



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2005-2007



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2005-2007

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en el municipio de San Lorenzo, Boaco Período Enero a Abril 2007.

Antonio Escobar García, MD.

Autor: Iván

Moncada, MD. MSc. PhD.

Tutora: Martha A. González

Managua, Nicaragua
Julio 2007

DEDICATORIA

A Dios, nuestro creador que me dio la vida y la sabiduría necesaria para concluir mis estudios venciendo todos los obstáculos presentados.

A todas las mujeres que gracias a ellas, por su don de dar la vida y sus cuidados, somos hoy mejores personas.

A mi esposa Zayda, por toda su comprensión, apoyo y paciencia a lo largo de este trayecto de preparación, ya que sin ella no lo hubiera logrado.

A mi hija Jessica quién con su amor y cariño me dio fuerzas de seguir adelante hasta alcanzar la meta propuesta, siendo lo más importante en mi vida.

A mi madre, por todo su amor y cariño, y por la ayuda brindada para terminar mi trabajo investigativo.

A mis tías, Alicia y Mélida, por todo el apoyo brindado en momentos en los que más las necesitaba, velando siempre por el bienestar de toda la familia.

A mi tutora, la Dra. Martha González, que me brindó todo su apoyo y la confianza necesaria para realizar mi estudio, ya que sin ella no hubiera sido posible.

A la Lic. Alma Lila Pastora, brindándome el apoyo para finalizar mi tesis.

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres que formaron parte del estudio de forma incondicional, regalándonos parte de su tiempo y brindándonos la información necesaria de importancia para realizarlo.

Al señor Margarito Solano, que sin su ayuda hubiera sido imposible la recolecta de la información necesaria del estudio.

Al Dr. Horacio Moreno por su comprensión y por su apoyo para lograr culminar mis estudios y mi trabajo de tesis.

Al Dr. Miguel Orozco y al Consejo de Dirección del CIES que me apoyaron desde el inicio otorgándome media beca para poder superarme como profesional y como persona.

A todos los docentes del CIES y a nuestra coordinadora académica, la Lic. Alice Pineda, de los que aprendí mucho gracias a sus enseñanzas.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en el municipio de San Lorenzo, departamento de Boaco, en el período comprendido de Enero a Abril del año 2007, es de tipo descriptivo, en donde los sujetos de estudio fueron las mujeres pertenecientes al municipio que parieron en el centro de salud o en su domicilio. El objetivo del estudio fue determinar la satisfacción de las mujeres en relación a la atención del parto comunitario e institucional del municipio, realizándose para ello la descripción de las características socioeconómicas, demográficas y biológicas de éstas, e identificar los factores claves para decidir y desear el lugar en la atención de su parto.

Para determinar aspectos de relevancia se realizaron entrevistas dirigidas a 71 mujeres que dieron a luz dándose 30 partos en el domicilio y 41 a nivel institucional, cuyos resultados fueron que el 57.7% de los partos fueron institucional; el grupo etáreo predominante fué el de 20 a 34 años con un 83.1% y que la mayoría de las adolescentes (15 a 19 años) parieron a nivel domiciliario (66.7%). En cuanto a las que parieron institucionalmente, el 65.9% fueron referidas por el personal comunitario a parir, y el 52% piensan que es mas seguro y no se presentan complicaciones en el C/S. Al 56.1% (23) no se les explicó el procedimiento a realizar y el 100% lo consideran importante, y al 97.6% (40) se les realizó examen físico; solo el 19.5%(8) presentó alguna complicación predominando las hemorragias postparto en un 50%. El 100% fue atendido por médicos, el 61% (25) consideran que la atención es buena, el 90.2% (37) dicen no haber recibido maltrato, el 92.7% (38) tuvieron privacidad, no se hicieron cobros al momento del parto, el 73.2% (30) recibieron recomendaciones, el 75.6% (31) no tuvieron ningún problema al momento del parto, el 75.6% (31) refieren que llegarían de nuevo a parir al C/S y el 87.8% (36) dicen que recomendarían a un familiar para la atención de su parto en el C/S.

De las que parieron en el domicilio, el 60% fueron atendidas por parteras y 36.7% (11) parieron solas, el 36.8% no acudieron a la unidad de salud por la inaccesibilidad (distancia), el 80% les hubiera gustado asistir. El 64.3% (18) consideran que la atención por parteras es buena, razón para preferir el parto domiciliario sería según el 43.3% (13) la comodidad en éstas, el 30% (9) presentaron algún tipo de complicación, predominando con un 20% (6) la retención placentaria y de restos ovulares, el 36.7% (11) piensan que hay mas complicaciones con las parteras. El 70% (21) consideran que una complicación en el parto es razón suficiente para no volver a parir con una partera, el 63.3% recibieron recomendaciones por parte de éstas principalmente en cuanto a los cuidados de la madre y del niño. El 36.3% (11) de las entrevistadas consideraron que las mujeres no acuden al centro de salud a su parto refiriendo que es mala, no se les hace caso y les hacen cosas que no les gusta. El 63.3% (19) refieren que un futuro embarazo acudirían para el parto al C/S y el 90% (27) le recomendaría el C/S a un familiar ir a parir al centro de salud.

I. INTRODUCCION

Cada año en el mundo, más de 200 millones de mujeres quedan embarazadas; 15% de éstas requieren de atención obstétrica calificada de emergencia. La carencia de dicha atención, ocasiona enfermedades e incapacidades serias y crónicas. Cualquier mujer embarazada puede tener complicaciones y morir, por lo que su detección y atención precoz son de vital importancia, estas se presentan por la mala calidad de atención, incluyendo las aptitudes, actitudes y motivación de los trabajadores de la salud. (28).

En Nicaragua la mortalidad materna es una de las causas más importantes de muerte en mujeres en edad reproductiva y es un fenómeno multicausal y multifactorial. (26). Anualmente mueren en el mundo 585 mil mujeres entre 15 y 49 años por complicaciones del embarazo y del parto y por cada mujer que muere 30 más sufren lesiones e incapacidades. Lo trágico es que se podría evitar si se adoptaran medidas preventivas y se proporcionara una asistencia adecuada. (3).

El enfoque de atención de las instituciones del sector salud, se ha centrado más en los datos y en la enfermedad que en los determinantes y condicionantes de la salud, descuidando la atención de los ambientes laborales, sociales y culturales, afectando a los grupos más vulnerables. (21). La atención del parto tiene como objetivo lograr que el parto y la condición materna-fetal se mantengan en límites fisiológicos. (22). La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención. (24).

En el municipio de San Lorenzo, Boaco, se encuentra un centro de salud y seis puestos médicos, ubicados en comarcas propias del municipio, en donde se brinda atención en salud a toda la población ahí existente y en donde apreciamos debilidades en los manejos al momento del parto institucional, donde surgen las muertes maternas.

Por lo antes planteado, se consideró de importancia realizar un estudio en donde se pueda valorar la satisfacción de las mujeres que tuvieron un parto comunitario y a nivel institucional, en el período de enero a abril del año 2007 y relacionarlo con el hecho de que éstas en un futuro puedan desear tener sus hijos de manera segura en una unidad de salud; el estudio es con el fin de mejorar la situación local de salud brindando una mayor satisfacción tanto a las usuarias como a la institución misma.

II. ANTECEDENTES

En Latinoamérica los nacimientos en madres menores de 20 años son alrededor del 15%, sin embargo algunos países que superan el 18%. Así, cada año unas 3.300.000 adolescentes llevan a término un embarazo, ignorándose el número de abortos. (19).

En un estudio único sobre la relación médico paciente realizado en los hospitales Berta Calderón, Fernando Vélez Páiz y Carlos Marx, por el Dr. Juan Pablo López Flores, en el período de Agosto – Septiembre de 1991, se encontró que existía un alto índice de relación médico paciente inadecuada en los tres hospitales donde se realizó el estudio.(14).

En el Centro Hospital Joaquín Paz Borrero (CHJPB) de la ciudad de Cali, Colombia, de septiembre a diciembre de 1991, con el objeto de evaluar la atención a la usuaria en los procesos de parto y postparto, se realizó un estudio de tipo descriptivo donde se encontró que de las mujeres atendidas por este personal, el 80% opinaron que el trato fue bueno. Todas las 76 usuarias de la muestra informaron que durante su estancia en el servicio de obstetricia se les proporcionó privacidad, lo cual las hizo sentir cómodas. (16).

Desde los años 93-94 el Ministerio de Salud de Nicaragua, ha venido impulsando un amplio proceso de reflexión y ajuste a sus políticas y estrategias principalmente las relacionadas con la organización de los servicios de salud y la priorización en la atención de los grupos poblacionales más desprotegidos de Nicaragua. (21)

En 1998, el MINSA determinó que un 62% de las muertes analizadas eran inevitables desde el punto de vista de los servicios de salud y en base a las normas obstétricas nacionales y la disponibilidad de recursos. (18)

En Nicaragua hubo 154 muertes maternas en el año 1998, cifra que se incrementó a 175 en 1999. Al igual que en años anteriores, en 1999 las causas obstétricas directas ocuparon el primer lugar (119 mujeres; 68% del total); de éstas, casi la mitad de las muertes maternas fueron debidas a hemorragia postparto (*HPP*) (56, 47%). (30).

El 53% de las muertes maternas ocurrieron en el domicilio, la atención del parto por personal capacitado ha tenido un incremento, satisfactorio de 1993 a 1998. La mortalidad perinatal presenta una tasa de 28.2 por mil nacidos vivos registrados, que representa el 71% de la mortalidad infantil (MINSA 2001). Las principales causas son: el síndrome de dificultad respiratoria que incluye la prematurez, malformaciones congénitas y sepsis. (37)

En el año 2000, se registró una tasa de muertes maternas de 91 por 100,000 NVR. En su mayoría fueron por causas obstétricas (79%), estas causas continúan siendo las mismas señaladas durante los últimos años en Nicaragua, entre ellas se mencionan: hemorragia, síndrome hipertensivo gestacional, sepsis y aborto. Entre los factores presentes en los casos reportados el 52% de las mujeres no habían recibidos controles prenatales, el 29% de las fallecidas eran adolescentes, 32% de las madres tenían más de 4 hijos, el 62% fueron partos atendidos en el domicilio y el 29% de éstos atendidos por parteras. (12).

Durante el primer nonestre del año 2000, las causas obstétricas directas siguieron siendo el principal motivo de muerte materna (101; 64% del total) y más de la mitad se debieron a una *HPP* (57 casos; 57%), porcentaje sensiblemente superior al observado en años anteriores, en el 2001, se observó que del total de muertes maternas 113, (29 %) fueron por hemorragias post parto y el 2002, se presentó en el 26.4% de las causas de muertes maternas. (4).

En San Marcos, Perú, en el 2001, Villanueva Alejandra estudió el “Cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias” encontrando en cuanto a los tópicos de “atención del parto”, “trato del personal” y “local” obtuvieron el calificativo de “buena (o) (s)” en el 78.3%, 71.1% y 68.3% de los casos, respectivamente. El tópico de “equipos” obtuvo una aprobación del 76.8% entre las usuarias encuestadas. Además, el 84.9% de las encuestadas regresarían a dar a luz al establecimiento donde el parto fue atendido, mientras que el 15.1% refiere que no regresaría al mismo establecimiento. (39).

En México, Durán González, Lilia Irene, estudió en el 2002 la “Calidad de atención del parto en un hospital universitario” encontrando que el trato proporcionado a la paciente fue deficiente en 79% de los casos, bueno, en 14% y malo, en 7%. Entre los criterios que se calificaron se incluyó la forma en que el personal recibe a la paciente al ingresar al servicio, se encontró que a 90% de las pacientes se les saludó. A 97.5% de las pacientes no se les llamó por su nombre, en 62.5% se utilizó algún sobrenombre y en 35% no se utilizó apelativo para dirigirse a ellas. La interrelación médico-paciente obtuvo una calificación de deficiente, debido a que los médicos recibieron a las pacientes a través de un saludo impersonal e indiferente, no se les llamó por su nombre, utilizando sobrenombres como “madre”, “hija”, “gorda”, “señora”, entre otros, además no se les explicaron los procedimientos que se les realizaban y se apreció una falta de privacidad durante la exploración, ya que se efectuó sin importar la presencia de personas ajenas. (9).

En la Encuesta Nacional de Desarrollo realizada en el año 2,001, se evidenció que existen barreras para que las poblaciones más pobres puedan acceder a los servicios que brindan las instituciones del sector público, los que están siendo utilizados por los estratos con mayores recursos económicos. A pesar de los esfuerzos por incrementar la cobertura de los servicios de salud, aún existe un porcentaje considerable de población que no tiene acceso a los servicios de salud, ya sea por razones geográficas, económicas, culturales e incluso de falta de información sobre los beneficios de los servicios de salud.

Los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, en buena parte de los países son altamente segmentados; con gran desintegración, no necesariamente responden a la satisfacción de las necesidades de salud de la población; ni a sus expectativas en relación con la calidad de la atención. Szulik, D. Estudio sobre “La satisfacción de las mujeres usuarias y los profesionales en tres hospitales de la red asistencial pública”. Buenos Aires, Argentina, 2005. Se observó un alto grado de satisfacción de las mujeres entrevistadas y los profesionales con respecto a la atención durante el proceso del embarazo, el parto y el puerperio. Las mujeres evalúan positivamente la calidad de la atención médica y de la relación interpersonal establecida con los/as profesionales. (36).

En México, en el 2004, Méndez-González, Rosa María y Cervera-Montejano MD, compararon la atención del parto normal en el sistema hospitalario y tradicional concluyendo que la calidad de atención fue similar en ambos servicios. (17).

En un estudio realizado por la Dra. Katy Avendaño Espinoza, sobre “Calidad de la atención del parto desde la percepción de las pacientes embarazadas que fueron atendidas en los servicios del Hospital Fernando Vélez Paíz, Agosto - Noviembre de 2004.” Se encontró que en relación a la identificación del médico con las pacientes antes de la atención, éstas refirieron en el 100% (359) de los casos, que ningún médico se identificó antes de la atención. El 59% (212) de las pacientes refirieron que no se les explicó el procedimiento a realizar y el 41% (147) si fueron informadas del procedimiento a realizar. Con respecto al uso de sábanas durante la revisión, el 100% (359) de las pacientes refieren no haber sido cubiertas, durante la realización del examen.

También se encontró que: el 59% de las pacientes refirieron que no se les explicó el procedimiento a realizar y el 41% sí fueron informadas del procedimiento a realizar.

Con respecto al trato recibido, 85% de las pacientes refieren haber sido bien tratadas, 12% recibieron un trato regular y 3 refieren mal trato.

De la información recibida sobre condición del embarazo y puerperio, 44% de las pacientes tuvieron mala información; 42% tuvieron buena información y 14% regular información.

La comodidad de las salas donde fueron atendidas las pacientes, fueron buenas para el 48.5% pacientes, regular para 35% y malas para 16%.

Con respecto al cumplimiento del deseo de las pacientes de ser acompañadas en el momento del parto; al 75% no se les cumplió su deseo, 16% no deseaban ser acompañadas por nadie y solo 9% fueron acompañadas.

De la compra de medicamentos fuera del hospital durante su estancia en la unidad de atención, el 77% de los pacientes refirieron que no hubo necesidad de abastecimiento externo y 23% si tuvieron que comprar medicamentos. (1).

III. JUSTIFICACIÓN

En el Centro de Salud Amed Campos Corea (C/S ACC) existen debilidades en la calidad de atención en general, al igual que en la mayoría de las unidades de salud de todo el país, en las que también encontramos debilidades de la atención principalmente en el momento del parto, dando lugar a la aparición de las complicaciones causando así afectaciones económicas, físicas y psíquicas a la usuarias y a la familia, así como a la institución que le conlleva grandes pérdidas debido a la generación de gastos en los servicios en general, principalmente hospitalarios.

La realización del presente estudio, es con la finalidad describir el grado de satisfacción de las mujeres que han dado a luz tanto institucionalmente como a nivel domiciliario, aspecto todavía no explorado en dicha unidad de salud, con la finalidad de poder dar mejorías en este servicio, de las mujeres en general con hijos que en el futuro determine ir a tener sus hijos en las unidades del Ministerio de Salud; tratando así de determinar cual de los aspectos de la atención es el que encuentran este grupo de usuarias como negativos o positivos como para decidir en un determinado momento el desear tener o no un parto institucional, sin temor a complicarse en el momento del parto.

El propósito del estudio, es obtener información valiosa e importante sobre la satisfacción de las mujeres parturientas en la atención del parto para la obtención de beneficios futuros en esta área, la que podrá ser utilizada para brindar una atención de calidad, obteniendo beneficios tanto para la población demandante como para la propia institución. De esta manera se realizarían esfuerzos en busca de mejorar los aspectos negativos encontrados, con la esperanza de que en base a los resultados obtenidos del estudio, puedan ser utilizados de la mejor manera, principalmente en esta área de atención que es de prioridad para el Ministerio de Salud, ya que es donde se presentan las muertes maternas, que es el principal problema de salud actualmente.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con lo anteriormente planteado es importante conocer: ¿Cómo es la atención del parto institucional y comunitario, de acuerdo con la opinión de mujeres parturientas en el municipio de San Lorenzo, Boaco; en el período comprendido de Enero a Abril 2007?

Del planteamiento a este problema nos surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las características personales, familiares y sociales de las mujeres en estudio?

¿Cuál es la opinión sobre los servicios de atención del parto institucional en el centro de salud en estudio?

¿Cuáles son las razones por las que se da el parto domiciliar en el municipio de San Lorenzo?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Valorar la satisfacción en la atención del parto comunitario e institucional en el Centro de Salud Amed Campos Corea por parte de mujeres parturientas en estudio, San Lorenzo, Boaco, en el período comprendido de Enero - Abril 2007.

5.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características personales, familiares y sociales de las mujeres en estudio.
2. Identificar la opinión de las mujeres que parieron en el centro de salud sobre la atención del parto institucional en el centro de salud mencionado.
3. Valorar las razones por las cuales las mujeres parieron en su domicilio.

VI. MARCO DE REFERENCIA

En la región de Las Américas se dan 15 millones de nacimientos todos los años, el número de hijos por mujer varía del 1.6 en Cuba a 4.8 en Guatemala, el acceso a servicios prenatales en los países de la región y su utilización variaron de 53% a 100% y la tasa de Mortalidad Materna varía de 2 por 100.000 en Canadá a 1000 por 100.000 por nacidos vivos registrados en Haití. (37).

Actualmente en América Latina y el Caribe cada año, casi un millón de adolescentes (el 10% de todas las mujeres entre 15 y 19 años y el 19% de todas aquellas que han tenido relaciones sexuales) quedan embarazadas, esto debido a que no usan ningún método anticonceptivo adecuado y debido a que ningún método anticonceptivo es 100% seguro, la abstinencia es la única forma de prevenir el embarazo.

En Nicaragua, tres de cada 10 nacimientos son de madres adolescentes en el área urbana y en las zonas rurales es de cuatro. Cerca del 40% de los embarazos en adolescentes terminan en abortos, el 47% da a luz, un 4% da sus hijos en adopción y la mayoría permanece con sus madres biológicas. (8).

Los factores asociados con la muerte materna incluyen la inequidad de género, desnutrición crónica, la violencia intrafamiliar, la planificación familiar, entre otros. Por eso la muerte materna refleja el estado básico de salud de la mujer, su acceso a los servicios de salud y la calidad del servicio que recibe. Por lo tanto, los porcentajes de muerte materna son parte del grupo de indicadores que evidencian el nivel de desarrollo de un país. La muerte materna es una medida de progreso hacia una sociedad más justa y equitativa, dirigida a satisfacer las necesidades de sus ciudadanas y garantizan el derecho a la salud de las mujeres. (18).

La atención materna estaría asociada a factores individuales y contextuales, aunque con mayor efecto individual. La educación de la madre, considerada una variable de estatus de la mujer, resultó ser un fuerte predictor de la atención materna y provee apoyo para la

perspectiva de empoderamiento. La educación estaría afectando el acceso y la utilización de los servicios de la salud, por cuanto la mujer con mayor nivel educativo, sabrá más acerca de la disponibilidad de los servicios de salud como de los beneficios que producen su uso. El acceso a hospital y el nivel socioeconómico de la madre son otros de los predictores significativos y muestran una fuerte asociación con la atención materna. Esta asociación es similar a la encontrada en estudios que muestran la misma relación con la mortalidad materna.

Los factores individuales y contextuales, que estarían contribuyendo al retraso en el tratamiento de complicaciones obstétricas, según Thaddeus y Maine (1994) serían: 1) retraso de parte de la mujer embarazada, su familia o ambos, en buscar ayuda. 2) retraso en alcanzar un adecuado servicio de salud y 3) retraso en recibir el tratamiento adecuado en el servicio de salud.

La mayoría de lesiones y muertes maternas podrían ser evitadas si la mujer tuviera acceso a cuidados básicos durante el embarazo, parto y posparto y fuera instruida para hacer uso de los servicios de salud materna. (34). Proveer servicios de salud materna podría costar en promedio \$ 2 per- cápita por año en los países en desarrollo, mientras que una vez desarrollada las complicaciones el costo total de salvar una vida materna es casi de \$ 230. (10).

Disponibilidad y aceptabilidad de servicios de salud son dimensiones importantes que facilitan el uso de atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, hay mujeres que prefieren los partos en casa, con atención de parteras / comadronas y hay quienes buscan ayuda profesional y parto institucional. Los factores asociados a la primera elección serían la tradición o costumbre, habilidades de la comadrona / partera de cuidado especial, el costo y respeto por costumbres locales (ejemplo, retorno de placenta, permitir a las mujeres estar parcialmente vestidas y elegir la posición en el parto). En el caso de la segunda elección estarían el conocimiento de los beneficios proporcionados en los servicios de salud, por parte del personal de salud, como la capacidad de este para manejar complicaciones y percepción de que las parteras / comadronas no pueden manejar complicaciones (MotherCare Matters, 2000).

Al respecto Koblinsky menciona que no se debe olvidar el contexto socioeconómico, el cual influye e interactúa con las barreras para el uso de la atención calificada a nivel familiar y de la comunidad. Dentro de los factores individuales Shiffman (2000:277) identifica tres perspectivas en los determinantes de la mortalidad materna:

- 1) La perspectiva de salud promovida por acciones de maternidad segura dirigidas a la disponibilidad y uso de los servicios de salud materna.
- 2) La perspectiva del desarrollo económico y
- 3) El empoderamiento de la mujer que enfatiza la posición de la mujer en la sociedad.

VI. a Factores asociados al embarazo

El factor de riesgo es toda característica asociada a mayor probabilidad de sufrir daño.

El embarazo de alto riesgo es cuando existen factores de riesgo (sociales, genésicos, biológicos, etc.) solos o asociados y cuya presencia puede significar un mayor compromiso y alteraciones en el embarazo, el parto y el puerperio, con repercusión en el estado de salud de la madre, el feto o ambos.

El parto de bajo riesgo es aquel en que la embarazada inicia trabajo de parto espontáneo entre las 37 y 41 semanas cumplidas de gestación, se calcula un peso fetal entre 2,500 – 4,000 g, al interrogatorio y examen físico no hay presencia de complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo reales o potenciales.

El parto de riesgo o de alto riesgo es aquel cuya evolución natural lo lleva habitualmente a obtener un resultado no deseado para la madre y/o su hijo.

Factores biológicos: La edad de menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva, en el último siglo, esta se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 (últimos 150 años). Así, los adolescentes son fértiles a una edad menor.

Factores psicosociales y conducta sexual: El adelanto de la menarquia es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. También está la ausencia de información veraz; más del 70% de los/as jóvenes consideran que están bien informados en materia de sexualidad, sin embargo observamos como determinados mitos están hoy en día aún muy extendidos entre la gente joven, la mitad de los/as jóvenes obtienen la información de sus amigos, de revistas y películas. Esto es un grave problema pues existe una gran diferencia entre la percepción subjetiva de estar bien informado y estarlo realmente, por lo que no ven la necesidad de buscar información al respecto.

La relación sexual precoz se da en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de grandes ciudades. La pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, falta de grupos de apoyo o tener pocos amigos, haber sido víctimas de abuso sexual con el consecuente mayor riesgo. Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. (33).

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial importante. Está demostrado que madres adolescentes presentan peores indicadores de salud materno-infantil que las mujeres en edad óptima para la procreación. (8).

La relación entre mortalidad y embarazo demostró que el riesgo de morir durante un aborto es 2.95 veces mayor que durante el parto. El estudio incluye a la población entera de mujeres de Finlandia entre 15 y 49 años, desde 1987 hasta el 2000 y demostró que las mujeres que se realizaron abortos tenían una considerablemente mayor probabilidad para morir por causas naturales (1.7 veces), las cuales no fueron atribuidas al embarazo. En este estudio, los investigadores descubrieron que las mujeres que se realizaron abortos tenían casi

dos veces más probabilidades de morir en los dos años siguientes y que el elevado índice de mortalidad de mujeres que habían abortado persistió en los últimos 8 años. (13)

Algunos autores han identificado que en el caso de las adolescentes, se aumenta la frecuencia de partos distócicos, prolongados y las cesáreas y que las causas más frecuentes de las cesáreas en estas pacientes son precisamente la enfermedad hipertensiva, el SFA (Sufrimiento Fetal agudo) y la DCP (desproporción céfalo-pélvica). (11).

VI. b El Parto

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal y se divide en tres períodos: borramiento /dilatación, expulsión y alumbramiento. Es la expulsión del feto de 500 g, o más (20 semanas aproximadamente). Es parto institucional cuando este se da en una de las unidades del Ministerio de Salud.

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se abra (dilate) y adelgace (se borre), para permitir que el feto pase por el canal de parto. Las señales del trabajo de parto varían de una mujer a otra y entre las mas comunes se pueden incluir: ruptura de las membranas de la bolsa amniótica (bolsa de aguas), indicios de sangre a nivel vaginal y contracciones uterinas.

El parto se divide normalmente en tres etapas:

1ª. Etapa: Dilatación y borramiento: fase en que la futura madre ingresa en el hospital, suele ser la más larga y la menos intensa.

2ª. Etapa: Expulsivo: más corta que la primera y puede tomar de 30 minutos a dos horas (cuando se trata del primer parto) y finaliza con el parto del bebé.

3ª. Etapa: Alumbramiento: consiste en la expulsión de la placenta del útero a través de la vagina y no suele durar más que unos minutos.

El trabajo de parto en un primer embarazo suele durar entre 12 y 14 horas y en los embarazos subsiguientes, suele durar menos, aproximadamente 8 horas. En algunos casos,

es necesario "provocar" el parto, es decir, se debe llevar a cabo un proceso para estimular el inicio del trabajo de parto. Los motivos que hacen necesario provocar el parto varían y entre los más comunes se incluyen los siguientes:

1. La madre o el feto están en riesgo.
2. El embarazo continúa mucho después de la fecha de parto calculada.
3. La madre padece de preeclampsia, eclampsia o hipertensión crónica.
4. Diagnóstico de crecimiento deficiente del feto.

Entre las técnicas comunes para provocar el parto se incluyen las siguientes:

1. Administrar supositorios vaginales que contienen la hormona prostaglandina para estimular las contracciones.
2. Administrar una infusión intravenosa de oxitocina (una hormona producida por la glándula pituitaria que estimula las contracciones) u otra droga similar.
3. Romper (artificialmente) las membranas de la bolsa amniótica (bolsa de aguas).

La sepsis puerperal es la infección del tracto genital que ocurre en cualquier momento entre el inicio de las rupturas de las membranas y los 42 días posparto.

La muerte neonatal es la que se presenta en un recién nacido vivo, desde su nacimiento hasta completar los 28 días de vida.

El puerperio es la etapa posterior al parto hasta los 42 días del nacimiento del bebé.

El parto limpio es aquel que es atendido por personal de salud en una institución médica o por una partera capacitada que atiende a domicilio, cumpliendo con los siguientes principios: manos limpias, superficies para trabajar limpias y corte del cordón con utensilios limpios.

El parto prolongado es aquel que teniendo trabajo de parto activo y con contracciones uterinas regulares dura más de 12 horas.

Cuando el parto se inicia sin que hayan intervenido agentes externos se denomina **espontáneo**, en caso contrario se considera **provocado o inducido**. Si evoluciona sin que haya ninguna desviación en su mecanismo fisiológico se denomina **normal o eutócico**. Si durante el parto ocurriera alguna alteración (contráctil, del canal del parto, etc.) se lo considera **distócico**. Si termina bajo la sola influencia de las fuerzas naturales, se llama parto **natural**. Si hubo intervención manual o instrumental se trata de un parto **artificial**. La mayoría de los partos son espontáneos aunque pueden no reunir todas las condiciones de normalidad denominándoseles entonces: **paraeutócicos**.

Se deberá también permitir la libre elección de la posición obstétrica, recomendando la deambulacion durante el período de dilatación si las membranas se conservan íntegras.

En cambio la atención del parto patológico o de riesgo, requiere un cuidadoso gobierno y dirección de cada uno de los períodos del parto, en los que la rotura artificial y oportuna de las membranas así como la conducción farmacológica adquiere especial relevancia. La mortalidad materna y perinatal que reconoce como origen la existencia de un parto de riesgo, puede deberse en gran parte a enfermedades maternas técnicamente evitables con un buen control prenatal o una correcta atención del parto.

Enfermedades anteriores al embarazo como hipertensión arterial crónica, diabetes pregestacional, nefropatías, cardiopatías o aún patologías poco frecuentes como encefalopatías, esclerosis múltiple, patología recto vaginal, accidentes abdomino-pélvicos, etc. pueden terminar en un parto de riesgo. También las enfermedades propias del embarazo como la preeclampsia y eclampsia, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro y retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), rotura prematura de membranas, las hemorragias, etc., tienen incrementado el riesgo potencial de un parto patológico con aumento de la morbimortalidad fetomaterna.

El parto en los estados hipertensivos del embarazo. La vía del parto dependerá del grado de sufrimiento fetal y de su crecimiento intrauterino. Si el feto se encuentra muy comprometido se preferirá la cesárea. En caso de elegir la vía vaginal se considera

conveniente efectuar monitoreo fetal intraparto y la inducción se podrá hacer con las drogas habituales siguiendo el método más adecuado. Se realizará la cesárea ante el manifiesto fracaso de la primera.

El parto en la embarazada diabética. Cualquiera sea la vía de elección se deberá mantener la glucemia materna entre 70 a 105 mg/dl hasta la extracción del feto. Evitar la hipoglucemia. Tan pronto como se produce el nacimiento, ya sea por vía vaginal o por cesárea, el aporte intravenoso de insulina deberá interrumpirse. Si se hubiera optado por la insulina subcutánea, esta se aplicará de acuerdo al control glucémico.

El parto en la Rotura Prematura de Membranas. La rotura prematura de membranas (RPM) aumenta considerablemente la morbimortalidad materna porque se asocia a una mayor incidencia de cesáreas y a infección materna. La frecuencia y gravedad de éstas se relacionan con la flora patógena vaginal existente. También se incrementa la morbimortalidad fetoneonatal debido especialmente a la asociación con prematurez/inmadurez, enfermedad de membrana hialina, asfixia y en menor grado infección. Los recién nacidos de término tienen un riesgo de infección bajo, de un 1%, pero los prematuros aumentan este riesgo en forma considerable en relación inversa a su edad gestacional. Otros riesgos agregados son los accidentes del parto (procidencia de cordón, etc.).

Interrupción del embarazo: la paciente debe ser asistida en el nivel de complejidad obstétrico-neonatal más adecuado y hay unanimidad de criterios en que el embarazo debe interrumpirse, sea cual fuera la condición del feto, si existen signos clínicos, bacteriológicos o de laboratorio que hagan sospechar corioamnionitis. Se recomienda privilegiar la vía vaginal para evitar las complicaciones postoperatorias maternas de origen infeccioso. Si están dadas las condiciones, se intentará la inducción del parto mediante la administración intravenosa continua de oxitocina, tratando de reducir al mínimo los tactos vaginales. Ante el fracaso del primer intento de inducción o cuando ésta se halle contraindicada, se decidirá la operación cesárea.

El parto en las Hemorragias del III Trimestre

Placenta Previa. La operación cesárea es el procedimiento de elección en la placenta previa. Merece especial mención la implantación baja de la placenta insertada en la cara anterior sobre cicatrices uterinas previas (cesárea anterior, miomectomías, etc.) con el consiguiente riesgo en la cesárea debido a acretismo placentario.

Desprendimiento normoplacentario. Ante la sospecha diagnóstica de desprendimiento de la placenta normalmente inserta, debido a la aparición imprevista de hipertonía uterina con o sin sangrado, hipotensión arterial, etc., se internará a la paciente, mientras se realizan análisis de laboratorio y de permitirlo el cuadro la confirmación mediante ultrasonografía. Se deberá efectuar el control estricto de la vitalidad fetal e intentar definir la gravedad del caso, valorando el grado de compensación de la paciente. Utilización de agentes betamiméticos uteroinhibidores, a fin de relajar el útero y mejorar la homeostasis fetal. La indicación es la operación cesárea abdominal.

Parto de Riesgo por Distocia

Distocia (Dis=alteración y Tocos=parto): cualquier alteración contráctil, ósea, de partes blandas o de causa fetal, que modifique el normal mecanismo del trabajo de parto, transformándolo en un parto patológico o de riesgo.

Distocia contráctil. Cualquier perturbación de la actividad contráctil uterina durante el trabajo de parto puede alterar el mecanismo de parto originando una distocia dinámica o contráctil. Los patrones de contractilidad se determinan por la apreciación del tono, frecuencia, intensidad y duración de las contracciones. El aumento por encima de los valores fisiológicos de cualquiera de estos parámetros puede comprometer la vitalidad fetal, incrementando el grado de riesgo del parto.

1-Distocia dinámica por aumento de la actividad contráctil: Hiperdinamia es el aumento de la contractilidad uterina en su tono (hipertonía), en su frecuencia (taqui o polisistolia), o intensidad (hipersistolia).

Amenaza de rotura uterina: es una distocia contráctil de grado máximo (hiperdinamia hipertónica) que, dejada a su evolución natural, termina con la rotura uterina y la muerte del feto y aún de la madre. Está caracterizada por el incremento exagerado del tono, frecuencia e intensidad de las contracciones ante un obstáculo difícil de vencer. Corresponde clínicamente al denominado Síndrome de Bandl-Frommel-Pinard. Conducta: operación cesárea de urgencia.

2-Distocia dinámica por disminución de la actividad contráctil: Hipodinamia es la disminución de la contractilidad uterina en su tono (hipotonía), frecuencia (bradisistolia) o intensidad (hiposistolia).

Parto prolongado: el diagnóstico es efectuado por medio de las curvas de alerta trazadas en el partograma, permite alertar aquellos casos que requiere el diagnóstico, evaluación y corrección de la distocia causante del problema. Conducta: evaluación de la causa y estimulación de la contractilidad por goteo oxitócico controlado o referencia al nivel de complejidad adecuado.

3- Distocia dinámica por perturbación de la actividad contráctil: está caracterizada por contracciones localizadas (espasmos) del orificio externo, interno o del anillo de Bandl, que originan incoordinación por inversión del triple gradiente descendente.

El **triple gradiente descendente** es una característica de la onda contráctil normal del parto, que consta de tres componentes:

- 1- Propagación descendente de la onda contráctil.
- 2- La duración de la contracción es mayor en las partes altas del útero.
- 3- La intensidad de la contracción es mayor en las partes altas del útero.

Por lo tanto, cualquier inversión de estos gradientes puede ser el origen de una distocia dinámica. Conducta: Inhibición de la actividad contráctil por medio de goteo controlado de betamiméticos. Control de salud fetal y materna.

Distocia ósea. Toda alteración de los diámetros óseos del canal del parto puede originar una perturbación del mecanismo de parto o sea una distocia ósea, que será tanto más grave cuanto más alterados estén dichos diámetros y que dará como resultado un parto de alto riesgo.

Distocia de causa fetal. Exceso de volumen total.

Por **macrosomía fetal:** La alteración del volumen fetal por macrosomía, constituye una de las causas más frecuentes de alteración del mecanismo de parto por distocia de causa fetal.

En ese caso, un feto cuyas medidas superen las normales puede transformar una pelvis normal en una pelvis con una estrechez relativa, al no permitir el paso del móvil por el canal del parto, originando de esta manera una distocia relativa o funcional de causa fetal. Además, aumenta la frecuencia de distocia de hombros, sufrimiento fetal agudo intraparto, depresión neonatal y secuelas neurológicas.

Embarazo múltiple: Es otra forma de incremento del volumen total fetal. Su frecuencia es del 1.5 al 2 % de todos los nacimientos y se asocia con el 9 % de la mortalidad neonatal precoz. Se sospecha un embarazo gemelar ante la hiperemesis marcada o toxemia temprana y cuando existen antecedentes familiares de embarazo múltiple. Son signos de presunción la palpación de un útero mayor que la amenorrea y la altura uterina por arriba del percentil 90 de la curva, certificándolo con la palpación abdominal de los fetos.

Alteraciones de la posición. La posición anormal del feto en el canal del parto como las presentaciones deflexionadas, la presentación podálica y la situación transversa son también causa de distocia. Si bien este parto puede cumplirse, en fetos pequeños, mediante un laborioso mecanismo de parto, la morbilidad fetal y el riesgo de enclavamiento llevan frecuentemente a la indicación de la operación cesárea.

Se requerirán los antecedentes familiares, personales y obstétricos, considerando como alerta los antecedentes de cesárea, embarazo gemelar, gran multiparidad, recién nacido de bajo peso o nacido muerto anterior. Las embarazadas con incremento brusco y exagerado de peso deben ser evaluadas en cuanto a la posibilidad de patología hipertensiva, polihidramnios, macrosomía fetal, etc.

Dentro del examen obstétrico de admisión se deberá efectuar:

Palpación abdominal: con el objeto de determinar el volumen uterino, el número de fetos, la ubicación fetal (situación, presentación y posición) y la cantidad de líquido amniótico.

Tacto vaginal: a fin de realizar la evaluación del canal del parto (canal blando y óseo), la altura y variedad de posición y la valoración de la proporción feto-pélvica.

El examen genital deberá incluir la inspección vulvar y tacto vaginal. El tacto bimanual facilitará el reconocimiento de miomatosis uterina, malformaciones, tumores de ovario, etc.

Las embarazadas con talla inferior a 1.50 m. deberán ser evaluadas en cuanto a la capacidad de su pelvis, realizando la pelvimetría y pelvigrafía correspondiente y la comprobación de la buena relación pélvico cefálica.

La evaluación de la pelvis en cuanto su conformación y medida de los diámetros, así como el diagnóstico de la proporción pélvico cefálica es uno de los principales objetivos del examen obstétrico de admisión.

Cabe aclarar que no siempre una embarazada que ha mostrado normalidad durante el control prenatal termina en forma segura en un parto espontáneo y natural de bajo riesgo, ya que en un porcentaje de ellas puede aparecer una distocia que impida o dificulte su evolución normal, transformándolo en un parto de riesgo.

Período Placentario Patológico

El tercer período del parto o “alumbramiento” es una etapa de verdadero riesgo materno, ya que una parte significativa de las parturientas pueden determinar retenciones de placenta y/o hemorragias que ponen en peligro la vida de la madre.

Las hemorragias del postparto inmediato pueden ocurrir antes del alumbramiento o después del mismo en el postalumbramiento inmediato. Una parte importante de las causas de hemorragia se trasladan al puerperio, llegando a constituir uno de los procesos más graves que ocurren durante el período grávido-puerperal, constituyendo la segunda causa de muerte materna en el país.

Hemorragias del postparto inmediato. Es la pérdida sanguínea en cantidad mayor a los 500 ml durante las primeras 24 horas después del parto.

Se deberá tener en cuenta, además la repercusión de la hemorragia en el estado general de la puérpera y su equilibrio hidrodinámico. Conducta: El examen meticuloso de la placenta y las membranas reconocerá la retención de restos placentarios. Si el útero está retraído y hay sangrado se debe revisar el cuello uterino para descartar desgarros y suturarlos. Debe tenerse en cuenta también en la génesis de las hemorragias del alumbramiento los trastornos de la coagulación.

Las causas más frecuentes de alumbramiento patológico son:

a) Retención de placenta. Es un cuadro caracterizado por una actividad contráctil insuficiente para desprender o expulsar la placenta. El diagnóstico puede efectuarse por medio del “signo del pescador” de Fabre, según el cual la tracción suave e intermitente del cordón es acompañada en sus movimientos por el fondo del útero. En esos casos se deberá recurrir a los masajes externos del útero y/o uso de oxitócicos y en caso de fracaso de estos métodos al alumbramiento artificial manual.

Anillos de contracción: se deben a la contractura de una zona circular del útero, que mantiene la placenta o parte de ella estrangulada por un anillo muscular grueso y que se diferencia del resto del útero cuya pared está flácida.

b) Lesiones de partes blandas. Además de la hemorragia por retención total o parcial de placenta, un porcentaje importante de pérdida hemática se debe a lesiones (desgarros) de partes blandas. Pueden presentarse en cualquier lugar del canal del parto, desde el periné, vulva, vagina y cuello hasta el cuerpo del útero. El cuadro se instala en un útero clínicamente normal, bien retraído y contraído (globo de seguridad de Pinard), con correcta coagulación sanguínea y ya expulsada la placenta completa. El tratamiento se efectúa mediante la reparación del desgarro. Si el desgarro es corporal (rotura uterina) se deberá abordar por vía abdominal para tratar de suturarlo. Cuando esto resultara imposible, se procederá a la histerectomía.

c) Inversión aguda del útero. Es un cuadro poco frecuente pero de suma gravedad caracterizado por la invaginación total o parcial del útero dentro de sí mismo. La causa predisponente es la atonía del útero y la determinante, la incorrecta atención del período de alumbramiento con maniobras precipitadas o intempestivas (presión sobre el fondo del útero y tracción del cordón umbilical con la placenta adherida), acompañada de dolor y estado de shock. Conducta: Reposición manual del útero por vía abdominal bajo anestesia general. (22)

VI. c Parto Institucional.

Instrucciones antes del parto. Toda mujer debe de conocer las circunstancias que obligan a solicitar con prontitud una evaluación por personal médico calificado en una unidad de salud. Estas incluyen: a) posible rotura de membranas, b) contracciones uterinas regulares, c) hemorragia por la vagina y d) dolor lumbar, pélvico o abdominal más intenso de lo previsto. Las mujeres deben saber diferenciar entre el falso y el verdadero trabajo de parto, este último se caracteriza porque las contracciones son regulares y la intensidad de éstas aumenta de modo progresivo.

Admisión. Si la paciente presenta contracciones se debe registrar el momento de inicio y la frecuencia. El interrogatorio debe enfocarse en la rotura espontánea de las membranas, presencia o ausencia de hemorragia y actividad fetal. En la revisión del historial prenatal se debe de tomar nota de manera específica de la fecha estimada de internamiento y su confiabilidad, así como sus antecedentes médicos e historial quirúrgico y detalles de

embarazos previos: número, gestación, tamaño fetal, duración del trabajo de parto y cualquier complicación. Hay que revisar los datos de laboratorio prenatales, incluidos tipo sanguíneo, hematocrito, requerimientos de inmunoglobulina Rh, VDRL, inmunidad a rubéola y estado de inmunidad contra hepatitis y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En el momento de la admisión el examen físico debe incluir los signos vitales (temperatura, pulso, presión arterial), auscultación de corazón y pulmones y un examen neurológico breve. Hay que efectuar las maniobras de Leopold para evaluar la posición fetal y se debe de palpar el útero o utilizar un tocodinamómetro para determinar frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas. También debe de medirse la altura del fondo uterino, llevar a cabo una valoración clínica del peso fetal y auscultar el tono del latido cardíaco fetal con evaluación específica de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) durante las contracciones uterinas.

Se debe de examinar la vulva en busca de lesiones herpéticas. Si hay sospecha de posible rotura de membranas es apropiado confirmarla (o descartarla). En la palpación del cuello uterino se debe de prestar atención a lo siguiente:

- Evaluación de la consistencia del cuello uterino (firmeza o laxitud).
- Grado de borramiento.
- Dilatación del orificio cervical.
- Ubicación del orificio cervical en relación con el eje del canal del parto (posterior, medio o anterior).

Debe determinarse la presentación de la parte fetal mediante la palpación. En mujeres con embarazo a término y rotura de membranas antes del inicio del trabajo de parto es apropiado aplazar el examen digital del cuello uterino para reducir el riesgo de corioamnionitis.

Atención de la primera etapa del trabajo de parto. Los objetivos del tratamiento primario son vigilar el bienestar del feto, apoyar a la mujer durante esta etapa e intervenir cuando sea necesario. El apoyo de la mujer durante el trabajo de parto incluye la adopción de la posición más cómoda. Se debe hacer auscultación intermitente, vigilancia fetal externa e interna y debido a que el riesgo sanguíneo uterino es máximo en la posición de decúbito lateral,

esta se debe de iniciar a adoptar si hay preocupación por el bienestar fetal. Es necesario contar con una vía permeable intravenosa en mujeres que se encuentren deshidratadas y parece prudente para la administración de soluciones y medicamentos en mujeres con riesgo aumentado de hemorragia postparto.

Se han establecido los beneficios del apoyo continuo por un proveedor de atención de la salud (enfermera o partera) durante el trabajo de parto mediante múltiples estudios aleatorios. Los efectos saludables de tal apoyo incluyen disminución del uso de fármacos para el dolor, menos tasas de parto quirúrgico vaginal y cesárea, así como frecuencia disminuida de calificaciones de Apgar menores de 7 a los cinco minutos.

Atención en el segundo periodo del trabajo de parto. El inicio del segundo período del trabajo de parto, con la dilatación completa del cuello uterino, suele percibirse por la mujer como descenso de la parte que se presenta hacia la vagina y sensación de necesidad de pujo con las contracciones y hay que precisar la altura y la variedad de posición de la presentación. La episiotomía es una incisión en el perineo practicada para facilitar el parto vaginal, se lleva a cabo cuando el perineo no se amplía con facilidad y si el parto debe aligerarse. Esta etapa termina con el nacimiento del recién nacido, tras confirmar que la respiración es satisfactoria y la frecuencia cardiaca normal, se seca y se envuelve al niño lo más pronto posible para conservar su temperatura corporal, se entrega a su madre para que lo abrace; en seguida se toma el cordón entre dos pinzas, se corta y se recolecta una muestra de sangre del cordón.

Atención de la tercera etapa del trabajo de parto. La tercera etapa se inicia cuando termina el parto y concluye con el parto de la placenta; se da un cambio en la forma del útero de discoide a globular, junto con un aumento de la altura de su fondo. El tratamiento activo del tercer período del trabajo de parto, que incluye pinzamiento y cortes expeditos del cordón umbilical, administración de un agente oxitócico y tracción suave del cordón umbilical, aminora la pérdida sanguínea materna y la frecuencia de la hemorragia postparto, al igual que el riesgo de prolongación de esta etapa. Debe aplicarse tracción del cordón sólo con contracción fúndica para reducir la posibilidad de inversión uterina y hemorragia catastrófica. Si en algún momento se presenta hemorragia intensa o no se da el nacimiento de la placenta antes de los

30 minutos se debe hacer la extracción manual de esta y si no se separa con facilidad de la pared uterina se realizará un legrado. Después debe de revisarse con cuidado la placenta en cuanto a la inserción del cordón, confirmación de la presencia de los tres vasos, así como la integridad de las membranas placentarias. Si se ha perdido alguna porción de la placenta o de las membranas hay que explorar manualmente la cavidad uterina.

Después del parto de la placenta debe palpase el útero con frecuencia para asegurar que permanece bien contraído. Se deben administrar 10U de oxitocina intramuscular para prevenir la hemorragia postparto; debe inspeccionarse el conducto del parto, incluidos cuello uterino, vagina y perineo, en busca de desgarros que requieran reparación.

Puesto que muchas complicaciones del parto ocurren durante la primera hora después del parto, este lapso se conoce como “cuarta etapa” del trabajo de parto. Una enfermera adiestrada en trabajo de parto y parto deberá vigilar a la nueva madre al menos cada 15 minutos para verificar signos vitales y observar cualquier evidencia de atonía del útero o hemorragia postparto. Hay que examinar el perineo para detectar signos de formación de hematoma, que puede manifestarse con dolor inusual en la vulva o el recto. (35).

VI. d Parto Comunitario

La partera es tradicionalmente conocida como una mujer anciana, analfabeta, que ha aprendido su trabajo de generación en generación, a través de una transmisión verbal de la abuela a la nieta y el conocimiento que tenía era empírica. Muchas veces es líder de su comunidad y ejerce un poder rente a las mujeres. Es una persona voluntaria que atiende partos en la comunidad adquiriendo cierto conocimiento y práctica, ciertas parteras se limitan a atender partos, mientras que otras también juegan un papel de promotoras en su comunidad. La gente la llama en momentos de apuros y ansiedad y así desde el principio gana confianza. Debe estar vigilante de que la actitud mental positiva de la embarazada esté siempre presente para contribuir a un parto libre de molestias y complicaciones. Antes de comprometerse a atender a una embarazada debe cerciorarse que si puede hacerlo sin incurrir en responsabilidad por alguna posible complicación. (27).

Esta actitud de confianza, alegría, amor, gran paciencia y sencillez, es una cualidad mental fácilmente percibida por los pacientes y familiares y esto hace que la embarazada se sienta segura y deseosa de tener a su hijo(a), pues siente gran confianza en la partera.

Características generales de las parteras

Las encuestas y entrevistas a 392 parteras, en los diferentes departamentos del Proyecto de Apoyo a los SILAIS (PROSILAIS), revelan lo siguiente:

- Las personas que se dedican a parrear, en un 98% son mujeres. Su edad promedio es de 54 años y su promedio de prestar servicio es de 24 años.
- El 55% de las parteras son analfabetas o recién alfabetizadas. Solamente el 7% tiene un nivel de escolaridad de educación secundaria.
- En su casi totalidad las parteras proceden del área rural de los municipios y son, por lo tanto, de escasos recursos económicos. La remuneración económica que reciben es muy variable, dependiendo de las posibilidades de las parturientas.
- El 88% de los partos atendidos se dan en casa de las parturientas; para lo cual recorren un promedio de 4 km. Sólo un 6% de las parteras atiende en su propia casa.
- Los motivos que han tenido para dedicarse a esta actividad son: servir a la comunidad (35%), tradición familiar (32%), satisfacción personal (23%), razones varias (10%).
- El 97% de las parteras encuestadas ha recibido capacitación básica por parte del MINSA.
- En general, las parteras gozan del reconocimiento de la población, de los líderes comunales, del personal de salud y particularmente, de las mujeres, por la labor que realizan y su incidencia en la reducción de la mortalidad materno infantil ligada a los partos. (20).

Funciones de la Partera

Tradicionalmente la partera está designada a la atención de la madre durante el embarazo, parto, el puerperio y la atención del recién nacido.

Atención Prenatal. Orientar sobre medidas de higiene y alimentación, lactancia materna y sobre la importancia del control prenatal, inmunización con toxoide tetánico, identificar las señales de peligro y referencia oportuna.

Atención del Parto. Asegurar el parto limpio, identificar señales anormales en el curso del parto.

Atención del Recién Nacido. Limpieza de la cara, aspiración de secreciones, amarre y corte del cordón umbilical, cuidado del muñón y tratamiento profiláctico de los ojos, apego inmediato del recién nacido e inicio de la lactancia materna.

Atención del alumbramiento. Dejar salir la placenta y revisarla.

Atención de la Puérpera. Vigilar por sangrado y cambios anormales del útero, promoción de la lactancia materna y orientación sobre la higiene y espaciamiento de los nacimientos. (5)

VI. e. Grado de Satisfacción

El grado de satisfacción va a estar relacionado con las expectativas de las usuarias, porque en la medida en que se le solucionen sus problemas por los cuales llegan a la unidad de salud, la usuaria estará satisfecha. (17)

Usuarias externas de los servicios de salud. Las usuarias o clientes externas son todas aquellas que reciben un producto o un servicio de cualquier área de salud. En este caso se trata de mujeres mayores de 15 años y menores de 45 años que acuden al centro de salud para la atención del parto.

Concepto de servicio. Es el conjunto de acciones realizadas para atender al usuario o cliente a fin de proporcionarle lo que desea incluyendo la satisfacción de sus necesidades menos obvias (necesidad no expresada).

Concepto de usuario(a). Cualquier persona a quién se le debe brindar un servicio. Esta persona puede ser miembro de la comunidad local o cualquier ciudadano (a) que solicite o requiere de algún servicio. En este caso se trata del usuario externo.

El tiempo de espera y el grado de satisfacción están íntimamente relacionados, ya que en la medida en que a la usuaria se le dé respuesta en un tiempo corto, evidentemente se sentirá satisfecha con deseos de regresar a la Unidad de Salud. (2).

Percepción de la satisfacción. La naturaleza de la percepción es el proceso de extracción de información de un organismo del medio que lo rodea, únicamente los estímulos que tienen trascendencia informativa, que dan origen a algún tipo de acción reactiva o adaptativa del individuo, se les debe denominar Información. La información se codifica y en los seres humanos los modifica la experiencia. La percepción es un conjunto total que incluye los subconjuntos de aprendizaje y del pensamiento; los resultados del aprendizaje facilitan la obtención de una nueva información, puesto que los datos almacenados se convierten en modelos por comparación con los cuales se juzgan los indicios. (6).

Percepción de satisfacción de las usuarias con relación a la atención recibida. La percepción individual es subjetiva, pero la objetividad no es más que la intersubjetividad, significa que cuando una mayoría piensa de idéntica forma acerca de un servicio de salud, existe cierta objetividad al respecto. (2).

La satisfacción de los usuarios en la atención sanitaria depende en gran medida de la calidad de los servicios que se ofrecen y en el trato personal que recibe el que demanda los servicios de salud, tanto en forma individual como grupal. Por esta razón, la satisfacción del paciente se ha presentando asociada a un mayor cumplimiento de las recomendaciones de los profesionales y puede por lo tanto, afectar indirectamente el estado de salud. Se ha considerado que uno de los modos de garantizar la calidad de los servicios de salud es el atender las quejas o sugerencias expresadas por el paciente o su familia.

En el proceso de valoración de la satisfacción de los clientes o usuarios de los servicios de salud, es preciso considerar que se mueve en el terreno de la subjetividad en el que satisfacción se relacionará estrechamente con expectativas y percepción y no hallaremos una relación lineal entre satisfacción e insatisfacción. (38).

Motivos frecuentes de crítica en relación a la calidad del servicio, como son: el fallo de la comunicación médico-paciente, la justificación insuficiente de los retrasos, la escasa información sobre la marcha del tratamiento, las largas esperas en el servicio de emergencia.

El descontento hacia el médico, enfermera y otro personal de salud, errores en el diagnóstico, precios del servicio, tratamiento insuficiente y falta de pericia profesional. El tiempo que se le brinda al paciente está en dependencia que éste presenta y la asimilación que éste tenga de las orientaciones médicas brindadas. (7).

La mayoría de los casos insatisfechos del usuario no llegan a expresarse, por lo tanto puede ser preciso acudir a estudios sobre la evaluación de la calidad de los servicios desde el punto de vista de la estructura, proceso y resultado. En el sistema sanitario se ha valorado más cerca la insatisfacción de los usuarios a través de los reclamos o quejas, que a través de estudios sobre satisfacción de usuarios en unidades de salud. (29).

La calidez en la atención es el trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.

En publicaciones recientes de la OPS/OMS se establecen los principales derechos de los pacientes en las unidades hospitalarias, los cuales podrían ser aplicados a las distintas unidades de salud:

a. Acceso al Tratamiento. A todo individuo se le dará el acceso imparcial al tratamiento o alojamiento disponible que se indique medicamente, sin considerar su raza, creencia, sexo, origen, nacionalidad o procedencia del pago para el tratamiento.

b. Respeto y Dignidad. El paciente tiene derecho de recibir tratamiento respetuoso en todo momento y bajo circunstancia, como reconocimiento de su dignidad personal.

c. Privacidad y Confidencialidad. El paciente tiene derecho de acuerdo a la ley, a su privacidad personal y de información tal como se manifiesta en los siguientes derechos:

El derecho de rehusarse a hablar o a ver a alguien que no esté relacionado con el hospital o no involucradas a su tratamiento.

El derecho de usar el vestido personal apropiado, así como objetos religiosos simbólicos, siempre que no interfieran con los procedimientos de diagnóstico o de tratamiento.

El derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual-auditivo razonable. Esto incluye el derecho a pedir que se tenga a una persona del mismo sexo presente durante ciertas partes de su examen médico, durante el tratamiento o procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto.

El derecho a que se le de el aislamiento y la protección que se considere necesario para su seguridad personal.

d. Seguridad Personal. El paciente tiene derecho a una seguridad razonable en la medida que las prácticas e instalaciones de la unidad de salud lo permitan.

e. Identidad. El paciente tiene derecho a saber la identidad y la posición profesional de los individuos que le estén prestando servicios.

f. Información. El paciente tiene derecho a obtener del profesional responsable, comunicación y coordinación de su tratamiento, la información deberá comunicarse al paciente de forma que este pueda comprenderla.

g. Comunicación. El paciente tiene derecho al acceso a personas ajenas al hospital a través de visitas de manera verbal y escrita.

h. Consentimiento. El paciente tiene derecho a participar, razonablemente informado, en las decisiones relacionadas con su tratamiento de salud. Esto deberá basarse en una explicación

clara y concisa de su condición y de todos los procedimientos implícitos, incluyendo la posibilidad de cualquier riesgo de muerte o reacciones serias, de problemas relacionados a su recuperación y su posible salida satisfactoria.

i. Consulta. El paciente bajo petición y a su cuenta, tiene derecho a consultar con su especialista.

j. Denegación del tratamiento. El paciente podrá rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. (15).

MODELO EXPLICATIVO



VII. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio sobre satisfacción en la atención del parto institucional y comunitario se realizó en el municipio de San Lorenzo, Boaco, comprendiendo el área rural y urbana de este, en el período de enero a abril del año 2007.

a.- Tipo de Estudio

Estudio descriptivo, de corte transversal, acerca de la satisfacción en la atención del parto en el municipio de San Lorenzo, Boaco, de Enero - Abril del 2007.

b.- Universo

Comprendió a toda la población de mujeres parturientas a nivel del C/S y comunitario del municipio de San Lorenzo, Boaco.

c.- Marco muestral

Estuvo constituido por el municipio de San Lorenzo en cuyo centro de salud se atiende el 30% de los partos institucionales del municipio y las viviendas urbanas y rurales de las mujeres que fueron seleccionadas para el estudio.

d.- Muestra

71 mujeres embarazadas y no embarazadas con hijos pertenecientes al municipio de San Lorenzo, de las cuáles 30 tuvieron sus partos a nivel comunitario y 41 en el Centro de Salud Amed Campos Corea, San Lorenzo, Boaco.

e.- Criterios de selección:

Criterios de inclusión: -mujeres que parieron en el C/S del municipio.
-mujeres que parieron domiciliarmente en el municipio.
-mujeres que tengan más de un año de vivir en el municipio.

Criterios de exclusión: -mujeres con parto domiciliar en otro municipio.
-mujeres con parto institucional en una unidad de salud no pertenecientes al municipio.
-mujeres que tengan menos de un año de vivir en el municipio.
-mujeres que no tengan hijos.

f.- Unidad de análisis

Las mujeres con hijos embarazadas o no del área rural y urbana y las que acudieron a recibir atención al C/S Amhed Campos Corea, San Lorenzo, Boaco.

g.- Variables

Las siguientes son las variables de nuestro estudio, de acuerdo con los objetivos específicos planteados:

- Edad
- Talla en cm
- Peso anterior al embarazo en kg
- Ingreso económico
- Lugar del parto
- Procedencia
- Religión
- Estado Civil
- Escolaridad
- Ocupación

- Antecedentes patológicos personales
- Antecedentes patológicos familiares
- Referida para parto institucional
- Persona que refirió para parto institucional
- Tiempo de espera para recibir atención
- Tiempo del parto
- Opinión sobre tiempo de espera
- Opinión sobre tiempo de atención del parto
- Explicación de procedimientos
- Importancia de la explicación
- Realización de Examen físico
- Importancia de realización de examen
- Personal que atendió el parto
- Complicación en el parto
- Opinión sobre atención en las unidades de MINSA
- Personal que dio mejor trato
- Maltrato
- Fuente de maltrato
- Privacidad durante el parto
- Compra de material o medicamento
- Cobro en la atención del parto
- Recomendaciones recibidas
- Importancia de recomendaciones
- Mayor problema en la atención del parto
- Preferencia de lugar para atención parto
- Lugar donde se presentan más complicaciones del parto
- Las complicaciones influyen en parir en la US
- Recomendación para atención parto de familiar
- Problemas presentados en el momento del parto

- Personal comunitario que atendió parto
- Razones de no haber acudido al C/S
- Deseo de haber querido parto en C/S
- Opinión por desear parir en C/S
- Opinión de No desear parir en C/S
- Valoración de atención por parte de las parteras
- Opinión de valoración de partera
- Razones para atención del parto en la comunidad
- Complicaciones durante el parto comunitario
- Complicaciones que se dieron durante el parto
- Opinión sobre mayor ocurrencia de complicaciones
- Opinión de las complicaciones según ocurrencia
- Razones de cambiar decisión de parto con parteras
- Ventajas de parto comunitario
- Gasto en parto comunitario
- Gastos que se dieron
- Parteras si dieron recomendaciones
- Recomendaciones dadas por parteras
- Importancia de recomendaciones
- Opinión de importancia de recomendaciones
- Opinión de recomendación del Parto por parteras
- Problemas al parir en comunidad
- Atención de futuro parto
- Opinión de futuro parto
- Recomendación de atención por parteras en Nuevo embarazo
- Opinión de no asistencia al parto en C/S

h.- Fuentes y obtención de datos

La fuente de información fue primaria, ya que fueron todas las mujeres con hijos que estén o no embarazadas las que fueron entrevistadas. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas directas aplicadas por el investigador.

i.- Técnicas de recolección de la información

La técnica utilizada fue la aplicación de entrevistas estructuradas con preguntas cerradas, con alternativas de respuestas, para lo cual se elaboró un instrumento constituido por un cuestionario estructurado válido únicamente para este estudio.

j.- Plan de Análisis

Para el procesamiento de los datos el paquete Epi Info 2002 versión 2007, usándose Word para la elaboración de tablas e informe final y Power Point 2003 para diseño de los gráficos.

Se utilizó medidas de tendencia central como la media en variables cuantitativas (edad, talla, ingreso familiar). Se analizaron todas las variables biológicas y sociodemográficas con el lugar del parto (comunidad o institución de salud), así como se estimaron las frecuencias en porcentajes de las variables de satisfacción de la atención del parto institucional y las la frecuencia en porcentaje de la satisfacción de la atención del parto por la partera en la comunidad y porcentajes sobre las variables referidas a las razones para preferir tener el parto en la comunidad.

k.- Aspectos éticos

A las mujeres que participaron en el estudio se les informó previamente acerca de la investigación, para que su participación fuese de manera voluntaria y de forma consciente, haciendo énfasis que los datos que se iban a obtener de la entrevista tendrían un carácter de privacidad y confidencialidad, y que los mismo serían utilizados para los fines que tiene el estudio.

l.- Trabajo de campo

Se solicitó de manera verbal y por escrito la autorización previa al Director Municipal del Centro de Salud Amed Campo Corea y de los responsables de los ambientes de atención para la realización de las entrevistas, así como también de los padres de familia en caso de que la entrevistada fuera una adolescente. A todos se les explicó el propósito del estudio y se les pidió de forma voluntaria a las mujeres que acudieron a recibir atención si deseaban participar en el estudio, teniendo para ello que cumplir con los requisitos de este.

VIII. RESULTADOS

Se realizaron un total de 71 entrevistas en mujeres que dieron a luz en este año 2007 durante el período en estudio, de las cuales 41 se dieron a nivel institucional y las 30 restante a nivel de la comunidad, obteniéndose los siguientes resultados:

8.1 Características biológicas y socioeconómicas

La media de edad fue de 25 años. El grupo etáreo de 20 a 34 años es el que predominó de las mujeres parturientas entrevistadas con un 83.1% (59 partos) seguido del grupo adolescente de 15 a 19 años con 12.7% (9) y el menor porcentaje esta en el grupo de 35 a 45 años con un 4.2% (3). En el grupo de edad de 20 a 34 años se dio la mayoría de partos institucionales con un total de 36 partos (87.8%) y también de los domiciliarios con un total de 23 partos (76.7%). Es importante hacer notar que del grupo de 15 a 19 años la mayoría de estos, el 66.7% (6) fue a nivel domiciliar, al contrario del grupo de 35 a 45 años donde la mayoría, el 66.7% (2) se dio institucionalmente. (Ver anexos, tabla No 1, gráfico No 1).

La media en la talla fue de 154 cms. En general el 18.3% (13) de las entrevistadas tenían una talla menor de 150 centímetros y en igual porcentaje las mayores de 160 cm. El 63.4% (45) tenían una talla de 150 a 160 centímetros. En el grupo con talla menor de 150 cms, el 53.8% (7) de estas parieron en el domicilio. Según ocurrencia la mayoría de partos para el período de estudio en el presente año 2007, fue a nivel institucional con un 57.7% (41 partos) y el restante 42.3% (30 casos) se dieron a nivel domiciliar. (Ver en anexos, tabla No 1, gráfico No 2).

La media en el peso fue de 56.3 kg. Casi un tercio, el 28.2% (20 casos) de las mujeres tenían un peso anterior a su embarazo superior a los 60 kg, no habiendo diferencias en cuanto al lugar de ocurrencia y un quinto (19.7%) estaban dentro del grupo de las menores de 50 Kg. El 52.1% de las entrevistadas estaba entre los 50 a 60kg. (Ver anexos, tabla No 1).

La media del ingreso familiar fue de C\$ 1671 córdobas. Podemos observar que casi la mitad de las entrevistadas, el 43.7% (31) poseían un ingreso familiar que oscilaba entre los C\$ 1000 a 1999, seguido en un 22.6% (16) de ingresos entre C\$ 2000 a 2999, en casi un quinto de los casos el 19.7% (14) tenían ingresos inferiores a los C\$ 1000 córdobas, los que en su mayoría decidieron parir en su domicilio. Después con un 7% (5 casos) cada uno presentaban ingresos entre los C\$ 3000 a 3999 y de C\$ 4000 a 4999. A medida que los ingresos vienen siendo mayores, podemos apreciar que la diferencia en cuanto a ocurrencia es notable, hasta en 4 veces mayor de los institucionales en relación a partos domiciliarios. (Ver anexos, tabla No 1, gráfico No 7).

El 83.1% de los casos procedían del área rural y según la ocurrencia de éstos no hubo diferencias significativas y el 16.9% pertenecían al área urbana, en donde el 100% (12) de las que procedían del área urbana, parieron en una institución de salud. (Ver anexos, tabla No 1, gráfico No 3).

La mayoría de las entrevistadas pertenecían a la religión católica en un 57.7% de los casos (41), seguida con un 21.1% de la religión evangélica (15) y por último en un 1.4% (1) pertenecían a los Testigos de Jehová. Llama la atención que el 19.7% de las encuestadas no pertenecían a ninguna religión. No había diferencias importantes en cuanto al lugar del parto. (Ver anexos, tabla No 1, gráfico No 4).

La gran mayoría de las entrevistadas según el estado civil estaban por medio de unión libre en un 70.5% (50 casos), seguidas de las casadas con un 23.9% y por último las solteras con un 5.6% (4) y en donde podemos observar que el 75% de estas últimas preferían parir en el domicilio. (Ver anexos, tabla No 1, gráfico No 5).

En cuanto al grado de escolaridad podemos apreciar que el mayor número se encuentra en los que llegaron alcanzar primaria incompleta con un 40.9%, seguido con un 21.1% que lograron terminar la primaria, luego los que llegaron a secundaria sin completarla en un 18.3% (13), las que eran analfabetas en un 11.3% (8), en un 7% (5) los que terminaron la secundaria y por último en un 1.4% (1) alcanzó estudios universitarios. Es importante notar que de las que eran analfabetas la gran mayoría (75%) decidieron parir en el domicilio. Se

puede apreciar que los mayores porcentajes se encuentran en los más bajos niveles de escolaridad, de tal manera que prácticamente las tres cuartas partes de las entrevistadas están por debajo de la primaria completa. (Ver anexos, tabla No 1, gráfico No 6).

El 97.2% (69) de los casos eran amas de casa y solo 2 de los 71 casos (2.8%) tenían otra ocupación las que eran maestras, de las cuales el 100% decidió ir a tener a su hijo en una unidad de salud. El 100% de las que tuvieron parto en la comunidad eran amas de casa, también en un alto porcentaje las amas de casa con parto institucional, el 95.1%. (Ver anexos, tabla No 1).

8.2 Antecedentes personales y familiares

En este estudio el 1.4% (un caso) de las mujeres entrevistadas tenían antecedentes personales de hipertensión arterial y el 100% (1) tuvo su parto en el centro de salud, no hubo mujeres entrevistadas que tuvieran algún antecedente personales de diabetes mellitus, ni de tuberculosis pulmonar, ni de epilepsia. El 2.8 % (dos casos) poseía antecedentes de fumado, las cuales el 100% tuvieron su parto en la unidad de salud. En el estudio realizado, de las entrevistadas con este antecedente el 50% (un caso) consumían de 5 a 10 cigarrillos al día.

El 4.2 % (3) poseía antecedentes de alcoholismo, de las cuales el 100% tuvieron su parto en el centro de salud. El estudio reflejó que el (33.3%) de las mujeres que tenían antecedentes de alcoholismo consumían de 5 a 10 copas a la semana y el restante 66.7% consumía menos de 5 copas.

Podemos observar que el único antecedente gestacional de las mujeres entrevistadas fue preeclampsia o de eclampsia en un 4.2% (3), y el 66.7% fue a parir al centro de salud y el restante 33.3% se quedó en su domicilio para la atención de su parto.

Las entrevistadas sin antecedentes de embarazo representaban el 11.3% (8) y las que tenían de 4 a mas el 14.1% (10), en ambos casos con similar porcentaje en relación a ocurrencia del parto, encontrándose el mayor porcentaje en las que tenían de 1 a 3 embarazos anteriores con un 74.6% (53) las que prefieren parir en la unidad de salud. En

relación a las mujeres con antecedentes de partos por vía vaginal observamos que los porcentajes son similares a los presentados según los antecedentes de embarazo, con un 76% (954) que han tenido de 1 a 3 partos vaginales, seguido de 12.7% (9) con 4 a más y por último con un 11.3% (8) los que no han parido por esta vía. El 90.1% de las mujeres entrevistadas no poseen antecedentes de abortos y el 8.5% de este antecedente es con 1 aborto, de los cuales el 66.7% (4) tuvo su parto en la unidad de salud y el restante en la comunidad. El 1.4% (1) tenía antecedentes de 2 a más abortos, la que parió a nivel institucional. En el caso de los antecedentes por vía cesárea, no se encontró entrevistadas que presentaran dicho antecedente.

En general, el 42.3% (30) de las entrevistadas tenían antecedentes familiares de hipertensión arterial, observando que es mucho mayor en las que tuvieron su parto a nivel institucional con un 51.2% a diferencia de los domiciliarios en donde solo es del 30% de estos. Observamos que el 70% de las que presentan dicho antecedente parieron en el centro de salud. Solamente el 11.3% (8) de las mujeres del estudio tenían antecedentes familiares de diabetes mellitus, de las cuales su mayoría (63%) decidieron parir en el centro de salud. Solamente en el 4.2% (3) de las entrevistadas se encontró que tenían antecedentes familiares de tuberculosis pulmonar, las que en su mayoría, dos de los tres casos decidieron ir a parir a la unidad de salud. En el estudio pudimos encontrar que solamente el 8.5% de las mujeres tenían antecedentes en la familia de epilepsia, de los cuales casi el total decidieron ir a tener su parto en el centro de salud en un 83% de los casos (5 de un total de 6). Se aprecia que este antecedente es mucho mayor en las que parieron en la unidad de salud en relación a las domiciliarias.

De las mujeres entrevistadas, solo el 7% tenían antecedentes familiares de preeclampsia y eclampsia, de las cuales en su mayoría (60%) decidieron parir en su domicilio. En cuanto a los antecedentes de parto gemelar en la familia, se encontró que el 22.5% de las entrevistadas los poseían y de éstas en su mayoría decidieron parir en la unidad de salud. El porcentaje fue mayor con un 63% en la que fueron al centro de salud a parir en relación a las domiciliarias. El 8.5% de las encuestadas poseen otro antecedente familiar, las cuales cinco son asma y una es retardo mental, en donde el mayor porcentaje se encuentra en las que

fueron a parir al centro de salud, en donde la mayoría tuvieron su parto a nivel institucional. (Ver anexos, tabla No 2).

8.3 Satisfacción de mujeres con parto institucional

Con respecto a las mujeres que tuvieron su parto a nivel institucional, tenemos que el 65.9% (27) de las entrevistadas fué enviada a parir en el centro de salud y el restante 34.1% (14) no la envió nadie. En relación al personal que envió a la entrevistada a parir tenemos que el 70.4% (19), fue enviada por el personal de salud que labora en las distintas unidades del municipio, seguido en un 11.1% (3) por las parteras y otra persona que la haya enviado, en este caso a veces amistades o vecinos y el 7.4% (2) por los brigadistas.

Cabe señalar que en muchos de los casos, las mujeres además de haber tomado la decisión de ir a parir a la unidad de salud, a veces también eran enviadas por el personal de salud, por familiares y por líderes de la comunidad. El 26.8% (11), fue enviada por un familiar y el restante 73.2% (30), ningún familiar le recomendó que acudiera a la unidad de salud. De éstos, el 14.6% (6) fue enviada por la mamá, seguido con un 7.3% (3) del cónyuge y en un 2.4% (1) por hermanos y la suegra. El 61% (25) de las mujeres refieren que habían ya tomado la decisión de ir a parir al centro de salud y 39% (16) no lo había hecho. (Ver anexos, tabla No 3, gráfico 8).

De las que tomaron la decisión de ir a parir al centro de salud, el 52% (13) es porque piensa que es más seguro y no se presentan complicaciones, el 16% (4) porque es mejor la atención, el 12% (3) porque les quedaba cerca, el 8% (2) por miedo de quedarse a parirlo en la casa y entre otras razones en el 4% (1) por haber tenido una complicación con parto anterior, porque no tenían dinero para pagarles a la partera o porque no habían en la comarca. (Ver anexos, tabla No 3, gráfico 9).

En cuanto al tiempo de espera, el 58.5% (24) considera que este fue poco, el 34.1% (14) que era aceptable y en un 7.3% (3) le pareció que era mucho. En relación a la opinión de este, el 70.7% (29) porque dicen que la atendieron allí no más, el 19.5% (8) que no se dilataron

mucho en atenderlas y en un 9.8% (4) que esperaron bastante, ya que no las atendían. (Ver anexos, tabla No 4, gráfico 10).

En relación al tiempo que duró el parto, el 65.9% (27) dicen que este fue aceptable, que estuvo dentro de los parámetros normales, el 22% (9) que este fue poco, que no duró y el 12.2% (5) que fue mucho, que se dilataban más que en los anteriores (en el caso de las multigestas). (Ver anexos, tabla No 4, gráfico 11).

En relación, si se les explicó a las parturientas sobre lo que se le iba a realizar, el 56.1% (23) dijeron que no se les dijo nada y al 43.9% (18) si se les explicó al respecto. El 100% (41) consideran que es importante dar dicha explicación a las mujeres que van a tener un hijo en la unidad de salud, para enterarse de lo que se les está realizando. (Ver anexos, tabla No 5, gráfico 12).

En cuanto a la realización del examen físico a la parturienta tanto al ingreso como en el egreso, al 97.6% (40) si se les realizó y solo una refirió (2.4%) que este no le fue realizado. También las entrevistadas consideran en un 100% que este es de importancia. El 68.3% (28) consideran que este último es importante ya que así se sabe si la parturienta y el niño están bien o no, el 24.4% (10) para con este poder evitar las complicaciones propias del período del parto y el 7.3% (3) para así estar seguras y tranquilas. (Ver anexos, tabla No 5, gráfico 13).

En el 100% (41) de los casos, las mujeres fueron atendidas por los médicos. El 80.5% (33) de las entrevistadas dicen no haber tenido ningún tipo de complicaciones y solo el 19.5% (8) refieren haberlas presentado. Se encontró que las hemorragias postparto representaban el 50% (4) de las complicaciones seguido en iguales porcentajes con un 12.5% (1) que el niño costo para nacer, los desgarros, la placenta dilató en salir y que el niño no llorara al nacer. (Ver anexos, tabla No 6, gráfico 14).

En cuanto a la opinión de la atención del parto en el C/S tenemos, que el 61% (25) consideran que esta es buena, seguida de un 24.4% (10) que la consideraron que fue regular, el 9.8% (4) que era excelente y con un 4.9% (2) que dijeron que fue mala. En relación a la

atención, el 39% (16) consideran que en el centro de salud es buena atención y son amables, pero el 12.2%(5) creen que es lo contrario, que esta es mala y tardaron en atenderla. El 19.5% (8) dice que es porque no se dan complicaciones y el 17.1% (7) porque esta es rápida. En cambio, el 12.2% (5) dicen que a uno no les hacen caso y que no hay un buen trato.

El 58.5% (24) de las entrevistadas refieren que recibió un buen trato por parte de todos los trabajadores, ya que las atendieron bien y fueron amables con ellas. En un 22% (9) la trataron bien solo los médicos, ya que fué atento y amable y la atención de este era buena. El 14.6% (6) solo por parte de las enfermeras, por ser amables y estar pendientes de ellas. El 2.4% (1) dicen que recibieron buen trato de otro personal, del área de la cocina las que fueron amables y en igual porcentaje (2.4%) que de nadie recibió buen trato, ya que ninguno le hacía caso. (Ver anexos, tabla No 7, gráfico 15).

El 90.2% (37) dicen no haber recibido maltrato, solo en un 9.8% (4) este se dio. La mitad de las que recibió maltrato (2) refieren que fue porque se les regañó mucho y la otra mitad porque le dijeron groserías. Del personal que dió maltrato, tenemos que el 7.3% (3) fue por parte de los médicos y el 2.4% (1) por otro que en este caso fue del personal de cocina. (Ver anexos, tabla No 8, gráfico No 16).

Podemos observar que el 92.7% (38) de las entrevistadas refiere que tuvo privacidad al momento del parto, solo en un 7.3% (3) ésta no se presentó, ya que según éstas entraron personas extrañas al estar en la sala de labor y parto. (Ver anexos, tabla No 9, gráfico No 17).

El 9.8% (4) de las encuestadas dicen que hubo necesidad de comprar de medicamentos/materiales y en el 90.2% (37) no fue necesaria la compra de éstos. El 50% (2) de las compras se trataba de inyecciones en que desconocían el uso y el restante 50% inyecciones para ayudar al parto y para el dolor. El 100% de las mujeres del estudio refirieron que no les hicieron ningún tipo de cobro. (Ver anexos, tabla No 9, gráfico No 18).

En cuanto a las recomendaciones, el 73.2% (30) las recibieron ya sea posterior al parto o antes de dárseles de alta, solo en el 26.8% (11) estas no fueron brindadas. Entre las recomendaciones que fueron dadas están que al 46.3% (19) se les dijo que sobre los

cuidados de la madre y el niño, debiendo dar el pecho materno, seguido con un 19.4% (8) sobre aspectos de la planificación familiar y el 7.3% (3) sobre la importancia de acudir a su cita a la unidad de salud y vigilancia del sangrado. El 100% (41) piensan que es importante dar recomendaciones a las parturientas, ya que el 51.2% (21) dicen que es para un mejor cuidado para ella y su hijo, el 43.9% (18) para recibir información de lo que deben de hacer y poder aprender y en un 4.9% (2) para poder estar pendientes de los problemas. (Ver anexos, tabla No 10, gráfico No 19).

Entre los principales problemas presentados al momento del parto tenemos que en un 75.6% (31) éstos no se presentaron, pero en un 9.8% (4) refirieron el maltrato, el 4.9% (2) la mala atención, en el 7.3% (3) la falta de privacidad y en 2.4% (1) otro tipo de problemas. (Ver anexos, tabla No 11).

El 75.6% (31) de las entrevistadas refieren que llegarían de nuevo para la atención de su parto al centro de salud, el 22% (9) buscarían las clínicas privadas y en un 2.4 (1) se iría directamente a un hospital. Esta decisión la tomarían ya que el 51.2% (21) consideran que en el C/S la atención es buena, el 19.5% (8) este les queda cerca y es gratuito y el 4.9% (29) en este no se presentan complicaciones. Las que preferirían las clínicas es porque el 19.5% (8) piensan que es mejor porque se les paga y personal preparado y además en C/S en el 2.4% (1) dicen que hay muchos chismes. En el 2.4% (1) porque consideran que el hospital es mejor. (Ver anexos, tabla No 11, gráfico No 20).

De las mujeres con parto institucional, el 95.2% (39) opinan que con las parteras se dan más las complicaciones y en un 2.4% (1) en las clínicas privadas y en igual porcentaje en otros (en los hospitales). En cuanto a las parteras, el 14% (14) consideran que saben poco, el 26.8% (11) que no cuentan con lo necesario para la atención de este, el 24.4% (10) no pueden solucionar los problemas que se presentan, en un 4.9% (2) éstas no tienen experiencia y en igual porcentaje dicen que no te revisan y después quedan con problemas. El 2.4% (1) no les gusta el hospital porque dicen que hacen muchas cesáreas. (Ver anexos, tabla No 12).

Respecto a si enviarían a un familiar muy querido a parir al C/S el 87.8% (36) dicen que si y el restante 12.2% (5) refieren que no. En cuanto a esto, el 53.7% (22) dicen que en C/S es mejor la atención, el 31.7% (13) así se evitan las complicaciones y en 2.4% (1) se tiene privacidad, es cerca y aseado. Pero el 4.9% (2) dicen que en C/S no les hacen caso, en igual porcentaje que hay mala atención y maltrato y en un 2.4% (1) refirió que se que uno queda con problemas posteriormente. (Ver anexos, tabla No 12, gráfico No 21).

8.4 Satisfacción de mujeres con parto domiciliar

Observamos que respecto a las mujeres que tuvieron su parto en la comunidad, que en lo general el 60% (18) fue atendido por parteras, las que el 50% (15) eran capacitadas y 10% (3) no habían recibido ningún tipo de capacitación. Es notable que un porcentaje importante, más de un tercio en el 36.7% (11) la mujer no tuvo asistencia de nadie al momento del parto. En un caso (3.3%) el parto fué atendido por un familiar. (Ver anexos, tabla No 13, gráfico No 22).

Un poco más de un tercio de los casos, el 36.8% no acudieron para la atención de su parto debido a la inaccesibilidad de su casa al centro de salud, ya que vivían largo, seguido en un 23.3% de las que le dio dolores por la noche y no pudo moverse para ir a parir a la unidad de salud y en menores porcentajes en ambos casos con un 13.3% (5) porque el parto según ellas fue rápido y no les dio tiempo y porque no les gustan las unidades de salud, ya que las maltratan y no les hacen caso.

El 80% de las mujeres que fueron entrevistadas y tuvieron su parto a nivel domiciliar, deseaban ir a parir a su hijo en la unidad de salud, solo el 20% no deseaba tenerlo en esta. De las mujeres que deseaban ir a que le atendieran su parto en la unidad de salud, el 66.7% (16) es porque consideran que es mas seguro para el niño y madre, seguido con un 25% (6) que consideran que la atención en el C/S es Buena, un caso (4.2%) decía porque le quedaba cerca, y es una lástima que no halla podido ir.

De las mujeres que no deseaban ir parir en la unidad de salud, el 50% (3) de éstas era porque sentían un poco de depresión y tristeza estar en el C/S y otras razones eran que

consideran mejor atención por partera, más comodidad en su casa y no les gustaba C/S porque no las atienden y las trasladan por gusto. (Ver anexos, tabla No 14).

El 64.3% (18) de los casos consideran que la atención de las parteras es buena y en un 25% (7) la consideran que esta es regular. Un 7.1% (2) la considera excelente y solo el 3.6% (un caso) piensa que la atención es mala. Cabe mencionar que dos de las entrevistadas no opinaron, ya que decían no conocer a ninguna partera y parieron solas, y que de nadie habían escuchado dar opiniones de ellas al respecto. (Ver anexos, gráfico No 23).

Acerca de la opinión en la valoración de la atención de las parteras, consideran que es buena y a veces regular porque en un 35.7% (10) están pendientes de uno y en igual porcentaje opinan que les ayudan a parir en lo que pueden y un 14.3% (4) le brindan apoyo emocional al momento del parto. El 10.7% (3) refieren que éstas no saben del parto y más bien complican a la embarazada. (Ver anexos, tabla No 13).

El 43.3% (13) de las entrevistadas refieren que preferirían desear parir en la comunidad por la mayor comodidad que tienen en sus casas y en un 26.7% (8), un poco más de un cuarto de los casos dice no existir una razón para preferir parir en la casa. El 13.3% (4) refieren que por la falta de dinero ya que en comunidad no se gasta nada preferirían parir en la casa. En un menor porcentaje (6.7%) las razones serían por no dejar sola la casa y a los niños y por la confianza a la partera para la atención. (Ver anexos, tabla No 16, gráfico No 24).

El 30% (9) de las entrevistadas con parto domiciliar tuvieron algún tipo de complicación al momento de este y el restante 70% salieron bien en su parto. Entre las complicaciones que se presentaron durante el parto en la comunidad se encuentran principalmente, la retención placentaria y de restos ovulares en un 20% (6), seguido de las hemorragias post-parto en un 6.7% (2). Es importante hacer mención que de las entrevistadas se presentó un caso (3.3%) de muerte perinatal.

En un importante porcentaje, el 83.3% de las mujeres entrevistadas con parto domiciliar consideran que se dan más complicaciones cuando la atención se da por parte de las parteras

y en igual porcentaje con un 6.7% (2) que se dan en el centro de salud y cuando los familiares atienden el parto. Este alto porcentaje de complicaciones se da porque según el 36.7% (11) de las entrevistadas piensan que las parteras no tienen los conocimientos necesarios para resolver los problemas que se presenten al momento del parto, además el 26.7% (8) consideran que también no cuentan con los materiales y medios necesarios para la atención del parto. Un 20% (6) dicen que se debe a que estas (parteras), no saben sobre la atención del parto. (Ver anexos, tabla No 15).

El 70% (21) de las encuestadas consideran que si se presentaran complicaciones al momento del parto, sería razón suficiente para tomar la decisión de no volver a recibir atención en el parto por una partera, seguido en un 10% (3) el hecho si se presentara la muerte del niño al momento del nacimiento. Existe un pequeño porcentaje, el 6.7% (2) que dice que un maltrato haría que no volviera atenderse con parteras y en igual porcentaje opina que nada le haría cambiar su decisión de parir con una partera.

El 43.4% (13) de las mujeres en estudio reflejan entre las ventajas de parir en la comunidad se encuentra la comodidad en sus casas, un 23.3% (7) refieren que en sus domicilios no se gasta nada y en igual porcentaje dicen que no existe ninguna ventaja al parir en la comunidad. En un pequeño porcentaje del 3.3% (1) dicen que hay ventajas, ya que hay un mayor cuidado por parte de los familiares, a diferencia del centro de salud. (Ver anexos, tabla No 16).

El 86.7% (26 casos) de las encuestadas tuvo un gasto que es menor a los C\$ 250 al momento del parto, seguido del 10% (3) que gastaron entre C\$ 251 a 500 córdobas. Solo en uno de los casos, el 3.3% el gasto superó los C\$ 500 córdobas, debido principalmente al transporte en donde el cobro en este fue alto.

En general, el 46.7% (14) de los gastos estuvieron dados por la compra de remedios de uso propio y común del área rural como son camibar, alcohol, esencias, alcanfor y miel; y en un 20% (6) de los casos se gastó en el pago de la partera y por último hubo gastos en un porcentaje menor con un 13.3% (4) en lo que respecta al transporte y medicamentos usados

para el dolor y la infección. Solo el 6.7% (2) dicen no haber gastado en nada. (Ver anexos, tabla No 17).

El 63.3% (19) de las mujeres que fueron atendidas por parteras recibieron recomendaciones por parte de éstas, no recibéndolas el 36.7% (11). Entre las recomendaciones dadas están, en un 57.9% (11) acerca de los cuidados del niño y de la madre, seguido en un porcentaje un poco menor en un 21.1% (4) sobre la importancia de la lactancia materna para el niño y por último en un 5.3% recomendaciones sobre planificación familiar, los no esfuerzos, evitar las relaciones sexuales y el acudir al C/S para el próximo parto.

Todas las entrevistadas consideran que las recomendaciones dadas son de mucha importancia para ellas. El 56.7% (17) consideran que estas recomendaciones son de importancia, ya que es para el propio bienestar del niño y de la madre, y en un 43.3% porque dicen que de estas se aprenden y así se está seguro de lo que se debe de hacer. (Ver anexos, tabla No 18).

El 36.6% (11) de las mujeres del estudio consideran que en general las mujeres no acuden al centro de salud para la atención del parto porque refieren que la atención es mala, no les hacen caso y les hacen groserías como es el pique (episiotomía), las desnudan y les meten agujas .El 30% (9) dicen darles pena y es mas cómodo en sus casas, en un 20% (6) dicen que la razón es que les queda largo de su domicilio.

El 33.3% (10 casos) consideran que las hemorragias es el principal problema que se presenta al momento del parto comunitario, seguido en un 26.7% (8) de las retenciones placentarias y de restos ovulares, y en igual porcentaje problemas de no poder dar a luz al niño con a veces la muerte de este; en un 10% (3) se encuentra la fiebre puerperal. (Ver anexos, tabla No 17).

El 63.3% (19) de las mujeres en estudio decidirían en un futuro tener su parto en el C/S Amed Campos Corea, seguido con un 20% (6) las que prefieren irse a una clínica privada para la atención del mismo y en un 16.7%(5) optarán por quedarse de nuevo con una partera.

Las mujeres que deciden tener en un futuro su parto en el C/S Amed Campos Corea (63.3%) es porque consideran que la atención es mejor, mas seguro y se evitan tener algún tipo de complicaciones en este. Los que prefieren en un futuro las clínicas privadas (20%) es porque piensan que la atención es mejor porque es pagado, y las que deciden quedarse con las parteras (16.7%) es porque sienten mas confianza con éstas, además no les gustan las unidades de salud y por la comodidad de quedarse en la casa.

El 90% (27) de las entrevistadas le recomendarían a un familiar muy querido que le atendieran su parto en el centro de salud, solo el 10% (3) recomendaría quedarse con una partera. Las entrevistadas que recomendarían a un familiar que le atendieran el parto en el centro de salud, es porque el 46.7% (14) consideran que es más peligroso quedarse en la casa, siendo mas seguro el C/S, además el 13.3% (4) refieren que las parteras no saben lo necesario para la atención del parto y en un 30% (9) porque en el C/S la atención es Buena. De las que le recomendarían a un familiar que las atendiera una partera, en el 10% (3) es porque consideran que estas atienden bien, son atentas y dan apoyo al momento del parto. (Ver anexos, tabla No 19, gráfico No 25).

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Según la Endesa 2006 (31) un cuarto de los partos se da en mujeres adolescentes, entre los 15 a 19 años, siendo un poco mayor en las procedentes del área rural, observándose diferencias con este estudio, donde solo un poco más de la décima parte de las parturientas entrevistadas resultó entre estas edades. Los extremos en las edades de mujeres embarazadas representan un alto riesgo obstétrico, por las múltiples complicaciones que pueden presentarse, siendo las menores de 20 y las mayores de 35 años las que deben tener un mayor seguimiento en sus controles y un parto a nivel institucional. En este estudio solamente la sexta parte de las parturientas resultó estar dentro de estos grupos de riesgo, un porcentaje relativamente menor en relación a las estadísticas nacionales, reflejo de las intervenciones de promoción que orientan las edades aptas para procrear entre los 18 y 34 años. (25).

La muerte materna esta influenciada por múltiples factores, en los que están el acceso a los servicios de salud, siendo la gran mayoría de las entrevistadas procedentes del área rural que generalmente tampoco se realizan los controles prenatales necesarios contribuyendo a que al momento del parto pueda presentarse algún tipo de complicación.

En cuanto a la estatura, podemos apreciar que un poco más de la mitad de las mujeres con talla menor de 150 cms, decidió parir en el domicilio, cuando la norma de atención del embarazo, parto y puerperio, orienta que toda mujer con talla menor de 150 cm tiene un riesgo individual de parto distócico. (25). Además, las posibles desproporciones cefalopélvica que ocurren en mujeres que deciden parir en la comunidad con baja estatura, ameritarían ser valoradas con pelvimetría y pelvigrafía y posiblemente ser atendidas por recursos especializado en una unidad de salud sobre todo a las primigestas, estas situaciones al presentarse incrementan los riesgos de mortalidad infantil y materna.

Lo que se asemeja a este estudio con los datos de ENDESA 2006, es que el mayor porcentaje de las entrevistadas no completó la educación primaria sabiendo que la

escolaridad en las madres es uno de los aspectos más importantes, ya que es un fuerte predictor de la atención materna, donde la educación afecta el acceso y la utilización de los servicios de la salud, por cuanto la mujer con mayor nivel educativo, conocerá más acerca de la disponibilidad de los servicios de salud como de los beneficios que producen su uso.

En este estudio se pudo concluir que casi la totalidad de las entrevistadas eran amas de casa, factor importante ya que la decisión de acudir o no a una unidad de salud para la atención de su parto, estará determinada por el marido debido a la dependencia económica con este. El acceso a unidades de salud y el nivel socioeconómico de la madre según el estudio de Sandoval, Vilma realizado en el Perú, sobre los efectos individuales y de la comunidad, son otros predictores significativos y muestran fuerte asociación con la atención materna, siendo esta asociación similar a la encontrada en este estudio que muestran la misma relación con la mortalidad materna.

La media en el ingreso familiar en el presente estudio fue C\$ 1671 córdobas según refirieron las encuestadas incluyendo la alimentación, según el último comunicado sobre salario mínimo el presente año, para el sector agropecuario este debe ser C\$ 1, 025.90 córdobas más la alimentación, siendo en este estudio más bajo, ya que generalmente en el campo los gasto en alimentación representan la mitad de los ingresos. (23).

Las entrevistadas con más bajos ingresos (menores de C\$ 1000), prefirieron no acudir al centro de salud para la atención de su parto y parir en su domicilio, a pesar de la gratuidad de los servicios, esto afectado por supuesto por los gastos en que tendrían que incurrir por ejemplo en lo referente al transporte y la alimentación fuera de casa. Como suele suceder, las personas con mayores posibilidades económicas, son las que más aprovechan los servicios de salud, en este caso la mayoría que percibían ingresos por encima de los C\$ 3,000 parían en el centro de salud en tres cuartas partes de los casos, en relación a las que tuvieron partos domiciliarios. Según Koblinsky, refiere que no se debe olvidar el contexto socioeconómico, el cual influye e interactúa con las barreras para el uso de la atención calificada a nivel familiar y de la comunidad.

La mortalidad materna y perinatal es consecuencia de la existencia de un parto de riesgo, que se deben en gran parte a enfermedades maternas evitables con un buen control prenatal o una correcta atención del parto. Se encontró un porcentaje casi nulo que tenían antecedentes de preeclampsia o de eclampsia, las que tienen un riesgo potencial de un parto patológico con aumento de la morbimortalidad fetomaterna, siendo una de las principales patologías que se presentan en el embarazo y que más complicaciones acarrear, de éstas dos de los tres casos buscó asistencia de la unidad de salud lo que es significativo en lo que respecta en la prevención de las complicaciones.

En el estudio, se encontró que la décima parte de las entrevistadas poseían antecedentes de abortos, las que en su mayoría acudieron para su atención al centro de salud, aspecto muy importante ya que sabemos que según un estudio realizado al total de población femenina de Finlandia en 1987, demostró que en las mujeres que tenían antecedentes de abortos existía una mayor probabilidad para morir por causas naturales (dos veces), en los siguientes dos años.

Encontramos que dos terceras partes de las entrevistadas fueron enviadas a parir al centro de salud, principalmente por el personal que labora en las distintas unidades del MINSA, aspecto muy importante ya que se ha hecho una práctica en nuestro país el enviar a mujeres al centro de salud en espera de su parto hospedándolas en este caso del estudio en la sala de maternidad como alternativa al no haber casa materna. Las parteras son las segundas en porcentaje de las que enviaron a parir a estas mujeres, las que al parecer están concientes de los beneficios que se obtienen al ser atendidas en una unidad de salud, previniendo así las complicaciones que se presentan generalmente a nivel domiciliar. Solo un cuarto de los casos las mujeres fueron enviadas por algún familiar, principalmente por la madre y por el cónyuge, donde es importante el apoyo familiar y de la comunidad como lo referimos en nuestro marco de referencia.

Es importante hacer énfasis en que, un poco menos de las dos terceras partes de estas mujeres con parto en el centro de salud, ya habían tomado la decisión de un parto a nivel institucional, lo que hace notar que existe ya una conciencia por parte de las mujeres tanto del

área rural y urbana de los riesgos que se conllevan al parir en el domicilio, con mayor razón si no se han realizado los controles adecuados por la no asistencia a éstos; viéndose reflejado en el estudio, donde la mayoría piensa que el centro de salud es más seguro y donde consideran hay mínimos riesgo de complicaciones.

En el estudio, las mujeres tienen una buena aceptación de la atención del centro de salud, reflejado por el grado de satisfacción de estas usuarias que coincide con estudios de satisfacción donde tiene que ver lo esperado por el paciente para ser atendido y el tiempo que se le dedica o brinda en la atención.

Se encontró que la sexta parte de las entrevistadas, considera que el tiempo de espera fue poco y la tercera parte de éstas piensan que era aceptable, lo refieren así porque la atención fue rápida debido a que éstas pacientes (las que llegan para su parto) acuden directamente a la emergencia donde se atienden rápidamente, porque generalmente llegan con dolores y no hay tanto trámites ni papeleos de admisión como en la consulta general. Dos terceras partes opinan que la duración de su parto fue aceptable, ya que duró lo que ellas esperaban y un poco más de un quinto, refiere que este fue rápido, relacionándolo en muchas ocasiones con su primer parto. Sabemos que según el estudio de Avilés Amanda sobre satisfacción de usuarias del programa de atención integral a la mujer, el tiempo de espera y el grado de satisfacción están íntimamente relacionados, pues en la medida en que a la usuaria se le da respuesta en un tiempo corto, evidentemente se sentirá satisfecha con deseos de regresar a la unidad de salud.

Se pudo concluir, que no se les explicó a la mayoría de las parturientas sobre los procedimientos que se les iba a realizar, considerándolo ellas esto muy importante, ya que les hubiese gustado que se les explicara para darse cuenta de los que se les estaba realizando y esto es muy similar al estudio de percepción de la calidad realizado por Avendaño Katy en el 2004, donde a las pacientes no se les dijo sobre los procedimientos a realizar y según otros estudios este aspecto es muy importante ya que está relacionado con la satisfacción del paciente y su valoración de la calidad del servicio recibido.

Es importante notar que se le realizó casi a todas las parturientas el examen físico a nivel abdominal y vaginal lo que incluía la valoración del estado fetal determinado por la frecuencia cardíaca de producto, lo que permite un diagnóstico precoz de alguna patología que podría convertir el parto en uno de riesgo, evitando así posibles complicaciones, además las normas establecen que toda paciente que ingresa al servicio de obstetricia se les debe realizar un examen físico completo. Además la paciente se siente bien atendida por el simple hecho de ser tocada por el médico lo que a veces no se hace y genera gran satisfacción por parte de la parturienta sintiéndose de gran importancia al momento de la atención.

A todas las parturientas se les tomó los signos vitales tal como lo establecen las normas de atención y a un número muy reducido se les tomo exámenes de laboratorio lo cual fue una debilidad ya que según bibliografía consultada éstos deberían ser de rutina, probablemente esto se dio por la escases de recursos que presenta el ministerio de salud en donde los materiales del laboratorio son escasos con grandes déficit en este sentido.

En el estudio la mayoría de las parturientas refirieron que al momento del parto recibieron apoyo físico y emocional por el personal de salud que las estaba atendiendo, principalmente de enfermería alentándolas en que todo iba a salir bien y orientando a como cooperar para que el parto no presentara ninguna complicación, aspecto de importancia también mencionado en diferentes estudio en donde se refiere que las tasas de morbilidad y mortalidad son menores con menor porcentajes de partos vías cesárea.

En cuanto a los cuidados del recién nacido, casi el total de las mujeres que tuvieron su parto a nivel institucional refieren que estos fueron dados, al niño se les secaba, se le aplicaba una vacuna en el muslo y lo colocaban en la cuna térmica para atenderlos bien mostrando interés para que todo estuviera correctamente y el niño no se complicara.

Es importante mencionar que ocurrió una muerte perinatal en una de las mujeres con parto domiciliario atendido por partera capacitada el que era un parto distócico donde se necesitaba una atención calificada en una unidad de salud porque el producto no nacería por una obstrucción mecánica en donde se necesitaba intervención quirúrgica (cesárea),

complicándose por todas las limitantes para una adecuada atención que existen en las comunidades.

En este estudio se encontró que las mujeres que acudieron a la atención de su parto a la unidad de salud no se les permitió una libre elección de la posición obstétrica lo que es relevante y como mencionamos en nuestro marco de referencia es determinante para un parto más fácil y cómodo para la parturienta, contrario a lo que se presentó con los partos domiciliarios en donde la partera si dejó decidir la posición más cómoda, que a como está bien documentado la posición de semisentado es la ideal y es la utilizan a nivel comunitario.

La mayoría de mujeres consideran buena la atención del parto en el centro de salud y según refieren se debe al trato amable recibido y porque en general se complican menos que en sus casas. Este aspecto del trato es muy importante tenerlo en cuenta, que es lo que más valoran las pacientes para calificar una atención de buena o mala calidad. Se encontró que la mayoría recibió un buen trato en general de todo el personal, lo que repercute en la buena opinión hacia los servicios de salud.

En el período puerperal el cual es una etapa de mucha importancia en la atención del parto desde el aspecto clínico y de salud pública ya que es donde se presenta el mayor número de complicaciones y las de mayor relevancia, al igual que refieren las bibliografías consultadas, la principal complicación que se presentó en el estudio en mujeres con parto institucional es la hemorragia postparto y esta se presentó solo en un quinto de los casos y en las que tuvieron su parto a nivel domiciliar fue la retención placentaria y de restos ovulares (que predispone a infecciones a la parturientas las que son frecuentes), pero en un porcentaje un poco mayor aproximadamente un poco menos de un tercio de los casos, habiendo notables diferencias en relación a la ocurrencia del parto, confirmando la importancia de la atención en la unidad de salud, porque las parteras por sus múltiples limitantes tienen más posibilidades de que éstas ocurran.

Se presentó el maltrato en la décima parte de las entrevistadas, que influye de manera negativa en la satisfacción de la atención, éstas pacientes que recibieron maltrato fueron de

las que opinaron aunque en un bajo porcentaje, que la atención es mala. La razón del maltrato fue el regaño principalmente por los médicos y una refirió que fue el personal de cocina; lo encontrado en este estudio es mucho mayor que el encontrado por Avendaño K., donde fue muy bajo.

Con respecto a la compra de medicamentos necesarios para la atención y manejo de la paciente, en comparación con otros estudios este fue mucho menor encontrándose en una décima parte de los casos.

En relación a las recomendaciones, casi tres cuartas partes de las entrevistadas las recibieron, donde la paciente las considera de mucha importancia y como aspecto muy importante a evaluar al momento de decidir de nuevo una atención en la unidad de salud, dándoles especial interés ya que éstas fueron principalmente sobre los cuidados que debía tener ella y su niño en especial lo relacionado con la lactancia materna y aspectos como la planificación familiar. Se mencionó que la satisfacción del paciente está asociada a un mayor cumplimiento de las recomendaciones de los profesionales lo que puede afectar el estado de salud. Uno de los modos de garantizar la calidad de los servicios de salud es atender las quejas o sugerencias expresadas por el paciente o su familia.

Es importante destacar que, el total de las mujeres atendidas en el centro de salud, fue por personal médico con ayuda del personal de enfermería.

La privacidad es un aspecto importante a tener en cuenta tanto por el personal de salud como de la misma paciente, de esta depende su comodidad y satisfacción en la atención, encontrándose que un poco menos la décima parte no tuvo privacidad, refiriendo que entraron al momento del parto personas extrañas que no ayudaban o cooperaban con el personal que estaba atendiendo su parto.

Las mujeres con parto en el centro de salud, en tres cuartas partes no presentaron problemas en el momento del parto y los principales fueron el maltrato, la mala atención y falta de privacidad. A pesar de esto, también tres cuartas partes de las entrevistadas regresarían

para la atención de su parto y otras buscarían clínicas privadas, porque consideran que al pagarse la atención sería mejor, porque lo escucharon de otras personas.

Las mujeres con parto institucional casi en su totalidad consideran que con las parteras se presentan el mayor número de complicaciones, por lo cual ellas no dejaron atender su parto por este personal de salud y la explicación es porque éstas saben poco de atención del parto, no capaces de solucionar los problemas o complicaciones que se presenten.

Respecto de recomendar a un ser querido para su parto en el centro de salud, un poco más de tres cuartas partes refieren que si lo haría, porque consideran que la atención es buena y es mejor y más segura que con parteras, muchas veces mejor que los hospitales, evitándose de esta forma complicaciones del parto.

En relación a las mujeres que tuvieron su parto en la comunidad, encontramos que un poco menos de dos terceras partes fue atendida por partera las cuales en su mayoría eran capacitadas, habiendo recibido capacitaciones por parte del MINSA. Lo importante es que un porcentaje importante de mujeres que deciden tener su parto en su domicilio, corren grandes riesgo, ya que un poco más de un tercio paren solas, sin ayuda de nadie, porque el familiar, vecino o amigo solo llega para cortarle el cordón umbilical al bebé y esperan a que salga la placenta, que de no salir hasta en ese momento deciden trasladarla al centro de salud para su debida atención. Esto se corrobora con la bibliografía citada, en donde según Koblinsky uno no se debe olvidar del contexto socioeconómico de la parturienta, ya que influye e interactúa con las barreras para el uso de la atención calificada, esto a nivel familiar y de la comunidad.

Un poco más de un tercio de estas mujeres refieren que no acudieron a la unidad de salud debido a la distancia, que por lo largo era inaccesible. Otras argumentaban que era de noche y no existía forma de poder movilizarse al centro de salud. Cabe aclarar, que a todas las mujeres se les envía con anticipación cuando cumplen sus semanas de gestación y son de término, por medio de una referencia al centro de salud para espera de sus dolores del trabajo de parto; pero generalmente no acuden ya que dicen aburrirse o no gustarles los centros de

salud, esperando hasta el último momento y por las razones que ellas mencionaban no es posible asistir a tiempo para una atención calificada.

De las mujeres en estudio cuatro de cada cinco dicen haber deseado parir en el centro de salud, ya que según ellas en su gran mayoría argumentan que es lo más seguro para la mujer y el niño, ya que la atención la consideran buena. También nos encontramos con mujeres que no deseaban asistir con su parto al centro de salud, ya que según la mayoría al estar allí se deprimen y les da mucha tristeza y otras consideraban que la atención por parte de la partera es mucho mejor, además de la comodidad en sus casas, que es otro factor de mucha importancia a tener en cuenta.

Estos argumentos tienen su razón de ser, ya que esta sustentado y según muchos investigadores algunos citados en este trabajo, debido al papel que desempeña la partera y las múltiples funciones que ejerce en su comunidad hasta se gana la confianza de la parturienta y de su familia, con su carisma y amabilidad, y por esa atención propia de la partera de estar pendiente y preocupada por esa mujer que en esos momentos se encuentra muy angustiada, ya que bien sabemos que en muchas ocasiones las mujeres buscan a las parteras cuando se ven en apuros y buscan quién les resuelva su problema, a como se menciona en el estudio CAP de Cabrera Rita en el 2001 sobre la parteras.

Dos terceras partes de las entrevistadas consideran que las parteras atienden bien y lo atribuyen a que están pendientes de la parturienta, le ayudan a uno al parto con lo que pueden y les dan apoyo emocional, aspecto que se valoriza mucho. En un importante porcentaje, refieren que preferirían parir en sus casas, por la mayor comodidad que tienen en estas y muy importante, un cuarto de las mujeres en estudio dice no existir razón para preferir quedarse a tener un parto en la comunidad.

Al igual que las que tuvieron parto en el centro de salud, casi en su totalidad consideran que se dan más las complicaciones con las parteras, teniendo las mismas opiniones al respecto. También consideran el hecho que el tener una complicación con la partera sería suficiente razón para no dejarse atender de nuevo por esta muy similar a las de parto

institucional, es decir que las complicaciones es razón suficiente para cambiar el lugar de atención de su parto en ambos casos.

Las mujeres ven como ventaja la comodidad en sus casas al parir domiciliarmente y el hecho de no gastar nada al no moverse hacia el centro de salud, más que valorar el aspecto de salud de ella y de su niño. La mayoría tuvo gastos menores a C\$ 250 córdobas, aunque poco pero gastan más que en el centro de salud, la diferencia se encuentra principalmente según que tan largo vivan en el pago del transporte, principalmente si es de noche ya que tienen que pagar un vehículo privado.

Un poco más de la mitad de las mujeres recibieron recomendaciones por parte de las parteras las que son muy parecidas a las dadas por el personal de salud refiriéndose a los cuidados de la madre y el niño, la lactancia y la planificación para evitar los hijos.

A opinión de éstas mujeres dicen que a ellas no les gusta acudir al centro de salud para la atención de su parto, ya que la atención es mala y no se les hace caso y dicen que les hacen groserías por el simple hecho de que las canalizan para ponerles sueros muchas veces necesarios por los sufrimientos fetales, o por las episiotomías realizadas para disminuir la compresión de la cabeza del niño en el momento del parto, principalmente en las primigestas, entre otras cosas; ignorando por completo que es para el bienestar tanto del niño como de la madre.

A pesar que en esa ocasión tuvieron un parto comunitario, un poco menos de dos terceras partes en un futuro decidiría ir a tener a su niño en el centro de salud según ellas para recibir una mejor atención, para quedar limpias (revisión ginecológica) algo que no hacen las parteras y así evitarse futuras complicaciones.

Casi en su totalidad las mujeres estudiadas enviarían a parir a un familiar muy querido al centro de salud, para que se evite complicaciones en ellas y el niño, aunque ellas pudieran no querer asistir a la unidad de salud en un futuro parto, pero así no les quedaría en la conciencia no haber enviado al mejor lugar a su familiar en caso de pasarles algo.

X. CONCLUSIONES

1.- El grupo etéreo que predominó en ambos grupos de mujeres en estudio fue el 20 a 34 años, con una media de 25 años. En el grupo de 15 a 19 años en su mayoría fueron partos domiciliarios. La mayoría de mujeres con talla menor de 150 cms parieron en el domicilio, lo que representan un alto riesgo para desarrollar un parto patológico. La gran mayoría de las entrevistadas procedían del área rural, pertenecían a la religión católica, con unión estable, con primaria incompleta alcanzada y con un ingreso familiar promedio de C\$ 1671 córdobas. Entre los principales antecedentes personales encontrados en el estudio están la preeclampsia/eclampsia y el aborto en un bajo porcentaje, ambos de suma importancia a considerar al momento del parto.

2.- Las mujeres que tuvieron su parto a nivel institucional tienen buena opinión de los servicios de atención de este en el centro de salud, dado en gran medida al trato recibido, privacidad, el no cobro de la atención, reducido número de complicaciones las que fueron resueltas y a los cortos tiempos de espera y de atención, aspectos muy valorados por la paciente. En general, las mujeres en un nuevo embarazo acudirían para atención del parto al centro de salud y le recomendarían lo mismo a un ser muy querido, ya que consideran que la atención es buena y es menos peligroso para ella y su niño, y ambos grupos consideran que la mayoría de complicaciones se presentan con las parteras.

3.- La principal causa para no acudir al centro de salud para la atención del parto, se encuentra la inaccesibilidad por la distancia desde su casa a la unidad de salud, a pesar que casi el total de estas deseaban acudir al C/S por su seguridad deseando evitar complicaciones.

XI. RECOMENDACIONES

Dirigidas al personal de salud del Municipio de San Lorenzo, Boaco.

1.- Dar capacitaciones a todo el personal de salud, pero principalmente a los que están vinculados directamente con la atención del paciente priorizando el área de obstetricia que es el principal lugar de problemas priorizados por el Minsa enfatizando temáticas como las relaciones interpersonales y el trato al paciente principalmente con el personal médico que es el que dio mayor maltrato, y además reforzar la docencia en el municipio ya que existen debilidades, y por ello el inadecuado manejo de las pacientes.

2.- Reactivar y fortalecer la red comunitaria del Municipio por medio de los líderes de cada comunidad en conjunto con el Minsa, en especial a las parteras que deben ser capacitadas nuevamente sobre temas relacionados a la atención de la mujer en su embarazo, parto y puerperio, ya que muchas de ellas son empíricas o tienen muchos años que no se les ha dado un refrescamiento de esta temática, tratando de brindarle para ello los equipos necesarios para dicha atención, por medio de la gestión con los organismos locales que apoyan en el área de salud.

3.- Concientizar principalmente a las adolescentes y mujeres en edad fértil sobre la importancia del parto a nivel institucional para obtener una atención calificada en este difícil momento del parto en sus tres períodos, para evitar las complicaciones, ya que está claro según el estudio que estas últimas se presentan más a nivel domiciliar por los manejos inadecuados.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Avendaño E., Katy. **Calidad de la atención del parto desde la percepción de las pacientes embarazadas que fueron atendidas en los servicios del hospital Fernando Vélez Paiz, Agosto- Noviembre de 2004.**
- 2.- Avilés G. Amanda et al. **Satisfacción de Usuarias del programa de atención integral a la mujer Centro de Salud Dr. Ramón Guillén Navarro. Municipio de Boaco. Nicaragua. 2005.**
- 3.- Benitez Q., Gloria, & Contreras O., Leonardo. **Maternidad Segura: Evaluación de Necesidades en los Servicios de Emergencia Obstétrica.** Managua, Nicaragua, 2001. Editora de Arte S.A.
- 4.- Biblioteca virtual en Salud. **Salud maternal y Perinatal: Guía para la prevención de la hemorragia posparto.** Cochrane 2002.
- 5.- Cabrera M, Rita; Mora M. José. **Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Parteras en relación con relación a la Atención del Parto en el Silais Chontales.** 2001.
- 6.- Centro de Investigación y Estudios de la Salud – Escuela de Salud Pública de Nicaragua (CIES/UNAN). Modulo: Promoción y educación en Salud. Manuel Martínez. 2005.
- 7.- Coats T. Picols. **Las estrategias para el comportamiento sexual en la prevención primaria y secundaria de las enfermedades de transmisión sexual.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1990.

- 8.- Cruz L., María & Romero T., Marta. **Conocimiento sobre los Factores de Riesgo de las Embarazadas Adolescentes del Bo. Teodoro López, IV trimestre 2004.** Nicaragua, 2005.
- 9.- Durán G., Lilia I. **Calidad de atención del parto en un hospital universitario, México,** 2002.
- 10.- Family Care International & Safe Motherhood IAG, 2001.
- 11.- Fernández L., Carro E., Osés D., Pérez J. **Caracterización de la Gestante Adolescente.** Instituto Superior de Ciencias. 2005.
- 12.- Fuentes Cortés D. et al. **Módulo de Maternidad Segura II.** Managua, Nicaragua, 1ra Edición, 2002. Duplicación Digital.
- 13.- Gissler Mika et al. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004. **Médicas de La Habana.** Facultad "Julio Trigo López". 2004.
- 14.- López Flores, Juan Pablo. **Relación médico paciente durante el trabajo de parto en pacientes atendidas en los hospitales Bertha Calderón, Fernando Vélez Páiz, Carlos Marx, Agosto – Septiembre, 1991.**
- 15.- Mayes R., Minora; Suazo N. Elvin. **Calidad de atención conforme estándares de garantía de calidad. Sala de labor y parto, Hospital Regional Santa Teresa. Comayagua, Honduras.** 2003.
- 16.- Méndez – González, Rosa María y Cervera – Montejano MD. **Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalarios y tradicionales.** México, 2004.
- 17.- Ministerio de Salud. División General de RRHH y Docencia. **Módulo de Relaciones Interpersonales.** MSH. USAID. Managua, Nicaragua. 2005.

- 18.- **Estándares e Indicadores de calidad de procesos de Atención de la embarazada y del recién nacido.** Managua, Nicaragua. 2004.
- 19.- **Estrategias y Lineamientos Básicos para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia.** Managua, Nicaragua, 2003. Impresiones y Troqueles S.A.
- 20.- **Parteras en los SILAIS de Nicaragua.** Managua. 2007.
- 21.- Política Nacional de Salud 2004- 2015. Managua, Nicaragua, 2004.
- 22.- Ministerio de Salud de la Nación. **Atención del Parto de Riesgo.** Tomo IV. México. 2002.
- 23.- Ministerio del Trabajo. **Acuerdo Ministerial sobre aplicación de salarios mínimos aprobados por la Comisión Nacional de salario mínimo.** Mayo. Nicaragua, 2007.
- 24.- Norma Oficial Mexicana. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. **Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.** 1993.
- 25.- Normas de Atención del embarazo, parto y puerperio. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua, 2004.
- 26.- Normas para la atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua, 2003. IMPRIMATUR Artes Gráficas, S.A.
- 27.- Normas para la atención del parto, bajo riesgo y puerperio. Ministerio de Salud. OPS. OMS. Managua. Nicaragua. 1997.

- 28.- Organización Panamericana de la Salud. **Paquete Madre/Bebe: Implementando la maternidad segura en los países.** Impreso por la Organización Panamericana de la Salud.2004.
- 29.- Ponce G. Jovita. **Calidad de la Atención a partir de la percepción de usuarios(as) y los (las) prestadores(as) de servicios de salud en la unidad de salud “Dr. José María Ochoa”.** Comayagua, Honduras. Mayo, 2004.
- 30.- Protocolo de prevención y manejo de la hemorragia post parto. Ministerio de salud hospital Alemán Nicaragüense. Abril 2001.
- 31.- República de Nicaragua. Encuesta Demográfica y de Salud. Managua, Nicaragua. 2006.
- 32.- República de Nicaragua. Informe Oficial. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua. 1999.
- 33.- Romero María I. **Sexualidad y Embarazo: Embarazo en la Adolescencia.** W.K. Kellog Foundation.2004.
- 34.- Sandoval F, Vilma. **Atención prenatal, parto institucional y atención postparto en el Perú: Efectos individuales y de la comunidad.** Perú. Julio 2002.
- 35.- Scott, James R. et al. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Mc Graw Hill. 9ª edición. México, 2003.
- 36.- Szulik, D. **“La satisfacción de las mujeres usuarias y los profesionales en tres hospitales de la red asistencial pública”.** Buenos Aires, Argentina, 2005.
- 37.- UNFPA Nicaragua. Consulta Nacional del Plan de Salud por una Estrategia Nacional de Salud Reproductiva. 2005.

- 38.- Vella J. y cols. **“Aprendiendo a escuchar: El poder del diálogo en la educación en salud”**. 2001.
- 39.- Villanueva, Alejandra. **Cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias, San Marcos, Perú**. 2005.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Valor
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha de realización de la encuesta.	1. 10 – 19 años 2. 20 - 34 años 3. 35 – 45 años
Talla	Medición en cm del tamaño de la entrevistada	1. Menor 150cm 2. 150-159cm 3. Mayor de 160cm
Peso	Medición en kg del peso de la entrevistada	1. Menor de 50 kg 2. 50-60 kg 3. Mayor de 60kg
Ingreso familiar	Entrada total de dinero de los miembros de la familia.	1. Menor a 1,000 2. 1,000 a 1,999 3. 2,000 a 2,999 4. 3,000 a 3,999 5. 4,000 a 4,999
Lugar del parto	Lugar de ocurrencia de partos anteriores, pudiendo ser en una U/S o en su domicilio.	1. Institucional 2. Comunitario
Procedencia	Área geográfica donde reside la mayor parte del tiempo.	1. Urbano 2. Rural
Religión	Creencia que se atribuye a un ser divino bajo determinadas culturas y principios.	1. Católica 2. Evangélica 3. Testigo Jehová 4. Otras
Estado Civil	Condición de la persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.	1. Casada 2. Unión Libre 3. Soltera 4. Otros
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por la entrevistada.	1. Analfabeta 2. Prim. incompleta 3. Prim. completa 4. Sec. incompleta 5. Sec. completa 6. Técnico 6. Universidad
Ocupación	Actividad laboral en que se desempeña.	1. Ama de casa 2. Doméstica 3. Maestra 4. Vendedora 5. Otras 6. Ninguna
Antecedentes personales patológicos	Enfermedad pasada de la entrevistada, que puede o no presentarla actualmente.	1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Tuberculosis 4. Gemelos 5. Otros
Antecedentes familiares patológicos	Enfermedad o condición biológica de familiares de la entrevistada con 1er grado de consanguinidad	1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Tuberculosis 4. Gemelos 5. Otros
Referida para parto institucional	Envío de embarazada de su domicilio al C/S.	1. Si 2. No

Persona que refirió a C/S	Ser humano que envió a embarazada a C/S a parir.	1. Personal de salud 2. Col-Vol 3. Partera 4. Brigadista 5. Vecino 6. Otro
Envío por familia	Parturienta enviada a parir por un miembro de la familia.	1. Si 2. No
Qué familiar envió	Miembro de la familia que envió a parturienta al C/S.	1. Padres 2. Cónyuge 3. Hermanos 4. Suegra 5. Otros
Decisión propia de ir a parir en C/S	Cuando parturienta por propia decisión acude a C/S a parir.	1. Si 2. No
Tiempo de espera para la atención	Tiempo transcurrido desde la llegada al C/S hasta ser atendido por personal de salud.	1. Mucho 2. Poco 3. Aceptable
Tiempo del parto	Tiempo transcurrido desde el trabajo de parto hasta nacimiento del niño.	1. Mucho 2. Poco 3. Aceptable
Explicación de procedimientos	Se refiere si personal de salud que atendió a parturienta le aclaró lo que se le iba a realizar.	1. Si 2. No
Importancia de la explicación	Opinión de parturienta sobre importancia de que se le diga lo que se le hizo.	1. Si 2. No
Realización de examen físico	Si se realizó o no la revisión a la parturienta.	1. Si 2. No
Importante de examen físico	Opinión de parturienta sobre si es interés el que se le realice la revisión en el parto.	1. Si 2. No
Personal que atendió parto	Personal de salud que atendió a parturienta al momento del parto.	1. Médico 2. Enfermera 3. Otro
Complicación en el parto	Si existieron o no problemas al momento del parto.	1. Si 2. No
Tipo de complicación parto institucional	Problemas que se presentaron en el parto referidos por la parturienta.	1. Hemorragia postparto 2. Asfixia Neonatal 3. Desgarros 4. Retención placentaria 5. Otros
Opinión sobre atención en unidades Minsa	Manera de pensar o conceptos sobre la forma en que se atiende el parto a nivel institucional.	1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Pésima
Personal que dió mejor trato	Personal de salud que según parturienta dio un trato adecuado.	1. Médicos 2. Enfermeras 3. Otros 4. Nadie
Recibió maltrato	Opinión de parturienta en relación con un trato no adecuado.	1. Si 2. No
Fuente del maltrato	Personal de salud que según parturienta dio un trato inadecuado.	1. Médicos 2. Enfermeras 3. Otros 4. Nadie
Privacidad durante el parto	Al momento del parto solo se encuentre el personal de salud que atiende el parto.	1. Si 2. No

Compra de material o medicamento	Gasto que hace la parturienta para compra de material o medicina necesaria en el parto.	1. Si 2. No
Cobro en la atención del parto	Personal de salud que haya solicitado dinero a parturienta para la atención del parto.	1. Si 2. No
Recomendaciones recibidas	Orientaciones brindadas por el personal de salud a la parturienta.	1. Si 2. No
Importancia de recomendaciones	Opinión de parturienta sobre orientaciones recibidas son de interés para ellas.	1. Si 2. No
Mayor problema en la atención del parto en la U/S	Principal inconveniente presentado al momento del parto.	1. Mala atención 2. Maltrato 3. Falta materiales/medicina 4. Falta de privacidad 5. Otros 6. Ninguno
Lugar de preferencia para atención del parto	Lugar donde parturienta desea la atención de sus partos.	1. C/S 2. Clínicas privadas 3. Parteras 4. Otros
Lugar de mayores complicaciones	Lugar donde parturienta considera que se dan mayores problemas al momento del parto.	1. C/S 2. Clínicas privadas 3. Parteras 4. Otros
Razones para no acudir a parir en C/S	Problemas que se presentan en el parto para que parturienta no desee ser atendida en un C/S.	1. Mala atención 2. Maltrato 3. Falta materiales/medicinas 4. Falta de privacidad 5. Complicaciones 6. Otros 7. Ninguno
Complicaciones influyen en parir en U/S	Problemas importantes al momento del parto que influyen en decisión de acudir al C/S.	1. Si 2. No
Recomendación para parto en C/S de un familiar	Orientaciones brindadas por parturienta a un familiar para atención de parto de éste.	1. Si 2. No
Problemas al momento del parto en su domicilio	Principales situaciones no deseadas que se presentan al momento del parto.	1. Hemorragias 2. Retención placentaria/restos 3. No poder parir 4. Fiebre
Personal comunitario que atendió parto	Persona que vive en la comunidad y trabaja con el MINSA.	1. Partera capacitada 2. Partera no capacitada 3. Otro 4. Nadie
Razones de no haber acudido a C/S	Argumentos brindados por la parturienta para no haber asistido al C/S para su parto.	1. Inaccesibilidad 2. Dolores fue de noche 3. Parto fue rápido 4. No les gusta U/S
Deseo de parto institucional	Intención referida por parturienta de querer acudir al C/S para atención de su parto.	1. Si 2. No
Opinión por desear parto institucional	Pensamiento sobre la intención de tener un parto a nivel institucional.	1. Más seguro 2. Buena atención 3. Otros

Opinión de no desear parto en C/S	Pensamiento sobre la intención de no querer tener un parto en el centro de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No les gusta C/S 2. Mejor atención de partera 3. Comodidad en casa 4. Otros
Valoración de atención de parteras	Pensamiento evaluativo en cuanto la atención del parto por partera.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Pésima
Opinión de valoración de la partera	Pensamiento sobre la evaluación de la atención de la partera.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendientes de ellas 2. Les ayudan a parir 3. Apoyo emocional 4. Otro
Razones para atención de parto en comunidad	Argumentos brindados por la parturienta para desear parto en su comunidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comodidad en casa 2. Falta de dinero 3. No dejar sola la casa/niños 4. Confianza a partera 5. Otros
Complicaciones durante el parto comunitario	Problemas importantes que se presentaron al momento del parto a nivel comunitario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retención de restos 2. Hemorragias 3. Muerte del niño 4. Otros
Mayor número de complicaciones	Lugar donde se presentaron los mayores problemas del parto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. C /S 2. Parteras 3. Clínicas privadas 4. familiares 5. Otros
Opinión de las complicaciones según ocurrencia	Pensamiento sobre porque se presentaron los mayores problemas del parto según el lugar donde se dio el parto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parteras no entrenadas 2. Parteras no tienen materiales ni condiciones 3. Otros
Razones de cambiar parir con parteras	Argumentos brindados por la parturienta debido a los problemas en el parto para no desear atención por parteras.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Complicación en parto 2. Maltrato de partera 3. No hay ninguna
Ventajas parto comunitario	Aspectos positivos que existen al momento de un parto a nivel de la comunidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comodidad en casa 2. No gastan 3. Ninguna
Gasto en parto comunitario	Cantidad de dinero utilizado por parturienta al momento del parto en la comunidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de C\$ 250 2. C\$251 a 500 3. Mayor a C\$500
En que se dieron los gastos	Situaciones o materiales en donde parturienta debió utilizar dinero.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compra de remedios 2. Pago a partera 3. No hubieron gastos 4. Otros
Parteras dieron recomendaciones	Orientaciones brindadas a la parturienta por parte de la partera.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Recomendaciones dadas por parteras	Orientaciones brindadas por la partera al momento de la atención del parto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sobre cuidados del niño/madre 2. Importancia de dar el pecho materno 3. Sobre planificación familiar

Opinión de recomendar parto por parteras	Pensamiento de aceptación de parturienta para apoyar parto a nivel comunitario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención C/S es mala 2. No les hacen caso 3. Les hacen groserías 4. Otro
Atención de futuro parto	Opinión de parturienta sobre donde desea que le atiendan el próximo parto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. C/S 2. Clínica privada 3. Parteras



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



Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en el municipio de San Lorenzo, Boaco; período Enero - Abril 2007.

Cuestionario dirigido a Mujeres con Parto Institucional

Instrumento No 1

El propósito del siguiente estudio es identificar la percepción que tienen las mujeres sobre la atención del parto institucional. Sus respuestas serán confidenciales, le agradeceremos su sinceridad.

Instructivo: llenar con "X" los espacios en blanco de las preguntas, algunas de ellas pueden tener dos opciones de respuestas.

Número de cuestionario:

Fecha de la entrevista: /__/_/2007

I. DATOS GENERALES

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

2. Talla (en cm)
Tomar de tarjeta CPN

3. Peso (en Kg) anterior al embarazo .
Tomar tarjeta CPN

4. ¿En que barrio o comarca vive? _____

5. Procedencia: Urbano Rural

6. ¿Cuánto tarda en llegar desde su casa al Centro de Salud Amed Campos (Papayal)? Días Horas Minutos

7. ¿Cuál religión profesa?: Católica
 Evangélica
 Testigo de Jehová
 Ninguna
 Otras _____
Especificar

8. Estado Civil: Casada
 Unión Libre
 Soltera
 Otros _____
Especificar

9. ¿Hasta qué grado y año llegó?

- Analfabeta
 Primaria Incompleta Primaria Completa
 Secundaria Incompleta Secundaria Completa
 Técnico Universitaria

10. ¿A qué se dedica usted?

- Ama de casa
 Doméstica
 Maestra
 Vendedora
 Otras _____
Especificar
 Ninguna

11. ¿De qué enfermedades ha padecido?

- Hipertensión Arterial (presión alta)
 Diabetes Mellitus (azúcar en sangre)
 Tuberculosis Pulmonar (dañado de los pulmones)
 Epilepsia (convulsiones sin estar embarazada)
 Ninguna

12. ¿Ha fumado alguna vez?

- Si No

13. Si la respuesta anterior fue sí, ¿cuántos se fuma en un día?

- Cigarrillos al día

14. ¿Ha bebido alguna vez?

Si No

15. Si la respuesta anterior fue sí, ¿cuánto se bebe en una semana?

Copas por semana

16. Antecedentes personales ginecológicos

Gesta Para Aborto Cesárea

Parto Gemelar

Preeclampsia (presión alta en el embarazo) o Eclampsia (con convulsiones)

Otros ¿Cuáles? _____

17. ¿De qué enfermedades o eventos ha padecido su familia?

Hipertensión Arterial (presión alta)

Diabetes Mellitus (azúcar en sangre)

Tuberculosis Pulmonar

Epilepsia

Preeclampsia o Eclampsia

Parto Gemelar

Ninguno

Otros ¿Cuáles? _____

18. ¿Cuál es el ingreso familiar (en córdobas)?: _____

II. **SATISFACCIÓN DE LA USUARIA**

19. Cuando tuviste tu parto en el C/S ACC ¿Fue por que alguien te envió?

Si No

20. Si la respuesta es positiva, ¿Quién?

Personal de salud

Brigadista

Col-Vol (colaborador voluntario)

Vecino

Partera

Otro: _____

21. Te envió alguien de la familia

Si No

22. ¿Quién? R: _____

23. ¿O fué por decisión propia?

Si No

24. ¿Por qué? R: _____

25. Descripción de los tiempos requeridos para la Atención del Parto.

Duración (días, horas, minutos)

Tiempo de espera para recibir atención

Tiempo del parto

Tiempo de hospitalización

26. ¿Cómo le pareció el tiempo de espera?

Mucho Poco Aceptable

27. ¿Por qué? R: _____

28. Considera que el tiempo de atención del Parto fue:

Mucho Poco Aceptable

29. ¿Por qué? R: _____

30. ¿Le explicaron lo que le iban a realizar? Si No

31. ¿Lo considera de importancia? Si No

32. ¿Por qué? R: _____

33. ¿La examinaron? Si No

34. ¿Cree que es importante? Si No

35. ¿Por qué? R: _____

36. ¿Quién atendió el parto en el C/S Amed Campos (Papayal)?

Médico Enfermera Otro

37. ¿Hubo algún tipo de complicación durante tu parto?

- Si No

38. Si respuesta es sí ¿Cuál? R: _____

39. ¿Cómo consideras la atención del parto en el C/S Amed Campos (Papayal)?

- Excelente Mala
 Buena Pésima
 Regular

40. ¿Por qué? R: _____

41. ¿De quién obtuviste un mejor trato?

- Médicos Enfermeras Otros De nadie

42. ¿Por qué lo dice? R: _____

43. ¿Recibió algún tipo de maltrato?

- Si No

44. ¿Por qué lo dice? R: _____

45. ¿De quien recibió maltrato?

- Médicos Enfermeras Otros De nadie

46. ¿Tuvo privacidad durante su parto?

- Si No

47. Si la respuesta es no, ¿por qué lo dice? R: _____

48. ¿Tuvo que comprar algún tipo de material o medicamento?

- Si No

49. ¿Por qué? R: _____

50. ¿Le hicieron algún tipo de cobro?

- Si No

51. Si es sí, ¿por qué cree le cobraron? R: _____

52. ¿Le dieron algunas recomendaciones?

- Si No

53. ¿Cuáles? R: _____

54. ¿Las considera de importancia?

- Si No

55. ¿Por qué? R: _____

56. ¿Cuál fue para usted el mayor problema en la atención del parto?

- Mala atención
 Maltrato
 Falta de materiales/medicamentos
 Falta privacidad
 Otros
 Ninguno

57. ¿Por qué? R: _____

58. Si en el futuro estuvieras de nuevo embarazada, ¿Donde te gustaría que te atendieran el parto?

- C/S ACC (Papayal)
 Clínicas privadas
 Parteras
 Otros

59. ¿Por qué? R: _____

60. ¿Dónde consideras que se presentan el mayor número de complicaciones con el parto?

- C/S ACC (Papayal)
 Clínicas privadas
 Parteras
 Otros

61. ¿Por qué? R: _____

62. ¿Cuáles serían las razones por las que no desearas que te atendieran de nuevo tu parto en el Papayal? (pueden haber múltiples respuestas)

- Mala atención
- Maltrato
- Falta de materiales/medicamentos
- Falta privacidad
- Las complicaciones
- Otros
- Ninguno

63. ¿Cuáles? _____

64. A un ser muy querido que estuviese embarazada, ¿Le recomendarías que le atendieran su parto en el C/S ACC (Papayal)?

- Si No

65. ¿Por qué? R: _____

Agradecemos mucho su valiosa participación en este estudio que será de utilidad para tratar de mejorar el servicio de atención del parto en el C/S Amed Campos Corea "El Papayal".



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



Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en el municipio de San Lorenzo, Boaco; período Enero - Abril 2007.

Cuestionario dirigido a Mujeres con Parto Domiciliar

Instrumento No 2

El propósito del siguiente estudio es identificar la percepción que tienen las mujeres sobre la atención del parto institucional. Sus respuestas serán confidenciales, le agradeceremos su sinceridad.

Instructivo: llenar con "X" los espacios en blanco de las preguntas, algunas de ellas pueden tener dos opciones de respuestas.

Número de cuestionario:

Fecha de la entrevista: /__/__/2007

I. DATOS GENERALES

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

2. Talla (en cm)

Tomar de tarjeta CPN

3. Peso (en Kg) anterior al embarazo .

Tomar tarjeta CPN

4. ¿En que barrio o comarca vive? _____

5. Procedencia: Urbano Rural

6. ¿Cuánto tarda en llegar desde su casa al Centro de Salud Amed Campos (Papayal)? Días Horas Minutos

7. ¿Cuál religión profesa?: Católica

Evangélica

Testigo de Jehová

Ninguna

Otras _____

Especificar

8. Estado Civil:

- Casada
- Unión Libre
- Soltera
- Otros _____
Especificar

9. ¿Hasta qué grado y año llegó?

- Analfabeta
- Primaria Incompleta Primaria Completa
- Secundaria Incompleta Secundaria Completa
- Técnico Universitaria

10. ¿A qué se dedica usted?

- Ama de casa
- Doméstica
- Maestra
- Vendedora
- Otras _____
Especificar
- Ninguna

11. ¿De qué enfermedades ha padecido?

- Hipertensión Arterial (presión alta)
- Diabetes Mellitus (azúcar en sangre)
- Tuberculosis Pulmonar (dañado de los pulmones)
- Epilepsia (convulsiones sin estar embarazada)
- Ninguna

12. ¿Ha fumado alguna vez?

- Si No

13. Si la respuesta anterior fue sí, ¿cuántos se fuma en un día?

- Cigarrillos al día

14. ¿Ha bebido alguna vez?

Si No

15. Si la respuesta anterior fue sí, ¿cuánto se bebe en una semana?

Copas por semana

16. Antecedentes personales ginecológicos

Gesta Para Aborto Cesárea

Parto Gemelar

Preeclampsia (presión alta en el embarazo) o Eclampsia (con convulsiones)

Otros ¿Cuáles? _____

17. ¿De qué enfermedades ha padecido su familia?

Hipertensión Arterial (presión alta)

Diabetes Mellitus (azúcar en sangre)

Tuberculosis Pulmonar

Epilepsia

Preeclampsia o Eclampsia

Parto Gemelar

Otros ¿Cuáles? _____

Ninguno(a)

18. ¿Cuál es el ingreso familiar (en córdobas)?: _____

II. **SATISFACCIÓN DE LA USUARIA**

19. ¿Quién atendió tu parto?

Partera capacitada

Vecino

Partera no capacitada

Nadie

Familiar

Otro ¿Quién? _____

20. ¿Por qué no acudiste a una Unidad de Salud para la atención de tu parto?

R: _____

21. ¿Hubieras querido que tu(s) parto(s) hubiera sido en el C/S Amed Campos o Papayal? Si NO

22. ¿Por qué? _____

23. ¿Cuál sería la razón por la cual prefieres que tu parto sea atendido en la comunidad?R:_____

24. ¿Cómo consideras la atención por parte de las parteras?

Excelente Buena Regular Mala Pésima

25. ¿Por qué? R: _____

26. ¿Hubo algún tipo de complicación durante tu parto?

Si No

27. Si respuesta es sí ¿Cuál? R: _____

28. ¿En dónde o con quién consideras que se presentan el mayor número de complicaciones con el parto?

C/S Papayal Parteras Clínicas Privadas Familiares Otros

29. ¿Por qué? R: _____

30. ¿Mencióneme que te harían cambiar tú decisión en desear tener un hijo con una partera en el futuro? R:_____

31. ¿Cuánto tuvo que gastar cuando parió a su hijo en la comunidad?

32. En qué cosas gasto, ¿Puede mencionármelas por favor?

33. ¿Recibió algunas recomendaciones por parte de la partera o de la persona que atendió su parto? Si No

34. ¿Cuáles? R: _____

35. ¿Las consideras de importancia?

Si No

36. ¿Por qué? R: _____

37. Además de lo antes mencionado, ¿Por qué cree que las mujeres no tienen un hijo en el centro de salud?

38. Para usted, ¿Cuáles serían las ventajas de parir en la comunidad?

R: _____

39. ¿Cuáles serían los problemas que se presentan cuando una mujer tiene su hijo en la comunidad?

R: _____

40. Si en el futuro estuvieras de nuevo embarazada, ¿Donde te gustaría que te atendieran el parto?

C/S ACC Clínicas privadas Parteras Otros

41. ¿Por qué? R: _____

42. ¿Cuáles serían las razones por las que no desearas que una partera o personal de salud de la comunidad atendieran de nuevo tu parto?

43. A un ser muy querido que estuviese embarazada, ¿Le recomendarías que su parto fuera atendido por una partera? Si NO

44. ¿Por qué? R: _____

Agradecemos mucho su valiosa participación en este estudio que será de utilidad para tratar de mejorar el servicio de atención del parto en el C/S Amed Campos Corea "El Papayal".

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla No 1. Distribución porcentual de las características biológicas y socioeconómicas de mujeres con atención del parto en la comunidad e institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Características</i>	<i>Tipo de Parto</i>				<i>Total</i>	
	<i>Parto en Comunidad</i>		<i>Parto Institucional</i>			
Grupo de edad	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
15-19 años	6	20	3	7.3	9	12.7
20-34 años	23	76.7	36	87.8	59	83.1
35-45 años	1	3.3	2	4.9	3	4.2
Total	30	100.0	41	100.0	71	100.00
Talla en cm	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Menor 150	7	23.3	6	14.6	13	18.3
150 a 160	18	60	27	65.9	45	63.4
Mayor de 160	5	16.7	8	19.5	13	18.3
Total	30	100	41	100	71	100
Peso anterior en Kg	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Menor 50	7	23.3	7	17.1	14	19.7
50 a 60	13	43.4	24	58.5	37	52.1
Mayor de 60	10	33.3	10	24.1	20	28.2
Total	30	100	41	100	71	100
Procedencia	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Urbano	0	0	12	29.3	12	16.9
Rural	30	100	29	70.7	59	83.1
Total	30	100.0	41	100.0	71	100.00
Religión	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Católica	17	56.7	24	58.5	41	57.7
Evangélica	6	20	9	22	15	21.1
Testigo Jehová	0	0	1	2.4	1	1.4
Ninguna	7	23.3	7	17.1	14	19.7
Total	30	100.0	41	100.0	71	100.00
Estado civil	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Casada	7	23.3	10	24.4	17	23.9
Unión Libre	20	66.7	30	73.2	50	70.5
Soltera	3	10	1	2.4	4	5.6
Total	30	100.0	41	100.0	71	100.00
Nivel de escolaridad	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Analfabeta	6	20	2	4.9	8	11.3
Primaria incompleta	13	43.4	16	39	29	40.9
Primaria completa	7	23.3	8	19.5	15	21.1
Secundaria incompleta	3	10	10	24.4	13	18.3
Secundaria completa	1	3.3	4	9.8	5	7
Técnica-Universitaria	0	0	1	2.4	1	1.4
Total	30	100.0	41	100.0	71	100.00
Ocupación	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Ama de casa	30	100	39	95.1	69	97.2
Maestra	0	0	2	4.9	2	2.8
Total	30	100	41	100	71	100

Ingreso familiar	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Menos C\$ 1000	8	26.7	6	14.6	14	19.7
1000 – 1999	15	50	16	39	31	43.7
2000 – 2999	5	16.7	11	26.8	16	22.6
3000 – 3999	1	3.3	4	9.8	5	7
4000 – 4999	1	3.3	4	9.8	5	7
Total	30	100.0	41	100.0	71	100.00

Fuente: Instrumento No 1 y 2

Tabla No 2. Distribución porcentual de los Antecedentes Personales y Familiares de mujeres con atención del parto en la comunidad e institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Antecedentes Personales</i>	<i>Tipo de Parto</i>				<i>Total</i>	
	Parto en Comunidad		Parto Institucional		Número	Porcentaje
Personales Patológicos	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Hipertensión Arterial	0	0	1	2.4	1	1.4
Diabetes Mellitus	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis Pulmonar	0	0	0	0	0	0
Epilepsia	0	0	0	0	0	0
Total	30	100	41	100	71	100
Personales No Patológicos	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Tabaquismo	0	0	2	4.9	2	2.8
Alcoholismo	0	0	3	7.3	3	4.2
Total	30	100	41	100	71	100
Personales Ginecológicos	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Preeclampsia/Eclampsia	1	3.3	2	4.9	3	4.2
Total	30	100.0	41	100.0	71	100.00
Gestacional (según Gesta)	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Gesta 0	4	13.3	4	9.8	8	11.3
Gesta 1 a 3	21	70	32	78	53	74.6
Gesta 4 y mas	5	16.7	5	12.2	10	14.1
Total	30	100	41	100	71	100
Gestacional (según Para)	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Para 0	4	13.3	4	9.8	8	11.3
Para 1 a 3	22	73.4	32	78	54	76
Para 4 y mas	4	13.3	5	12.2	9	12.7
Total	30	100	41	100	71	100
Gestacional (según Aborto)	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
0	28	93.3	36	87.8	64	90.1
1	2	6.7	4	9.8	6	8.5
2 y más	0	0	1	2.4	1	1.4
Total	30	100	41	100	71	100
Familiares Patológicos	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Hipertensión Arterial	9	30	21	51.2	30	42.3
Diabetes Mellitus	3	10	5	12.2	8	11.3
Tuberculosis Pulmonar	1	3.3	2	4.9	3	4.2
Epilepsia	1	3.3	5	12.2	6	8.5
Preeclampsia/Eclampsia	3	10	2	4.9	5	7
Parto gemelar	6	20	10	24.4	16	22.5
Otro antecedente	1	3.3	5	12.2	6	8.5
Total	30	100	41	100	71	100

Fuente: Instrumento No 1 y 2

Tabla No 3. Distribución porcentual sobre envío de mujeres con atención del parto en la institución de salud. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Características</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Enviada a parir		
Si	27	65.9
No	14	34.1
Total	41	100.00
Personal que envió	Número	Porcentaje
Personal de salud	19	70.4
Brigadista	2	7.4
Partera	3	11.1
Otro	3	11.1
Total		
Familiar envió a parir	Número	Porcentaje
Si	11	26.8
No	30	73.2
Total	41	100
Familiar que envió	Número	Porcentaje
Cónyuge	3	7.3
Hermanos	1	2.4
Mamá	6	14.6
Suegra	1	2.4
Total	41	100
Decisión propia	Número	Porcentaje
Si	25	61
No	16	39
Total	41	100
Por qué parto en U/S	Número	Porcentaje
Es mas seguro, no hay complicaciones	13	52
Es mejor la atención	4	16
Por lo cerca	3	12
Por miedo en la casa	2	8
Por complicación anterior, era de noche	1	4
Porque no había partera	1	4
No tenía dinero para partera	1	4
Total	25	100

Fuente: Instrumento No 1

Tabla No 4. Distribución porcentual sobre Tiempos de espera y atención en mujeres con atención del parto en la institución de salud. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Como pareció espera</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Mucho	3	7.3
Poco	24	58.5
Aceptable	14	34.1
Total	41	100
Opinión Tiempo de Espera	Número	Porcentaje
Me atendieron ahí no mas	29	70.7
No dilataron mucho	8	19.5
No me atendían, espere bastante	4	9.8
Total	41	100
Como pareció tiempo del parto	Número	Porcentaje
Mucho	5	12.2
Poco	9	22
Aceptable	27	65.9
Total	41	100

Fuente: Instrumento No 1

Tabla No 5. Distribución porcentual sobre Explicación brindada y realización de examen físico en mujeres con atención del parto en la institución de salud. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Explicación de lo realizado</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	18	43.9
No	23	56.1
Total	41	100
Importante la explicación	Número	Porcentaje
Si	41	100
No	0	0
Total	41	100
Realización de Examen Físico	Número	Porcentaje
Si	40	97.6
No	1	2.4
Total	41	100
Importancia de Examen Físico	Número	Porcentaje
Si	41	100
No	0	0
Total	41	100
Por Qué Importante Examen Físico	Número	Porcentaje
Saber si la mujer y niño están bien	28	68.3
Evitar complicaciones	10	24.4
Uno esta tranquilo y seguro	3	7.3
Total	41	100

Fuente: Instrumento No 1

Tabla No 6. Distribución porcentual de Complicaciones en el parto en mujeres con atención del parto en la institución de salud. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Complicaciones en el parto</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	8	19.5
No	33	80.5
Total	41	100
Tipos de Complicaciones	Número	Porcentaje
Niño no lloró al nacer	1	12.5
Dilató en parir	1	12.5
Hemorragia	4	50
Dilató en salir la placenta	1	12.5
Desgarro	1	12.5
Total	8	100

Fuente: Instrumento No 1

Tabla No 7. Distribución porcentual sobre personal que atendió parto y opinión de la atención en mujeres con atención del parto en la institución de salud. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Atención del Parto</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Médico	41	100
Enfermera	0	0
Otro	0	0
Total	41	100
Opinión de Atención del Parto	Número	Porcentaje
Excelente	4	9.8
Buena	25	61
Regular	10	24.4
Mala	2	4.9
Total	41	100
Por qué opinión de atención del parto	Número	Porcentaje
Buena atención y con amabilidad	16	39
No se dan complicaciones	8	19.5
La atención es rápida	7	17.1
No le hacen caso a uno y no hay buen trato	5	12.2
Mala atención y dilataron en atenderme	5	12.2
Total	41	100

Fuente: Instrumento No 1

Tabla No 8. Distribución porcentual sobre Trato recibido en mujeres con atención del parto en la institución de salud. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

Mejor Trato	Número	Porcentaje
Médicos	9	22
Enfermeras	6	14.6
Todos	24	58.5
Nadie	1	2.4
Otros	1	2.4
Total	41	100
Opinión del mejor trato	Número	Porcentaje
Todos me atendieron bien y fueron amables	24	58.5
Medico buena atención, atento y amable	9	22
Enfermeras pendientes y amables	6	14.6
Personal de cocina amables	1	2.4
Nadie me hacía caso	1	2.4
Total	41	100
Recibió maltrato	Número	Porcentaje
Si	4	9.8
No	37	90.2
Total	41	100
Por qué dice Maltrato	Número	Porcentaje
La regañaban mucho	2	50
Porque le dijeron groserías	2	50
Total	4	100
Personal que dio maltrato	Número	Porcentaje
Médicos	3	7.3
Otro	1	2.4
Nadie	37	90.2
Total	41	100

Fuente: Instrumento No 1

Tabla No 9. Distribución porcentual sobre Privacidad, necesidad de compra de materiales o medicamentos y cobro en unidad de salud en mujeres con atención del parto en la institución de salud. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

Características	Número	Porcentaje
Hubo privacidad		
Si	38	92.7
No	3	7.3
Total	41	100
Compra de materiales/medicamentos	Número	Porcentaje
Si	4	9.8
No	37	90.2
Total	41	100
Por qué de la compra	Número	Porcentaje
Inyección para ayudar a parir y el dolor	2	50
Inyección que no sabía el uso	2	50
Total	4	100
Cobro en U/S	Número	Porcentaje
Si	0	0
No	41	100
Total	41	100

Fuente: Instrumento No 1

Tabla No 10. Distribución porcentual sobre Recomendaciones dadas e importancia de éstas en mujeres con atención del parto en la institución de salud. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Recomendaciones</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	30	73.2
No	11	26.8
Total	41	100
Recomendaciones dadas	Número	Porcentaje
Dar pecho al niño, cuidados del niño y ella	19	46.3
Acudir a cita a la U/S y Vigilancia del sangrado	3	7.3
Sobre Planificación Familiar	8	19.4
Total	41	100
Importancia de Recomendaciones	Número	Porcentaje
Si	41	100
No	0	0
Total	41	100
Por qué importante las recomendaciones	Número	Porcentaje
Para mejor cuidado mío y de mi hijo	21	51.2
Para saber que se debe de hacer y aprender	18	43.9
Para estar pendientes de los problemas	2	4.9
Total	41	100

Fuente: Instrumento No 1

Tabla No 11. Distribución porcentual sobre Problemas presentados al momento del parto y opinión sobre atención de futuro parto en mujeres con atención del parto en la institución de salud. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Problemas presentados al momento del parto</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Falta de materiales/medicamentos	0	0
Mala atención	2	4.9
Maltrato	4	9.8
Falta de privacidad	3	7.3
Otros	1	2.4
Ninguno	31	75.6
Total	41	100.0%
Atención de futuro parto	Número	Porcentaje
C/S Papayal	31	75.6
Clínica Privada	9	22
Otro	1	2.4
Total	41	100
Opinión de futuro parto	Número	Porcentaje
C/S atención es buena	21	51.2
C/S es mas cerca y es gratis	8	19.5
C/S no te complicas	2	4.9
Clínica mejor porque se paga y personal preparado	8	19.5
Hospital es mejor atención	1	2.4
En C/S muchos chismes	1	2.4
Total	41	100

Fuente: Instrumento No 1

Tabla No 12. Distribución porcentual sobre ocurrencia de complicaciones y envío de familiar a parir en unidad de salud en mujeres con atención del parto en la institución de salud. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Ocurrencia de complicaciones</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Clínicas privadas	1	2.4
Parteras	39	95.2
Otros	1	2.4
Total	40	100.0
<i>¿Por qué lo considera así?</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Parteras no reconocen bien los problemas	1	2.4
Parteras no cuentan con lo necesario	11	26.8
Parteras no saben solucionar los problemas	10	24.4
Hospital hacen cesáreas muy seguidas	1	2.4
Parteras saben poco	14	34.1
Parteras no tienen experiencia	2	4.9
Parteras no lo revisan, se queda con problemas	2	4.9
Total	40	100
<i>Envío a familiar a parir al C/S</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	36	87.8%
No	5	12.2%
Total	41	100.0%
<i>Opinión sobre enviar a familiar</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
mejor atención	22	53.7
evitar complicaciones	13	31.7
no les hacen caso	2	4.9
queda uno con problemas	1	2.4
mala atención y hay maltrato	2	4.9
hay privacidad, es cerca y aseado	1	2.4
Total	41	100.0%

Fuente: Instrumento No 1

Tabla No 13. Distribución porcentual sobre personal que atendió parto y valoración de este en mujeres con atención del parto en la Comunidad. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Personal comunitario que atendió parto</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Partera capacitada	15	50.0%
Partera no capacitada	3	10.0%
Familiar	1	3.3%
Nadie	11	36.7%
Total	30	100.0%
<i>Atención por parte de las parteras</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Excelente	2	7.1%
Buena	18	64.3%
Regular	7	25.0%
Mala	1	3.6%
Total	28	100.0%
<i>Razón valoración partera</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Porque están pendientes de uno	10	35.7
Le ayudan a parir	10	35.7
Resuelven algunos problemas	1	3.6
Dan apoyo	4	14.3
No saben de parto, mas bien lo complican	3	10.7
Total	28	100.0%

Fuente: Instrumento No 2

Tabla No 14. Distribución porcentual sobre razones de no haber acudido a la U/S en mujeres con atención del parto en la Comunidad. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Razones de no haber acudido al C/S</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Porque era de noche	7	23.3
Porque vive largo	11	36.8
Fue rápido y no le dio tiempo	4	13.3
No les gusta las U/S, maltratan, no les hacen caso	4	13.3
Por no dejar sola la casa y niños	2	6.7
Por pena	1	3.3
Ha salido bien con partos domiciliarios	1	3.3
Total	30	100.0%
<i>Deseo de haber tenido parto en C/S</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	24	80.0%
No	6	20.0%
Total	30	100.0%
<i>Opinión por desear parir en C/S</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Porque la atención es buena	6	25
Por lo que me quedaba cerca	1	4.2
Es mas seguro para niño y la madre	16	66.7
Talvez me hubieran atendido mejor	1	4.2
Total	24	100.0%
<i>Opinión de No desear parir en C/S</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Me da tristeza estar allá	3	50
Con la partera es mejor y en casa mas comodidad	1	16.7
No me gusta el C/S	1	16.7
Porque no te atienden y hasta te trasladan por gusto	1	16.7
Total	6	100.0%

Fuente: Instrumento No 2

Tabla No 15. Distribución porcentual sobre complicación del parto y opinión de esta en mujeres con atención del parto en la comunidad. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Complicaciones durante el parto</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	9	30.0%
No	21	70.0%
Total	30	100.0%
<i>Complicaciones que se dieron durante el parto</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Retención placentaria y de restos ovulares	6	66.7
Hemorragias	2	22.2
Muerte perinatal	1	11.1
Total	9	100.0%
<i>Opinión sobre mayor ocurrencia de complicaciones</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
C/S ACC o Papayal	2	6.7%
Parteras	25	83.3%
Clínicas privadas	1	3.3%
Familiares	2	6.7%
Total	30	100.0%
<i>Opinión de las complicaciones según ocurrencia</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Parteras no resuelven problemas	11	36.7
Parteras no saben de parto	6	20
Parteras no tiene lo que necesitan para parto	8	26.7
Familiares no saben nada	2	6.7
C/S no atienden bien y no les hacen caso	2	6.7
En clínicas saben poco	1	3.3
Total	30	100.0%

Fuente: Instrumento No 2

Tabla No 16. Distribución porcentual sobre razones de parto en la comunidad y ventajas de este en mujeres con atención del parto en la Comunidad. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Razones para atención del parto en la comunidad</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
En la casa es mas cómodo	13	43.3
Falta de dinero y en casa no se gasta nada	4	13.3
Por no dejar sola casa y niños	2	6.7
C/S queda largo	1	3.3
Mejor atención y confianza en partera	2	6.7
Ninguna	8	26.7
Total	30	100.0
<i>Razones de cambiar decisión de parto con parteras</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Complicaciones en el parto	21	70
Muerte de mi niño en el parto	3	10
Maltrato por parte de la partera	2	6.7
No apoyo por parte de partera	1	3.3
Mala atención por la partera	1	3.3
Nada	2	6.7
Total	30	100.0%
<i>Ventajas de parto comunitario</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Mas cómodo	13	43.4
No se gasta	7	23.3
No dejar sus casas	2	6.7
Mas cuidado por familiares	1	3.3
Ninguna	7	23.3
Total	30	100

Fuente: Instrumento No 2

Tabla No 17. Distribución porcentual sobre gastos incurridos, opinión para no asistir a parto en U/S y opinión de problemas en comunidad en mujeres con atención del parto en la Comunidad. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Gasto Parto comunidad</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
C\$ 0 a 250	26	86.7
C\$ 251 a 500	3	10
Mas de C\$ 500	1	3.3
Total	30	100.0%
<i>Gastos que se dieron</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
En la partera	6	20
Transporte	4	13.3
Medicamentos para dolor e infección	4	13.3
Camíbar, alcohol, esencias, alcanfor, miel	14	46.7
En nada	2	6.7
Total	30	100.0%
<i>Opinión de no asistencia al parto en C/S</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Por mala atención , no les hacen caso, hacen groserías	11	36.6
Por el gasto	2	6.7
Por lo largo	6	20
Por no dejar casas e hijos	2	6.7
Mas cómodo en la casa y por pena	9	30
Total	30	100.0%
<i>Problemas al parir en comunidad</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
No puede nacer en niño y a veces muerte de este	8	26.7
Hemorragias	10	33.3
Retención placentaria y de restos ovulares	8	26.7
Se les sale matriz y muerte de la madre	1	3.3
Fiebre puerperal	3	10
Total	30	100

Fuente: Instrumento No 2

Tabla No 18. Distribución porcentual sobre Recomendaciones dadas e importancia de esta en mujeres con atención del parto en la Comunidad. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Recomendaciones de las parteras</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	19	63.3
No	11	36.7
Total	30	100.0%
<i>Recomendaciones dadas</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Sobre cuidados del niño y de madre	11	57.9
Dar de mamar al niño	4	21.1
Sobre planificación familiar	1	5.3
Que próximo parto fuera en la U/S	1	5.3
No relaciones sexuales	1	5.3
No esfuerzos	1	5.3
Total	19	100.0%
<i>Importancia de recomendaciones</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	30	100.0%
No	0	0
Total	30	100.0%
<i>Opinión de importancia de recomendaciones</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Saber que se tiene que hacer y aprender	13	43.3
Por el bien del niño y la madre	17	56.7
Total	30	100.0%

Instrumento No 2

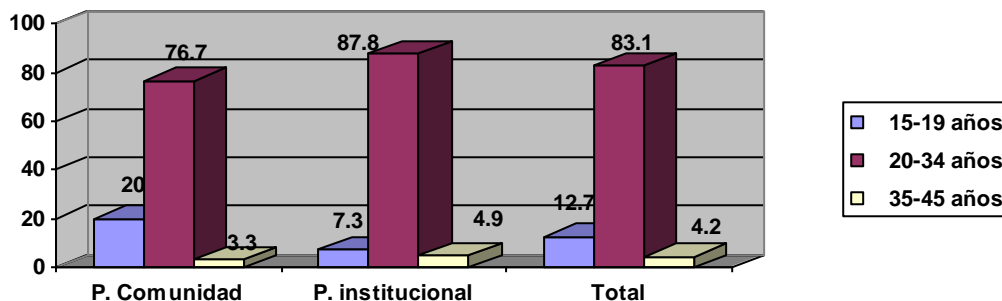
Tabla No 19. Distribución porcentual sobre Atención de futuro parto y recomendación a familiar de este en una unidad de salud en mujeres con atención del parto en la Comunidad. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**

<i>Atención de futuro parto</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
C/S ACC	19	63.3
Clínicas privadas	6	20
Parteras	5	16.7
Total	30	100
Opinión de futuro parto	Número	Porcentaje
Clínica mejor porque se paga	6	20
C/S mejor atención, mas seguro y no hay complicaciones	19	63.3
No les gusta C/S, casa mas cómodo, partera dan confianza	5	16.7
Total	30	100
Recomendación de atención por parteras a familiar	Número	Porcentaje
Si	3	10
No	27	90
Total	30	100
Opinión de recomendación del Parto por parteras a familiar	Número	Porcentaje
No, porque es mas peligroso en casa, C/S mas seguro	14	46.7
No, porque no saben lo necesario para el parto	4	13.3
No, porque en C/S la atención es buena	9	30
Si, porque atienden bien, están atentas, nos apoyan	3	10
Total	30	100

Fuente: Instrumento No 2

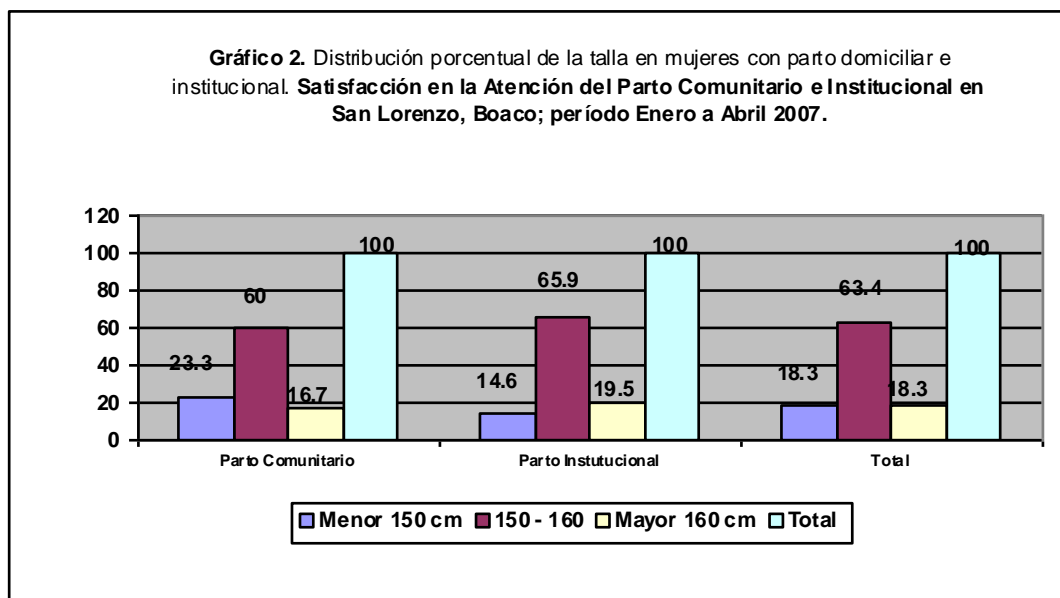
GRAFICOS CON RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución porcentual por grupos etáreos en mujeres con parto institucional y comunitario. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



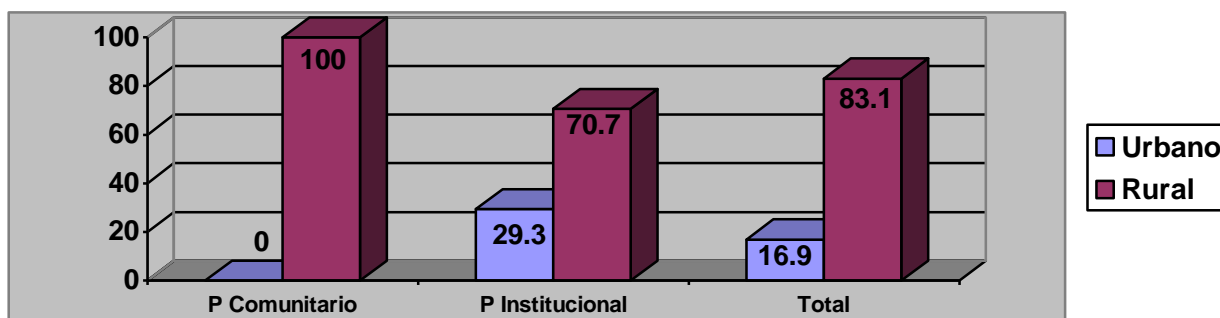
Fuente: Tabla No1.

Gráfico 2. Distribución porcentual de la talla en mujeres con parto domiciliar e institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



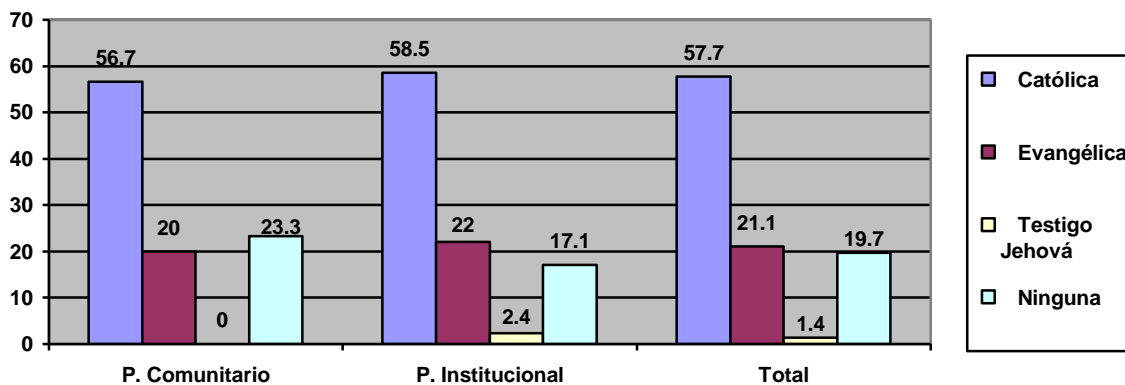
Fuente: Tabla No 1.

Gráfico 3. Distribución porcentual según procedencia en mujeres con parto domiciliar e institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



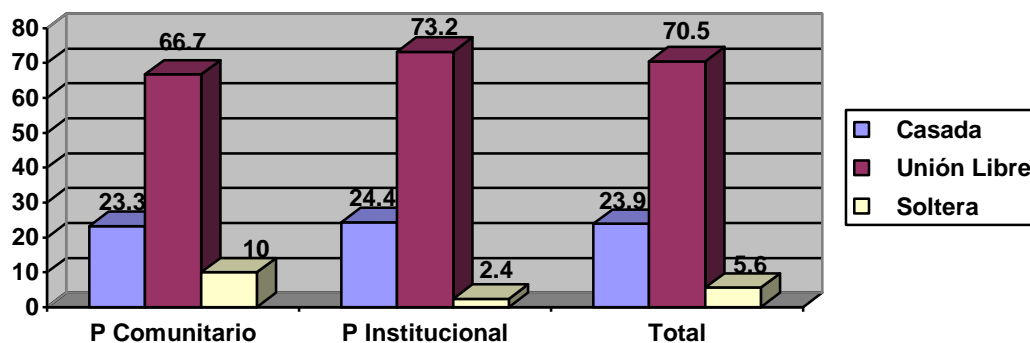
Fuente: Tabla No 1

Gráfico 4. Distribución porcentual según religión en mujeres con parto domiciliario e institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



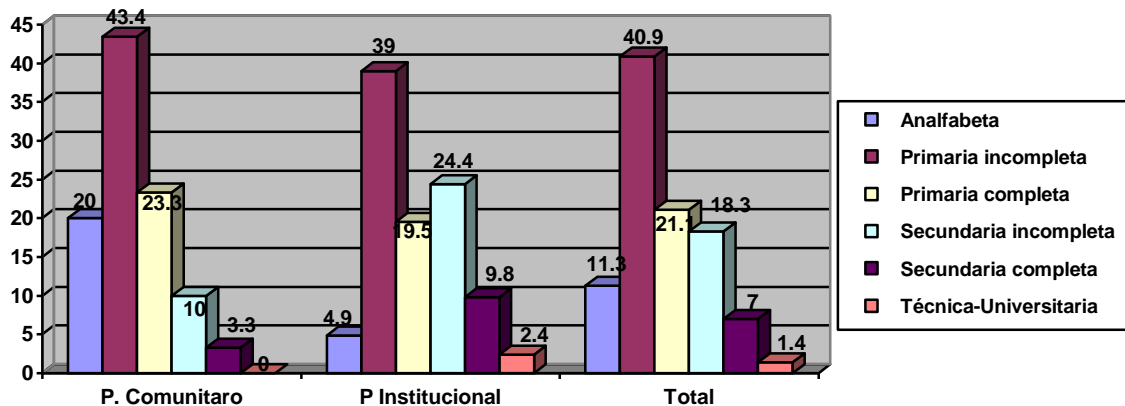
Fuente: Tabla No 1

Gráfico 5. Distribución porcentual según estado civil en mujeres con parto domiciliario e institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



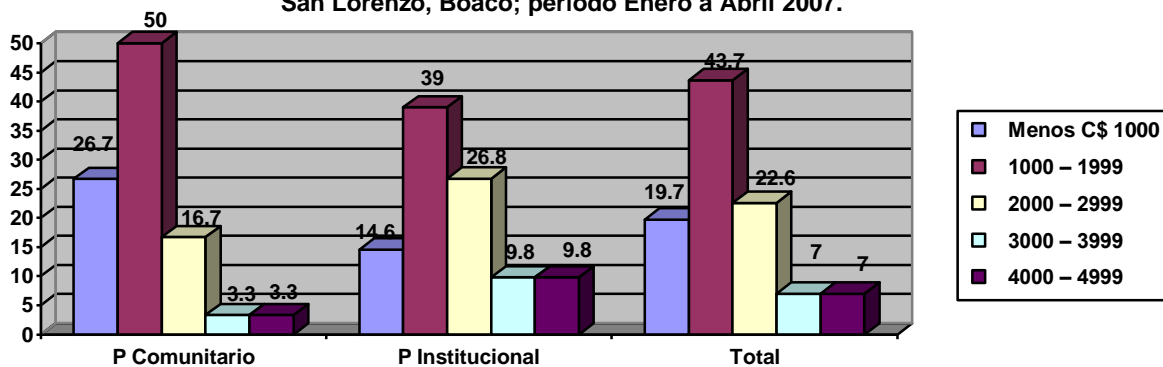
Fuente: Tabla No 1.

Gráfico 6. Distribución porcentual según escolaridad en mujeres con parto comunitario e institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



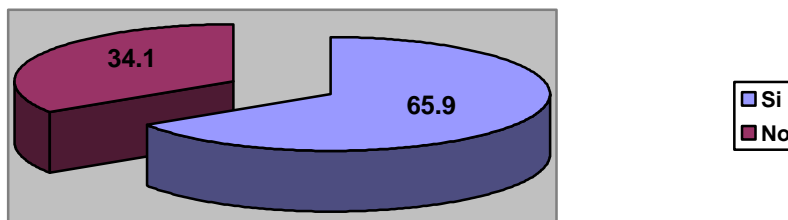
Fuente: Tabla No 1

Gráfico 7. Distribución porcentual sobre ingreso familiar en mujeres con parto comunitario e institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



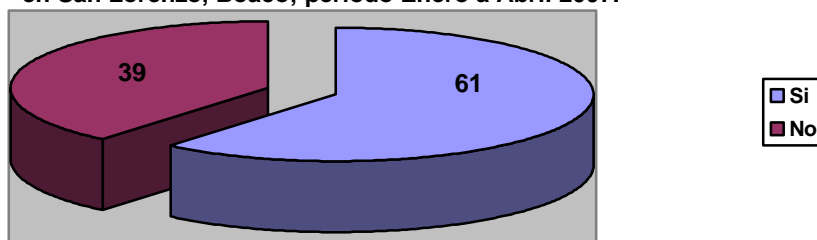
Fuente: Tabla No 1

Gráfico 8. Distribución porcentual de mujeres enviadas a parir con parto institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



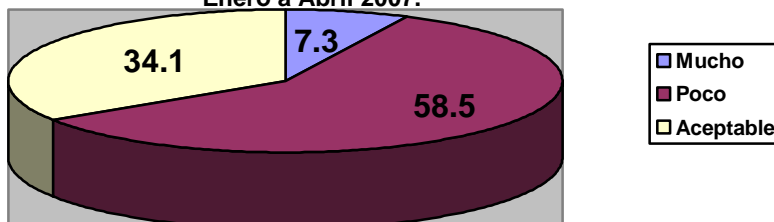
Fuente: Tabla No 3

Gráfico 9: Distribución porcentual sobre la decisión propia de ir a parir al C/S. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



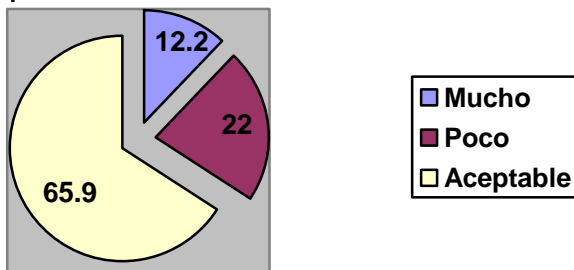
Fuente: Tabla No 3

Gráfico 10. Distribución porcentual sobre opinión del tiempo de espera en mujeres con parto institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



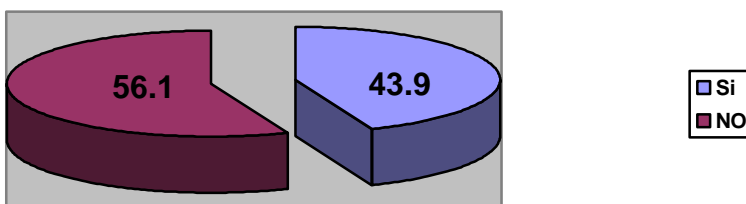
Fuente: Tabla No 4

Gráfico 11. Distribución porcentual sobre opinión del tiempo del parto en mujeres con parto institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



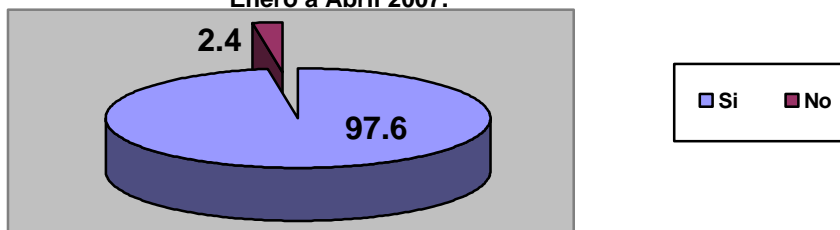
Fuente: Tabla No 4

Gráfico 12. Distribución porcentual sobre la explicación de lo realizado en mujeres con parto institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



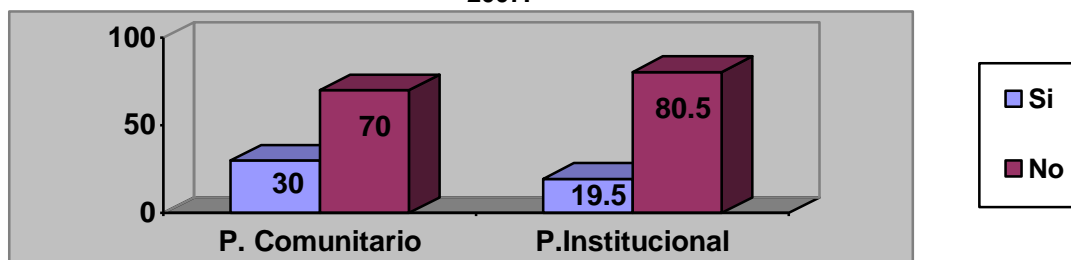
Fuente: Tabla No 5.

Gráfico 13. Distribución porcentual acerca de la realización del examen físico en mujeres con parto institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



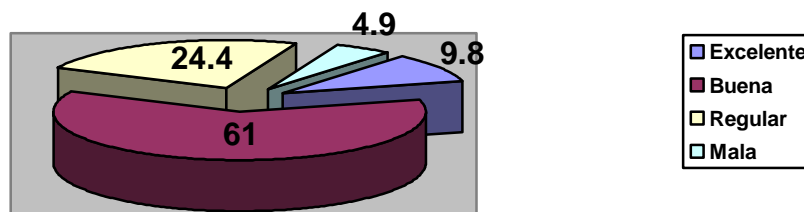
Fuente: Tabla No 5.

Gráfico 14. Distribución porcenta comparativo de complicaciones en mujeres con parto comunitario e institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



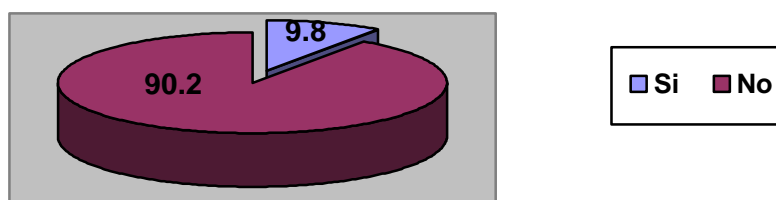
Fuente: Tabla No 6 y No 15.

Gráfico 15. Distribución porcentual sobre opinión de la Atención del Parto.
Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.



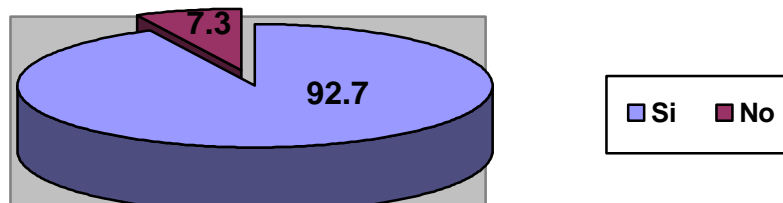
Fuente: Tabla No 7.

Gráfico 16. Distribución porcentual sobre maltrato en la atención en mujeres con parto institucional.
Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.



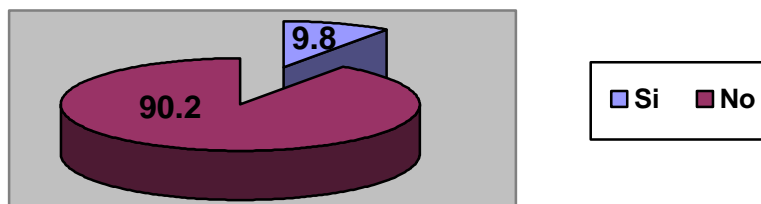
Fuente: Tabla No 8.

Gráfico 17. Distribución porcentual de la privacidad en mujeres con parto institucional.
Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.



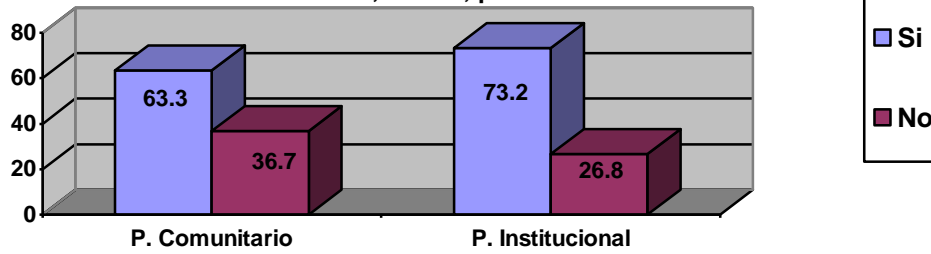
Fuente: Tabla No 9.

Gráfico 18. Distribución porcentual sobre necesidad de compra de medicamentos/materiales en mujeres con parto institucional.
Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.



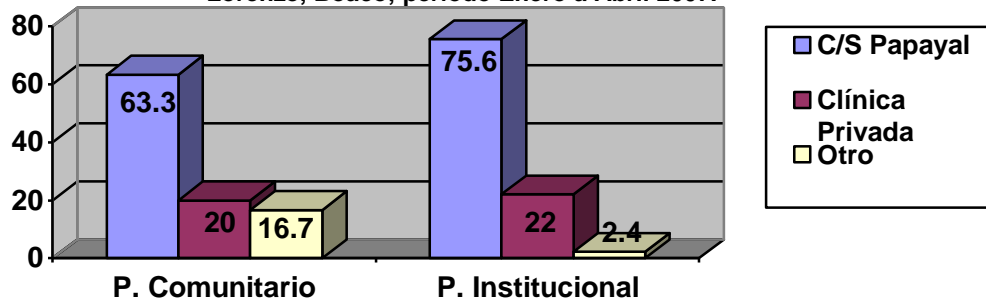
Fuente: Tabla No 9.

Gráfico 19. Comparación de recomendaciones dadas según ocurrencia del parto. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



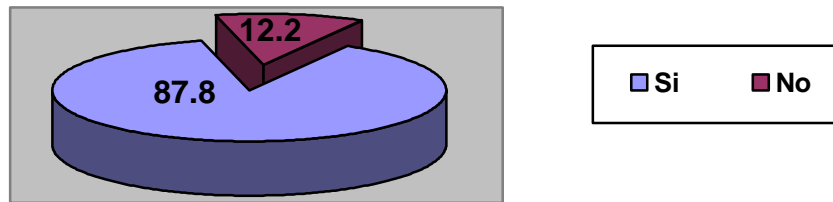
Fuente: Tabla No 10 y 18.

Gráfico 20. Distribución porcentual comparativa de Atención de Futuro parto. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



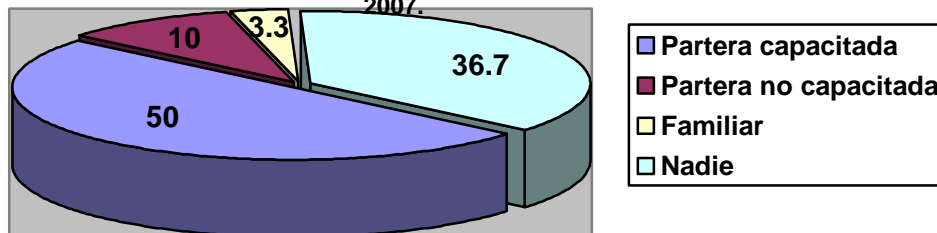
Fuente: Tabla No 11 y 19.

Gráfico 21. Distribución porcentual sobre envío de familiar al C/S al momento del parto en mujeres con parto institucional. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



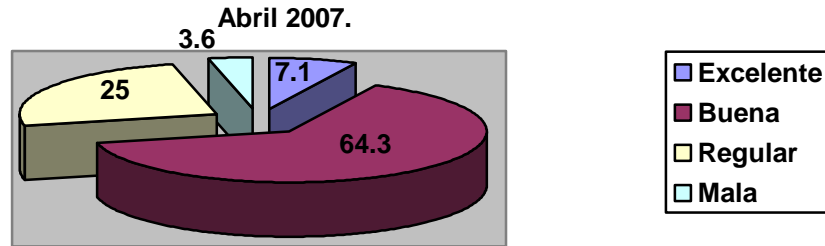
Fuente: Tabla No 12.

Gráfico 22. Distribución porcentual acerca del personal comunitario que atendió parto en mujeres con parto domiciliario. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



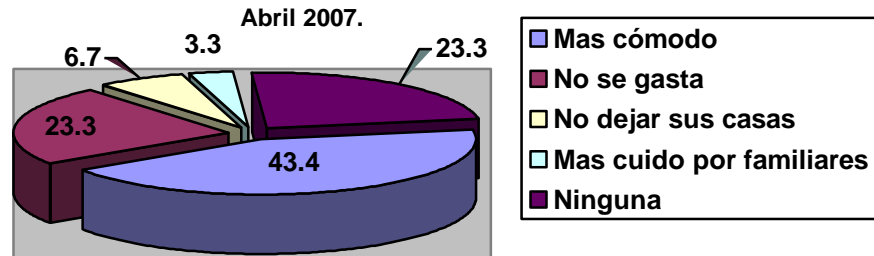
Fuente: Tabla No 13.

Gráfico 23. Distribución porcentual sobre opinión de atención de parteras en mujeres con parto domiciliario. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a**



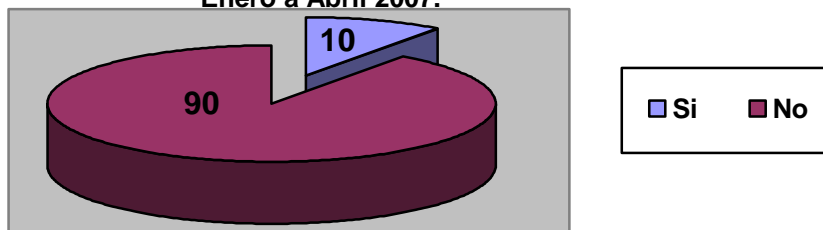
Fuente: Tabla No 13.

Gráfico 24. Distribución porcentual de la opinión de las Ventajas de parir en la comunidad en mujeres con parto comunitario. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a**



Fuente: Tabla No 16.

Gráfico 25. Distribución porcentual sobre recomendación a familiar sobre parir con partera. **Satisfacción en la Atención del Parto Comunitario e Institucional en San Lorenzo, Boaco; período Enero a Abril 2007.**



Fuente: Tabla No 19.