisos a la familia <input type="radio"/>		Ropa para ella o el bebé <input type="radio"/>	
		Transporte de regreso <input type="radio"/>	
		Otras <input type="radio"/>	
7.3. Actividades educativas:			
N° de charlas _____	Temas _____		
N° de consejerías _____	Temas _____		
7.4. Orientación sobre inscripción del bebé: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
7.5. Recibió orientación para el registro de otros hijos: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No tiene otros hijos <input type="radio"/> Todos sus hijos están inscritos <input type="radio"/>			

8. PUERPERIO

8.1. Fecha del parto ____/____/____	8.2. ¿Donde le atendieron el parto?	8.3. ¿Quién le atendió el parto?	8.4. N° de bebés nacidos _____
	Hospital <input type="radio"/> Cl. Salud <input type="radio"/> Casa Mat. <input type="radio"/>	Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
8.5. Complicaciones durante el parto: _____			
8.6. Le mandaron tratamiento: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		8.7. ¿Cuál tratamiento? _____	

9. EGRESO DE LA CASA MATERNA

9.1. Condición de salud de la mujer: Sana <input type="radio"/> Febril <input type="radio"/> Ingresada en unidad de salud <input type="radio"/> Referida a otro nivel <input type="radio"/>		
9.2. Sale con tratamiento: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	9.3. Tratamiento: _____	
9.4. Optó por método de planificación familiar: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
9.5. ¿Cuál método?	9.6. Condición de salud del niño:	9.7. Sale con certificado de Nacimiento
Pastillas <input type="radio"/> MELA <input type="radio"/> INYECCION <input type="radio"/>	Sano <input type="radio"/> Ingresado en unidad de salud <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Condón <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Febril <input type="radio"/> Referida a otro nivel <input type="radio"/>	
9.8. Persona que autoriza salida: _____	9.9. Fecha salida ____/____/____	9.10. Hora salida: _____
9.11. Dias de estancia pre-parto ____/____/____	9.12. Dias de estancia post - parto ____/____/____	9.13. Dias de estancia total: ____/____/____













