



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



Maestría en Salud Publica 2010 - 2011

Tesis para optar al título de: Máster en Salud Pública

**Evaluación de las estrategias Plan de Parto en la
reducción de la mortalidad materna perinatal,
centro de Salud Héroe y Mártires de Nueva
Segovia, municipio de Mozote, Nueva Segovia,
julio del 2010 a julio del 2011**

Autor: Sebastian Sánchez Namendy

Tutor: MSc. Edduvijes Jovani Roa Traña

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Noviembre 2011

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	Pág. 1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACIÓN	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V.	OBJETIVOS	7
VI.	MARCO DE REFERENCIA	8
VII.	DISEÑO METODOLOGICO	18
VIII.	RESULTADOS	22
IX.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	24
X.	CONCLUSIONES	27
XI.	RECOMENDACIONES	28
XII.	BIBLIOGRAFIA	29
XIII.	ANEXOS	30

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre que me formo y siempre estuvo brindándome el apoyo incondicional para cumplir con mis metas y emprender una gran tarea de poder ayudar al que lo necesite, a mi pareja que, en noches de desvelo me apoyo incondicionalmente y por ultimo mi familia que son el razón para seguir cultivando triunfos en la carrera.

Agradecimiento

A toda mi familias y especial a mi pareja que me impulso a seguir adelante pero especialmente a Dios que me brinda la fuerza, inteligencia, destrezas en mis manos para realizar las diferentes actividades de salud y poder concluir con mi sueño de brindar más conocimientos que aporten a la salud de los más vulnerables.

Resumen

El presente trabajo presenta en las unidades de salud las diferentes actividades que realizan los trabajadores de salud y comunidad organizadas, describiendo las características socio demográficas más importantes de las embarazadas brindando información de la población en estudio.

En el Plan de Parto es un instrumento que promueve la participación de las familias y personal médico en las zonas más alejadas dando conocimientos importantes a la pareja para reconocer los signos de peligros en una maternidad segura disminuyendo las tres demoras.

Acercando los servicios de salud al núcleo familiar que son el niño y la madre parte fundamental de las familias, medidas por el mismo instrumento de Plan de Parto en la disminución de las muertes maternas y perinatales

Los planes de parto se han comprobado que son una herramienta excelente para que la mujer reciba información, se facilita la comunicación con la comunidad y la mujer adquiere un papel activo.

En el municipio de Mozote desde el año 2003 no hay muertes maternas sin embargo en el SILAIS se reportan 4 muertes maternas y a nivel nacional 90, en el estudio se destaca lo más importante, de que las mujeres son de zona rural con primaria incompleta y presentan algún grado de desnutrición y se verifico que tanto el personal médico como comunitario tenía conocimiento sobre plan de parto

La estrategia de plan de parto en Nicaragua proporciona al personal de salud que labora en las unidades de salud (médico, enfermeras, enfermera obstetras) y agentes comunitarios de salud (parteras, brigadistas, promotores, consejo de líderes etc.), herramientas necesarias para promover y ejecutar paso a paso con la mujer embarazadas su pareja, familia y la comunidad generando en ella la responsabilidad de la preparación anticipada así como la búsqueda de atención en salud oportuna ante cualquier signo de complicación, en el embarazo, puerperio y recién nacido principalmente en los territorios donde la accesibilidad de los servicios de salud son categorizados con acceso (C) en donde la dispersión de la familia supera 5 kilómetros y a la unidad de salud 15 kilómetros reforzando la vigilancia comunitaria, actitudes personales.

I. INTRODUCCION

Antes de la instauración del parto hospitalario, existía el que considero el plan de parto "en estado puro". Este consistía en organizar la casa para el nacimiento, concretar que familiar iría a buscar a la comadrona o partera, que familiares estarían presentes.

En los años 70 con la instauración del parto hospitalario, aparecieron sobretodo en el mundo anglosajón los planes de parto como herramienta reivindicativa. Entre sus contenidos encontramos principalmente tres bloques:

- Peticiones sobre derechos de las mujeres.
- Peticiones sobre prácticas clínicas.
- Preferencias sobre el nacimiento.

Los planes de parto se han comprobado que son una herramienta excelente para que la mujer reciba información, se facilita la comunicación con la comunidad y la mujer adquiere un papel activo.

La estrategia de plan de parto en Nicaragua proporciona al personal de salud que labora en la unidades de salud (medico, enfermeras, enfermera obstetras) y agentes comunitarios de salud (parteras, brigadistas, promotores, consejo de líderes etc.), herramientas necesarias para promover y ejecutar pasos a pasos con la mujer embarazadas su pareja, familia y la comunidad generando en ella la responsabilidad de la preparación anticipada así como la búsqueda de atención en salud oportuna ante cualquier signo de complicación, en el embarazo, puerperio y recién nacido principalmente en los territorios donde la accesibilidad de los servicios de salud son categorizados con acceso (C) en donde la dispersión de la familia supera 5 kilómetros y a la unidad de salud 15 kilómetros reforzando la vigilancia comunitaria, actitudes personales.

Los tres pilares fundamentales de la estrategia son: la maternidad segura, las tres demoras y la organización y participación comunitaria.

Esta estrategia se implementó en nuestro municipio desde el año 2006, junto con la pareja en la consulta y posteriormente con la red comunitaria que vigila e identificar oportunamente factores de riesgo y/o signos de peligro inicialmente desde los grupos de riesgo y personal comunitario para su abordaje oportuno.

En el municipio mensualmente se reportan en el censo de embarazadas 90 mujeres en estado gravídico y 10 en el censo de embarazadas de inasistente los logros han sido significativo en la cual no se han presentado muertes maternas y solamente 5% de mortalidad perinatal con la aperturas de casas maternas como parte del instrumento de plan parto se ha mejorado el parto institucional en 90% de coberturas en el municipio de Mozonte .

ANTECEDENTES:

23va Conferencia Sanitaria Panamericana 1990, Se aprobó la ejecución del plan regional para la reducción de la mortalidad materna.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo 1994: Recomienda a los gobiernos e instituciones internacionales fortalecer los esfuerzos para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Los objetivos del Milenio: Firma Internacional de las Naciones Unidas para la reducción de la mortalidad materna, 2004.

Los lineamientos de Política Nacional de Salud en el año 2002 es, llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, insertando la estrategia del plan de parto para disminuir las muertes neonatales y maternas, así como las que tienen mayores dificultad de acceso y la gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el que hacer del sector salud. A partir del años 2003 se inicia con la vigilancia activa de las embarazadas con censos para vigilar y disminuir muertes maternas ya que en el 2002 hubo una y además 8 muertes perinatales, por lo que a partir del año 2007 se inicia con el plan de parto en cada una de las comunidades integrando la familia, el esposo y la comunidad.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario 2007 jugando un roll en el componente extramuros del modelo con la visitas casa a casa fortaleciendo la red comunitaria, modelo de atención en función de las necesidades de la población con énfasis en la Promoción y Prevención que trasciende la atención a la persona, su enfoque es familiar y comunitario que incluye el ambiente.

Que la ley N. 423 Ley general de salud en su artículo 4. Rectoría, señala que corresponde al ministerio de salud rector del sector, organizar, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones de salud, sin perjuicio de los funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud en concordancia con la dispuesto en los disposiciones legales especiales y el decreto n. 001-2003 Art. 19 numeral 17, establece articulo 19. Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrolla las siguientes actividades 17

elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, prevención de la salud

El lanzamiento de la estrategia como plan de parto en 1987. Nicaragua incluye la prevención de la Mortalidad Materna en sus Políticas de Salud, establecidos en el Plan Maestro (1991 - 1996). Se realiza evaluación mundial en 1997 encontró que los resultados poco alentadores en la mayoría de los países.

A partir de 2007 en Nicaragua el MINSA implementó el Sistema de Vigilancia de lucha contra la Mortalidad Materna en el ámbito nacional, dando repuesta al mejoramiento en el registro censo de las embarazadas y disminución de las muertes perinatales. Se realizan diferentes evaluaciones en los SILAIS de zonas especiales como, Jinotega, Matagalpa y la costa Caribe el cual revela disminución de la mortalidad materna con la aplicación de la estrategia

La mayoría de los gobiernos de América asumen en compromiso dentro de ellos Nicaragua.

La Política y Plan Nacional de Salud 2004 – 2015: con una mortalidad materna del SILAIS Nueva Segovia de 4 muertes y a nivel nacional de 90 muertes, las Políticas de salud y nuevo Modelo de salud familiar y comunitario, con enfoque en participación social y plan de parto 2007 son un reto en cada una de las unidades de salud con la estrategia que se desarrolla.

Específicamente en el Municipio se implementa la estrategia plan de parto en el centro de salud en 8 comunidades de 21 que cuenta, a partir del año 2010, consta con una población de 7769 habitantes y 222 embarazos esperados.

Los indicadores de daño en el 2010 en este centro de salud son: 4 muertes neonatales precoces y 1 obito y ninguna muerte materna.

III. JUSTIFICACION

El presente estudio propone evidenciar que la estrategia de plan de parto da resultados positivos en la reducción de la mortalidad materno infantil aplicando la herramientas en las comunidades de difícil acceso llegando de esta manera en la parte preventiva a cada uno de los núcleos familiares y posteriormente a la embarazadas, en la unidad de salud dando las pautas en la preparación de la atención de su parto tanto en el apego materno y paterno y evitando cualquier complicación durante su estado gravídico

La comunidad involucrada y organizada es capaz de brindar acompañamiento con previas capacitaciones recibidas, a cada mujer embarazada y familias, así como también la creación de brigadas de transporte en cada comunidad al momento que se presente alguna complicación obstétrica actuando con prontitud, lo que ayudara a evitar una muerte materna o perinatal

Con la intervención de la estrategia y los resultados se evidenciara la importancia de esta herramienta en las zonas donde la accesibilidad geográfica es un factor determinante para la vida de cada mujer y de cada recién nacido sirviendo a las instituciones del MINSA sea aplicada en los territorios de difícil acceso y organismos afines a las actividades propias del nucleó familiar.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se derivan las siguientes interrogantes.

¿Cuáles son las características socio demográficas de las mujeres en estudio?

¿Cómo es la participación de la pareja, la familia en la comunidad, en las decisiones sobre salud reproductivas?

¿Cuál es la accesibilidad de las embarazadas y puérperas que tienen a una unidad de salud bajo la estrategia del Plan de Parto?

La pregunta del estudio es la siguiente:

¿Cómo ha sido la implementación del Plan de Parto en la reducción de la mortalidad materna perinatal en el Centro de Salud Héroes y Mártires del municipio de Mozonte, Nueva. Segovia. Julio del 2010 a Julio del 2011?

III. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Evaluar la implementación de la Estrategia del Plan de Parto para la maternidad segura en el centro de Salud de Héroes y Mártires de Nueva Segovia, municipio de Mozote, Nueva Segovia, Nicaragua durante el año 2010-2011.

5.2. Objetivos Específicos:

1. Conocer las características socio demográficas de las mujeres en las cuales se implementó el Plan Parto.
2. Valorar la participación de la pareja, la familia y la comunidad en las decisiones sobre salud reproductiva con respecto al Plan de Parto.
3. Identificar la accesibilidad que tienen las embarazadas, púerperas a la unidad de salud bajo la estrategia del Plan de parto

VI. MARCO DE REFERENCIA.

El Plan de Parto:

Es una estrategia comunitaria promovida por el Ministerio de Salud donde la mujer, su pareja y su familia preparan las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, apoyado por el personal de salud, sociedad civil, las organizaciones y comunidad organizada.

Finalidad del Plan de Parto

Preservar o salvar vidas de las mujeres embarazadas y del recién nacido a través de la participación activa de la mujer embarazada, su pareja, la familia, la comunidad y el personal de salud.

Objetivos del plan de parto:

1. Mejorar la salud materna y perinatal, fomentando la participación de la pareja, la familia y la comunidad en las decisiones sobre la salud reproductiva a través de:
 - Mejorar el uso de los servicios de salud en la Atención Pre Natal;
 - Mejorar el uso de los servicios de salud para la Atención del Parto;
 - Mejorar el uso de los servicios de salud para la Atención del Puerperio;
 - Mejorar el uso de Métodos Anticonceptivos en el posparto.

2. Facilitar el acceso a la unidades de salud para la demanda de atención con calidad y calidez durante el período de gestación, el parto, puerperio o una complicación obstétrica o del recién nacido, reduciendo las barreras de la primera y segunda demoras; con la participación de la pareja, la familia y la comunidad mediante:
 - El fortalecimiento de las formas organizativas a nivel de la comunidad;
 - La colaboración entre los voluntarios comunitarios y el personal de salud;

- El reconocimiento oportuno de los Signos de Peligro en la gestación, parto y posparto;
- El seguimiento a las decisiones de la pareja de su Plan de Parto;
- Fortalecimiento de las Brigadas de Transporte de Emergencia (BTE),
- Establecimiento de Fondos de Ahorros Comunitaria o Familiares;
- Fomentando el uso de las Casas Materna.

Bases del Plan de Parto

Maternidad Segura: La estrategia se basa en los cuatros pilares en que la “Maternidad Segura” iniciativa dada a conocer mundialmente desde 1987 en Nairobi; y el Modelo la Tres Demora.

Es por esto que el Plan de Parto promueve acciones que incrementan la cobertura en la atención prenatal oportuna, un parto limpio y seguro, el acceso a los cuidados obstétricos esenciales y el espaciamiento de las gestaciones (planificación familiar) ofertados en la unidad de salud.

Planificación Familiar pretende asegurar que las mujeres y las parejas dispongan de información y servicios para planificar el tiempo, el número y el distanciamiento entre los embarazos.

Con la Atención Prenatal se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de las posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible.

Con la realización de un Parto Limpio se pretende garantizar que toda persona que atiende partos tenga los conocimientos, las actitudes y el equipo necesario para realizarlo en forma limpia y segura y pueda proveer los cuidados de postparto para la madre y el bebe los Cuidados Obstétricos Esenciales deben garantizar los cuidados básicos que requieren las gestaciones con riesgos y complicaciones y estén disponibles para todas las mujeres que lo necesiten.

Modelo de las Tres Demoras

Demora 1: Tomar la decisión de buscar ayuda. La decisión de buscar ayuda es el primer Paso si una mujer con una complicación Quiere recibir cuidados

obstétricos. Esta Decisión puede estar influenciada por muchos factores. Primero, que la mujer o su familia o la partera tengan la capacidad de reconocer que tiene una complicación que amenaza la vida de la mujer.

También debe saber dónde acudir en busca de ayuda. El personal médico frecuentemente asume que la falta de información en la comunidad es el mayor obstáculo para obtener tratamiento. En una situación dada, esto puede que no sea verdad. Puede ser que las personas saben cuando buscar ayuda, pero escogen no ir a un hospital, porque saben que no hay médicos con habilidades obstétricas. Los factores culturales juegan un papel importante en tomar la decisión de buscar ayuda.

Demora 2: Llegando a la instalación médica.

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la instalación donde se le puede brindar ayuda obstétrica. La accesibilidad a las instalaciones de salud por lo tanto influenciará la demora en este paso. La accesibilidad es una función de distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo. La accesibilidad puede ser también, función de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud. Por ejemplo, la distancia a una unidad de salud que brinda atención obstétrica aumenta, si el personal de salud no puede ofrecer servicios básicos en atención obstétrica.

Demora 3: Recibiendo tratamiento.

Es importante recordar que la mayoría de las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobre pasado las barreras de las demoras 1 y 2. La provisión de la atención obstétrica de emergencia depende de un número de factores, incluyendo el número de personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros y la condición general de la instalación. Además existe un elemento crucial, el de la administración. Una instalación puede tener todo su personal y suministros requeridos y aun así brindar un mal servicio.

Estrategias en la implementación del Plan de Parto

1. Basado en la comunidad: La participación de la mujer, familia y la comunidad como protagonistas del cuidado de la salud de la embarazada y el recién nacido a través del desarrollo de capacidades para la promoción del auto cuidado de la salud. Se pretende que los actores comunitarios junto a la mujer y la familia, fortalezcan las formas organizativas de resolver los problemas de salud relacionadas a la gestación y al nacimiento.

2. Consejería: La consejería es un componente clave para lograr cambios de comportamiento y se basa en la comunicación interpersonal. Los compromisos para mejorar prácticas se logran sobre la base de un proceso de negociación, donde es la mujer embarazada y su pareja u otro miembro de la familia quien decide las acciones o cuidados más factibles a poner en práctica.

Los posibles compromisos de la embarazada con su pareja o familiar dentro del Plan de Parto es un permanente y gradual proceso de negociación guiado por el personal de salud o el voluntario comunitario.

3. Capacitación: Está basada en los principios de la educación de adultos, toma en cuenta las experiencias y saber previo. El aprendizaje se enfatiza en enriquecer los conocimientos culturales y sociales del adulto.

La capacitación fomenta en el personal de salud y voluntario el desarrollo de las destrezas de comunicación, negociación y consejería que garanticen el fortalecimiento de las prácticas apropiadas para el cuidado de la salud de la mujer embarazada y el recién nacido.

Los contenidos aseguran el enriquecimiento, perfeccionamiento de las experiencias, el desarrollo de habilidades, adquisición de destrezas, participación activa de los involucrados y la puesta en práctica de lo aprendido, motivando a mejorar su desempeño.

4. Intersectorialidad: La coordinación local, con organizaciones gubernamentales (alcaldías, autoridades locales), no gubernamentales (ONG), Organizaciones Privadas Voluntarias (OPV) y organizaciones de la propia comunidad en las diferentes etapas de implementación del Plan de Parto, es una estrategia clave para el desarrollo y sostenibilidad de las acciones.

Actividades del Plan de Parto para la Maternidad Segura

Con la implementación del Plan de Parto se desarrollan habilidades y aptitudes en la mujer embarazada, la familia y los actores de la comunidad (líderes, promotores, parteras, alcaldes, etc.) para el cuidado de la salud de la mujer y el recién nacido, por lo tanto es necesario realizar las siguientes acciones:

a. Organización y Participación Comunitaria

La estrategia desarrolla acciones encaminadas a fortalecer o mejorar la respuesta de la comunidad en el cuidado de la salud de la mujer embarazada y el recién nacido; disminuir las barreras de la primera y segunda demora; y como actuar en situaciones de emergencia.

Comité Comunitario: El comité comunitario forma parte de la organización de la comunidad y debe ser el responsable en conjunto con la unidad de salud y los gobiernos locales de promover y coordinar las acciones orientadas a mejorar el estado de salud de sus pobladores y del desarrollo social comunitario. La acreditación o reconocimiento oficial de los comités comunitarios por las autoridades municipales y departamentales se considera el inicio para la sostenibilidad.

Los miembros del comité deben ser electos por la comunidad, y debe estar integrada por personas respetadas, influyentes, conocidas, motivadas y con tiempo disponible para asumir las responsabilidades. Ellos trabajaran como voluntarios y cada cargo debe tener sus funciones bien definidas. El comité ayudará a mediar en los conflictos que se presente y servir de enlace entre la comunidad y las diferentes estructuras de cuidado médico, sean estos puestos o centros de salud, casa materna u hospitales. El comité debe tener presidente,

vicepresidente, secretario, tesorero, responsable de transporte, mediador, parteras, brigadistas.

Brigada de Transporte (BTE): El responsable de la BTE forma parte del Comité Comunitario. Demasiadas mujeres mueren por complicaciones graves durante el embarazo, el parto o justo después del parto, muchas de ellas por que no tienen acceso a medios de transporte que puedan llevarlas al lugar donde ofrezcan el nivel de cuidado médico adecuado para sus problemas. Esta BTE debe funcionar en cualquier momento, porque las emergencias obstétricas son difícilmente previsibles. Los facilitadores en las comunidades, las parteras, las brigadistas y los comités de salud trabajarán juntos para poner en pie las BTE. Toda comunidad debe contar con una BTE y cada familia de embarazada ha de tener un plan para tener acceso a la BTE por si se le presentan complicaciones.

Fondos de Ahorro: Esta actividad puede estar a cargo del tesorero del comité comunitario. Estos fondos de ahorro para la comunidad pueden establecerse de diversas maneras, y la manera depende de cada comunidad particular involucrada. La meta para este tipo de fondos es tener una cantidad de dinero disponible para que las mujeres embarazadas puedan utilizarlo en caso de una emergencia.

Los elementos más importantes que hay que tomar en cuenta cuando se establece un fondo son los siguientes:

- Un sistema de gestión (incluyendo a un comité que será responsable),
- Maneras de contribuir (quién, cómo, cuánto, cuándo),
- Los métodos para poder usar el dinero (quién, cómo, cuánto, por cuál razón), y los derechos y privilegios de los miembros que contribuyen.

b. Plan de Parto:

El Plan de Parto, promueve la atención prenatales, del parto y el puerperio, hay que recordar que el plan de parto no es llenar la ficha, si no desarrollar con la mujer embarazada y la familia un proceso de negociación sobre decisiones

(acciones) que están encaminadas a disminuir los riesgos y contribuyan a la buena evolución de la gestación, el parto y puerperio.

Plan de Parto: Es preparar todo lo que se necesitará en el embarazo, parto y puerperio, donde participan la embarazada, la familia, el personal de salud y la comunidad.

El plan de parto les permite a la mujer y la familia prever las decisiones y condiciones necesarias para la atención del parto y qué hacer ante la ocurrencia de una complicación; se basa entonces, en una serie de decisiones que se tendrán que tomar conforme transcurre el embarazo, facilitado por el personal de salud y los voluntarios.

Para realizar el Plan de Parto el personal de salud y los voluntarios, se apoyarán en una Ficha que facilita el registro de las decisiones tomadas, estas decisiones incluye:

Cuándo se realizará los controles?; Dónde se atenderá el parto?; En qué hará su traslado o viaje?; Quién la acompañará de su casa, cuando vaya al parto?; Cuándo se trasladará para su parto?; Dónde se hospedarán mientras inicia su parto?; Está en coordinación con la Brigada de Transporte de Emergencia?; Tiene preparada la ropa, sábanas, pañales y otras cosas para el recién nacido; etc.

c. Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC)

Planificación Familiar: debe asegurar que las mujeres y las parejas dispongan de información y servicios en la comunidad para planificar el tiempo, el número y el distanciamiento entre los embarazos.

La ECMAC facilita el acceso a la información y los métodos anticonceptivos a las comunidades de difícil acceso. Involucra todo un proceso de consenso y negociación entre la comunidad y la unidad de salud.

Tomando en cuenta lo anterior, para la implementación del Plan de Parto en la comunidad deben considerarse los siguientes pasos:

1. Reunión intersectorial municipal:

En esta actividad se convoca a las autoridades municipales, representantes de instituciones y organizaciones para presentar la estrategia con el fin de integrarlos en el plan de intervención.

2. Coordinar la asamblea comunitaria con los líderes o actores sociales:

El personal de salud visita en la comunidad a los líderes comunitarios, explica y comparte la estrategia de Plan de Parto

3. Realización de la Asamblea comunitaria:

Esta la conduce el personal de salud en coordinación con los voluntarios, los puntos de agenda deben incluir:

- a) Situación de Salud de la comunidad
- b) Identificación de Problemas de Salud
- c) Presentación de la estrategia
- d) Selección de voluntarios y conformación de comité
- e) Acuerdos y Compromisos (Fijar fecha de capacitación)

4. Capacitación a Voluntarios

5. Organización de la comunidad para el Plan de Parto:

- a) Conformar la brigada de transporte
- b) Conformar el comité de ahorro.
- c) Identificar y localizar a las embarazadas de la comunidad
- d) Elaborar el plan de promoción de la casa materna

6. Captación, Negociación y Referencia.

7. Seguimiento al Plan de Parto

8. Evaluación del Plan de Parto en la comunidad

Instrumentos del Plan de Parto:

1. Registro comunitario del Plan de Parto
2. Registro Diario de Actividades Comunitarias del SICO
3. Reporte Mensual Institucional del Plan de Parto
4. Resumen Cronológico del Plan de Parto
5. Guía para la visita de Acompañamiento
6. Lista de verificación del llenado de la ficha del Plan de Parto

Situación de la muerte materna:

A la fecha la mortalidad materna es un problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo y principalmente en el nuestro.

En América Latina y el Caribe, se calculan que la razón de la Mortalidad Materna es de 190 casos por 100,000 nacidos vivos reportados, siendo esto un impacto negativo para las familias, comunidades y el desarrollo social.

En Nicaragua, la razón de Mortalidad Materna ha oscilado desde 190 por 100,000 nacidos vivos reportados en 1977, 150 casos por 100,000 nacidos vivos reportados en 1989, para luego oscilar entre 121 y 80 entre los años 2007-2010.

Los SILAIS por sus estadísticas de control, en los cuales se han registraron mayores tasas de mortalidad materna durante los últimos años han sido siempre: Jinotega, Región Autónoma del Atlántico Norte, región Autónoma del Atlántico Sur, Chontales, Río San Juan y Matagalpa.

En los últimos años el 71 % de las muertes registradas eran procedente del sector rural, el 67 % fueron muertes maternas obstétricas directas, siendo sus principales causas por orden de importancia: Hemorragias por retención placentaria, Síndrome Hipertensión Estacional y Sepsis.

Los principales factores asociados a la Mortalidad Materna en Nicaragua son:

- Factores culturales que determinan roles de la pareja y la familia que no contribuyen a la búsqueda de atención de los servicios de salud, incluyendo el machismo que es más frecuente en la zona rural.
- La difícil accesibilidad geográfica a las unidades de salud, que se agudiza como problema por la falta de medios de transporte.
- Altos niveles de pobreza.
- Bajos niveles de escolaridad.
- Falta de seguimiento institucional a la organización comunitaria.
- Problemas de calidad de la atención en los servicios de salud.

En el SILAIS de Nueva Segovia durante el 2008 las muertes maternas fueron 6, mientras que en el 2009 fue de 5 muertes maternas, En el Municipio de Mozonte Nueva Segovia, desde el año 2005 no se han presentados muertes maternas pero si se presentan complicaciones durante el embarazo como amenaza de parto prematuro, retención de placenta y pacientes que aun reúsan a tener su parto en una unidad de salud que representa un factor de riesgo muy alto por las características del territorio.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de estudio:

El presente estudio fue desarrollado en el centro de Salud Héroes y Mártires de Nueva Segovia, del municipio de Mozonte, Nueva Segovia donde se está implementando la estrategia del Plan de Parto desde el año 2009. Este centro de salud consta con 21 comunidades, organizadas administrativamente con el modelo de salud familiar y comunitaria en cinco sectores familiares y comunitarios. Su población es de 7769 habitantes. Solamente 10 comunidades tienen acceso al puesto de salud a menos de 1 hora, las otras 11 oscilan entre 2 y 8 horas de camino. Las vías de penetración son a pié o en bestia.

Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo cuantitativo de evaluación de programa con enfoque en la implementación de la estrategia de Plan de Parto para la maternidad segura en el centro de salud municipio de Mozonte Departamento de Nueva Segovia, Nicaragua de julio del 2010 a julio del 2011.

Universo:

Estuvo conformado por 90 mujeres embarazadas de los 5 sectores del centro de salud Héroes y mártires de Nueva Segovia, municipio de Mozonte, Nueva Segovia, en las que se ha implementado la estrategia del plan de parto para la maternidad segura.

Muestra:

- ▶ Fueron las mujeres embarazadas que ingresaron a la estrategia de plan de parto de julio 2010 a julio del 2011 y que finalizaron su embarazo durante el mismo año, con el fin de medir resultados esperados de la estrategia. Se eligió la muestra por conveniencia un total de 37 Embarazadas.

Unidad de Análisis:

Estuvo representada por las mujeres embarazadas en las que se implementó plan de parto, iniciando y finalizado su embarazo en Julio del 2011.

Unidad de Observación:

Centro de Salud Héroes y Mártires de Nueva Segovia

Fuente de información: primaria

- Mujeres embarazadas

Fuente de información secundaria

- Datos estadísticos del programa.
- Instrumentos del programa
- Expedientes Clínicos

Variables:

- ✓ Características Socio demográficas:
 - Edad
 - Religión
 - Estado civil
 - Escolaridad
 - Ocupación
 - Estado nutricional.
- ✓ La participación de la pareja, la familia y la comunidad en las decisiones sobre la salud reproductiva
 - Mujeres embarazadas con riesgo reproductivo
 - Parejas con conocimientos sobre riesgo reproductivo
 - Personal de salud que realiza seguimiento de las estrategias del Plan de Parto
 - Personal comunitario capacitado en plan de parto
- ✓ Accesibilidad de las embarazadas y puérperas que tienen a una unidad de salud bajo la estrategia de plan de Parto
 - Porcentaje de aplicación de estándares prenatal calificada
 - Tiempo en llegada a la unidad de salud

- Atención del parto institucional
- Puérperas Atendidas en unidad de salud
- Puérperas que usan un método moderno de anticoncepción
- Muertes maternas
- Muertes perinatales
- Óbitos fetales

Criterios de Selección:

Criterios de inclusión:

Mujeres embarazadas de los sectores del centro de salud del municipio de Mozonte, en los que se implementa el plan parto, ingresadas al control prenatal de julio del 2010 a Julio del 2011.

Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas de otras unidades de salud.
- Mujeres en las que no se haya implementado plan de parto.
- Mujeres embarazadas que solo están de visita en el Puesto de Salud.
- Mujeres no hayan iniciado embarazo en el 2010.

Fuente y obtención de datos:

Técnica: Entrevista a las embarazadas, puérperas y recopilación de información, revisión de expedientes clínicos y series cronológicas del año 2010 y 2011.

Instrumento: Encuestas con preguntas cerradas

Procesamiento de datos:

Se proceso en una matriz automatizada Epi info y excel con los datos obtenidos de la Ficha de recolección de datos, levantada de pacientes y otros medios de verificación de la información.

Análisis de datos:

El análisis estadístico de los datos se realizo a partir de los números absolutos, porcentajes, los cuales serán presentados en tablas y gráficos.

Trabajo de Campo:

Se realizó en la Unidad de salud Héroes Y Mártires de Nueva Segovia MINSA Mozonte mediante la aplicación de la ficha de recolección de datos previamente diseñada.

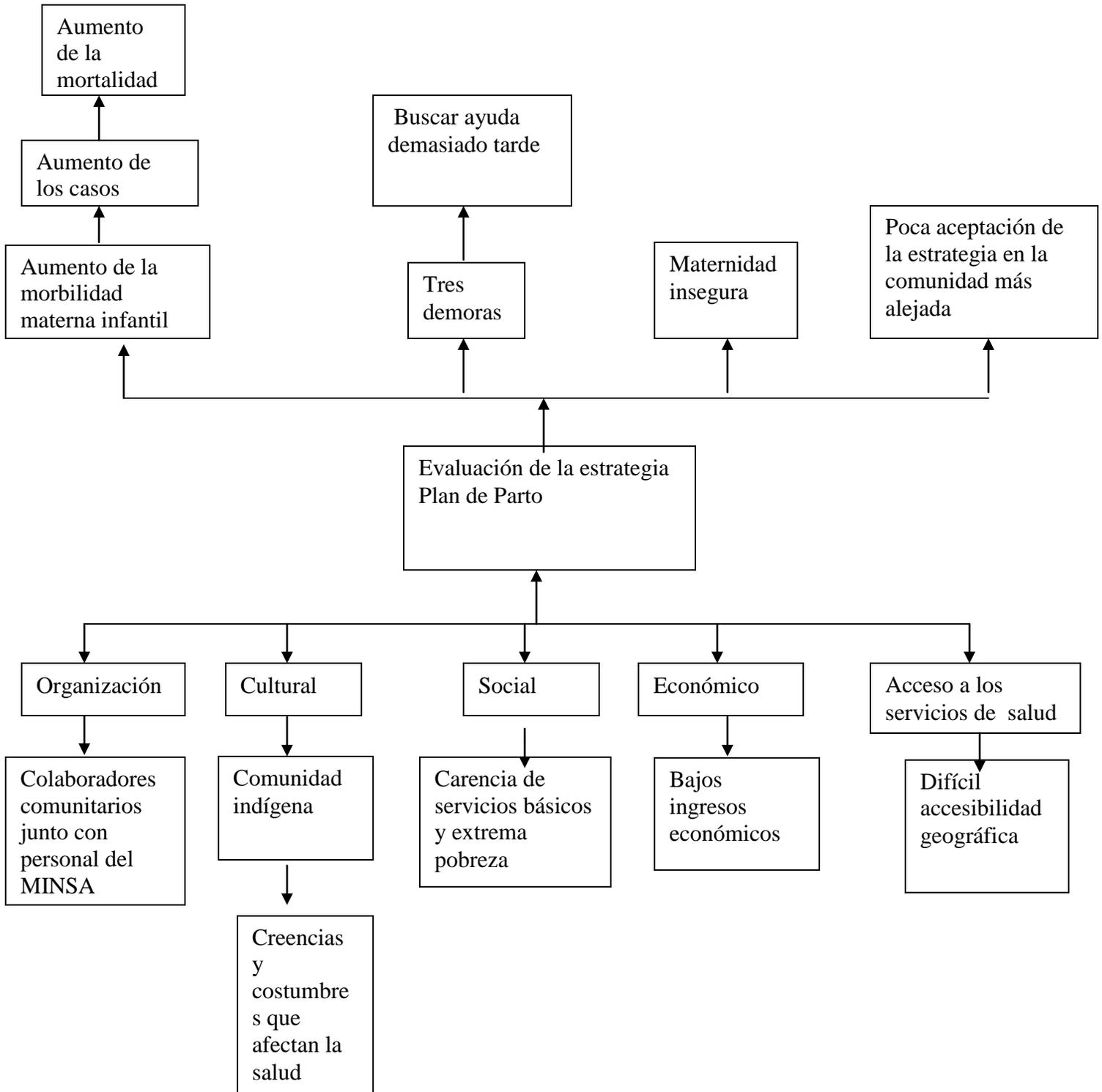
Variables y su Operacionalizacion

Objetivos específicos	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	VALORES	ESCALA
Objetivos # 1 Conocer las características socio demográficas de las mujeres en las cuales se implementó el plan de parto.	Edad.-	Se expresa como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento de referencia.	Años Cumplidos	1, 2, 3, 4, 5,....	Continua
	Religión	Valores espirituales de cada persona según su origen de cada familia	Tendencia de sectas	atólico Evangelica Mormon Testigos de jehova	_____
	Estado Civil.-	Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia.	Situación Jurídica	- Soltero(a) -Casado(a) -Unión libre -Divorciado(a) -Viudo	Nominal
	Escolaridad.-	Ultimo grado en años cursado en el sistema de educación formal.	Años de estudio	- Primaria incompleta - primaria completa -Secundaria incompleta -secundaria completa -técnico -Universitario	Nominal
	Ocupación.-	Es el tipo de labor o trabajo que una persona realiza al momento de referencia.	Características Biológicas	-Ama de casa -Maestra -Secretaria - Otros	Nominal
	Procedencia.	Lugar que reside actualmente la persona al momento de la entrevista.	Kilómetros	1 KM 2 KM 3 KM 4 KM	Nominal

Objetivo # 2 Valorar la salud materna y perinatal, con la participación de la pareja, familia y la comunidad en las decisiones sobre la salud reproductiva	Mujeres embarazadas con riesgo reproductivo	Embarazadas que presentan uno o más situaciones especiales que ponen en peligro la vida del niño y la madre	Riesgo	Riesgo real Riesgo relativo	
	Parejas con conocimientos sobre riesgo reproductivo	Aprendizaje sobre la estrategia de plan de parto	Familias	Si NO No sabe	
	Personal de salud con seguimiento en la estrategia de Plan de Parto	Personal de salud capacitado en brindar educación en la estrategia con plan de parto	personal de salud	Si No No sabe	Nominal
	Personal comunitario capacitado en plan de parto	Personal capacitado en brindar educación en la estrategia con plan de parto	Personal comunitario	Sin plan de parto Con plan de parto	Nominal
Objetivo # 3 Identificar el acceso a la unidad de salud para la demanda de atención con calidad y calidez durante el periodo de gestación, parto, puerperio o una complicación obstétrica o del recién nacido reduciendo la barrera de la primera y segunda demora	Porcentaje de aplicación de estándares prenatal calificada	Embarazadas que se les aplica los estándares de calidad en cada una de sus atenciones	Con estándares de calidad Sin estándares de calidad	Con estándares de calidad Sin estándares de calidad	Nominal
	Tiempo de llegar a la unidad de salud	Es la distancia que existe de la unidad de salud a cualquier casa de un lugar determinado	Partos institucionales Partos domiciliarios	De 1 hora De 1-3 horas	Nominal
	Atención del parto institucional	Embarazadas que son atendidas su parto en una unidad de salud	Atención inmediata del recién nacido	Institucional Domiciliar	Nominal
	Puérperas Atendidas en	Puérperas que son atendidas	Atención al	Puerperio mediato	

	unidad de salud	en las unidad de salud	niño	Puerperio tardío	
	Puérperas que usan un método moderno de anticoncepción	Programas de Métodos anticonceptivos a todas las mujeres en edad fértil	Planificación post evento obstétrico	Si NO No sabe	
	Muertes maternas	Suceso que por complicaciones durante el embarazo fallece la mujer	fallecido	Si No	
	Muertes perinatales	Sucesos que por complicaciones durante el parto fallece el producto	Fallecido	Si NO	
	Obitos fetales	Alteraciones patológicas durante el embarazo.	Mujeres embarazadas	Si No	

Modelo explicativo Plan de parto



VIII. Resultados

8.1) La edad de los pacientes en estudio estuvieron comprendidos entre la edades de 16 a 34 años, Siendo la media de edad de 20-28 años de los cuales el 38% corresponde a 16-19 años, 46% corresponde a 20-28 años y de 29-34 años 18.8%. (Ver tabla N° 1)

8.1) En la mujeres embarazadas según la religión se encontró que el 89.2% (33) son católicos y que el 10.8% (17) son evangélicas (Ver tabla 2)

8.1) De acuerdo a la variables del estado civil la población estudiada se distribuye de la siguiente manera acompañada 83.8% (31), casadas 2.7% (1) y soltero 13.5% (5). (Ver tabla N° 3)

8.1) Referente al nivel de escolaridad el 5.4% (2) corresponde analfabetismo, el 16.2% (6) primaria completa y 78.4% (29) corresponde a primaria incompleta. (Ver tabla N° 4)

8.1) En la ocupación de las embarazadas son el 100% (37) amas de casa (Ver tabla N° 5)

8.1) Según el estado nutricional de las embarazadas el 5.4% (2) esta desnutrida y el 94.6% (35) estado nutricional normal. (Ver tabla N° 6)

8.2) De acuerdo a las variables del estado civil y riesgo reproductivo se encontró con riesgo real (29) y potencial (2), los cuales están distribuidos de la siguiente manera: Acompañados (31) y las embarazadas solteras riesgo real (5). (Ver tabla N° 7)

8.2) con las variables de parejas con conocimientos sobre riesgo reproductivo se encontró que el 94.6% (35) si reconocían los riesgos y que el 5.4% (2) presentaron problemas para reconocerlos (Ver tabla N° 8)

8.2) con la variable sobre el seguimiento del personal de salud le da a la estrategia se encontró que el 100% de los trabajadores de la salud la aplican. (Ver tabla N° 9)

8.2) En lo que respecta al personal comunitario el 97% (36) se encuentra capacitado en plan de parto y evidencia dos mujeres desnutridas que se le indica seguimiento para evitar secuelas en el neonato y el 3% (1) no está capacitado. (Ver tabla N° 10).

8.3) En la aplicación de estándares a los expedientes de estudio, un expediente con una calificación de 76%, (7) expedientes con una calificación de 84% y (29) expedientes con una calificación de 92%. (Ver tabla N° 11)

8.3) Con respecto al tiempo de llegada a la unidad de salud el 40.5% (15) el tiempo es de 1-3 horas y el 59.5% (22) es menor de 1 hora. (Ver tabla N° 12)

8.3) En la variable de atención de parto institucional se encontró que el 97.3% (36) si se atendió en la unidad de salud, con solo el 2.7% (1) fue parto domiciliar (Ver tabla N° 13)

8.3) Las puérperas que se atendieron en la unidad de salud se identificaron con atención en puerperio mediato 100% (37) de los cuales tenemos en riesgo real (35) y potencial (2). (Ver tabla N° 13)

8.3) Lo que respecta a las puérperas que planifican el 97.3% (36) planifican con método anticonceptivos y el 2.7% (1) no. (Ver tabla N° 14)

8.3) De los casos de muerte perinatales se encontró 2 casos de los 37 expedientes en estudio no hay muerte materna ni óbitos fetales. (Ver tabla N° 15)

IX. Análisis de los resultados

9.1) El impacto mundial y los compromisos de países en disminuir las muertes maternas y perinatales, siendo afectado las embarazadas de zonas rurales por la accesibilidad a las unidades de salud lo que ha abierto las puertas para las estrategias de plan de parto y estos sean evaluados para determinar su utilidad, por que ha quedado demostrado que el arma fundamental para controlar las muertes maternas es la intervención integradas entre la comunidad y los proveedores de servicios de salud, resultando la participación activa de las embarazadas, facilitando el desarrollo de sus capacidades organizativas y cambios de comportamiento, para la elección de las alternativas en beneficio de la salud de la madre y su recién nacido, a fin de que sea una estrategia sostenible a nivel nacional, que facilite el acceso y utilización de los servicios de salud de forma oportuna, tanto para la atención del parto institucional como la atención de la salud de la madre y su recién nacido.

9.1) En las características del componente socio demográfico que la edad 16-19 años que son adolescentes es significativo, con lo que coincide con ENDESA. Que el inicio de vida sexual está entre las edades comprendidas y por tanto las embarazadas han aumentado.

9.1) En la religión la mayoría de las embarazadas son católicas por lo que es un factor determinante en la cultura y apego al núcleo familiar por tanto importante en el convencimiento de la estrategia

9.1) En cuanto al estado civil de las embarazadas se pudo observar que a los solteros o unió libre son los más frecuentes encontrados en el estudio lo que contrasta con otros estudios en los cuales el grupo predominante es el acompañado o unión libre.

9.1) Referente a la distribución según nivel de escolaridad en ella encontramos como datos característicos que a mayor nivel de escolaridad disminuyen los factores de riesgo en las embarazadas lo cual puede explicarse que a mayor nivel intercultural hay una correcta percepción de riesgo a que están expuesto lo cual coincide con otros estudios realizados.

9.1) En la ocupación de las embarazadas en estudio concuerda con la literatura ya que el total de mujeres son amas de casas dificultando la primera demora ya que ellas están a cargo del hogar lo que también evidencia ENDESA.

9.1) En lo referente al estado nutricional de las mujeres embarazadas se encontraron embarazadas con factor de riesgo de desnutrición, por lo que la literatura de plan de parto contempla fondos de ahorro para atacar cualquier problema de salud durante el embarazo.

9.2) Las mujeres embarazadas con riesgo reproductivo real fue evidente por lo que la estrategia se centra en las zonas rurales en donde los factores de riesgos aumentan según los conocimientos de la pareja.

9.2) Las parejas con gran conocimiento de la estrategia reconocen los signos de peligros durante el embarazo y acuden oportunamente disminuyendo la primera y segunda demora que son fundamental en la vida del niño y la madre.

9.2) Desde el inicio de la estrategia de plan de parto se capacita a los recursos humanos del MINSA y luego al personal comunitario lo que ha producido disminución de muertes maternas y perinatales realizando un trabajo coordinado con la comunidad e institución.

9.3) De acuerdo a la aplicación de los estándares de calidad materno infantil y plan de parto se encontró el cumplimiento en los expedientes estudiados lo que apoya un buen seguimiento y detección de los factores de riesgo, los cuales

coinciden en brindar atención con calidad a través del monitoreo, evaluación y seguimiento en las bases del plan de parto.

9.3) Con respecto a la accesibilidad a unidad de salud el tiempo de llegada es de 1-3 horas lo que aumenta las complicaciones ante un parto de ARO real esto coincide con la estrategia que las unidades de salud deben estar a 1 hora de camino como máximo, lo que disminuiría la primera y segunda demora de las embarazadas.

9.3) la atención del parto institucional según el estudio mejora la cobertura del parto en las unidades de salud demostrando ser una herramienta para tomar decisiones oportunas al término del embarazo.

9.3) La atención de los puerperios mediatos en las unidades de salud como revela el estudio fundamenta la sensibilización y promoción de la herramienta de plan de parto en cada una de las parejas creando un hábito de auto cuidado de su familia

9.3) Mostrar una alta cobertura en el estudio de planificación post evento obstétrico como parte del plan de parto ayudando y evidencia la disminución de parto en alto riesgo y previniendo embarazos con corto periodo intergenésico promoviendo una maternidad más segura.

9.3) Desde el inicio de la gestación se da seguimiento a las embarazadas con la herramienta de plan de parto y se encontró que ocurrieron dos muertes neonatales lo que identifica aun con la estrategia que el involucramiento de la comunidad con los pilares fundamentales del plan de parto debe crear más acciones de prevención de los factores de riesgos mas sin embargo no se encontró ni muerte materna ni óbito fetales.

X. Conclusiones

- 1) Las características socio demográficas de las embarazadas en estudios el grupo de edad que predomina fue de 16-19 años acompañadas, con nivel de primaria incompletas, aunque dos son analfabetas, practican la religión católica y proceden en su mayoría del área rural.

- 2) En cuanto a la participación de la pareja en la decisiones de salud reproductiva fue notorio que hubo disminución de las complicaciones obstétricas, el personal de salud cumplió en su mayoría con la aplicación del instrumento de seguimiento, según la estrategia del plan de parto. El personal comunitario participo activamente captando y refiriendo dos casos de embarazadas con desnutrición.

- 3) Existe evidencia que la mayoría de las embarazadas camina mas de una hora para llegar a la unidad de salud, teniendo como consecuencia que aun exista el primer tipo de demora, la mayor parte de las embarazadas tienen parto institucional, fueron ingresadas a control de puerperio y de su hijo, la totalidad también fue captada para planificación familiar, no hubo ninguna muerte materna ni óbito fetal, aunque se presento dos muertes perinatales

XI. Recomendaciones

A nivel del MINSA Central.

Continuar con la gestión de firmas de convenios con organismos en las estrategias que apoyen las actividades maternas infantiles con el objetivo de disminuir las tasas de mortalidad materna infantil.

A nivel del SILAIS.

Disponer de mayor número de recursos humanos médicos generales y enfermeras obstetras, para dar cobertura a las unidades de salud de difícil acceso geográfico e implementar estrategias de plan de parto.

A nivel de las unidades de salud.

Realizar monitoreo, evaluación y seguimiento continuo de las diferentes estrategias materno infantil para detectar el riesgo real de las embarazadas para su oportuna intervención.

Promover programas de seguridad alimentaria para disminuir la desnutrición.

Realizar coordinaciones con ONG. U otros organismos afines para realizar organización comunitaria a través del nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario en los problemas de salud materna infantil.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Plan regional para la reducción de la mortalidad materna, 23va Conferencia Sanitaria Panamericana, OPS 1990.
2. Conferencia internacional de población y desarrollo. OPS-OMS, El Cairo 1994.
3. Objetivos de desarrollo del milenio. Naciones unidas, 2004.
4. Política nacional de salud 2004-1015, Nicaragua. Ministerio de Salud.
5. Política nacional de salud Gobierno de reconciliación y unidad nacional 2009. Ministerio de Salud.
6. La mortalidad materna en Nicaragua, 2000-2002. Ipas de Nicaragua.
7. Boletín informativo de los años 2008 y 2009. Wiwilí Jinotega. Ministerio de Salud.
8. Constitución política de Nicaragua. Asamblea nacional 1987.
9. Ley General de Salud, Nicaragua. Gaceta No 91, diario oficial del estado, del 17 de Mayo 2002.
10. Manual del Facilitador en Salud .Módulo 5. Salud Materna: Un modelo para capacitar a promotores de salud .CARE Perú. Pág. 9, 12, 29. Julio 2002.
11. Nicaragua. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Maternidad Segura. Evaluación de Necesidades en los Servicios de Emergencias Obstétricas. En diez departamentos de Nicaragua. Managua. FNUAP, 2001.pag 26.
12. Nicaragua Ministerio de Salud. Indicadores Básicos de Salud. Minsa, 2002.
13. Nicaragua Ministerio de salud. Política Nacional de Salud 1997- 2002, pág. 68.
14. OPS/ OMS. Paquete Madre Bebé: Implementando la maternidad segura en los países. WHO/ FHE/ MSM / 94.11.
15. Nicaragua Ministerio de Salud. Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna. MINSA, 1996. 2, 7,9 p.
16. Nicaragua Ministerio de Salud. Pautas Generales para la organización y la Normatización de emergencias Obstétricas. MINSA, 1999. 14 p.

XIII. ANEXO

Tabla N° 1
Distribución por edad de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

10. Edad	Frecuencia	Porcentaje
16 – 19	14	38%
20 – 28	17	46%
29 – 34	6	18.8%
Total	37	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011.

Tabla N° 2
Distribución de la religión de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	33	89.2%
Evangélico	17	10.8%
Total	37	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011

Tabla N° 3
Distribución de la ocupación de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	37	100%
Total	37	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011

Tabla N° 4
Distribución por estado civil de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Acompañada	31	83.8%
Casada	1	2.7%
Soltera	5	13.5%
Total	37	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011.

Tabla N° 5
Distribución por escolaridad de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	5.4%
Primaria completa	6	16.2%
Primaria incompleta	29	78.4%
Total	37	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011.

Tabla N° 6
Distribución por estado nutricional de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrido menor de 19.8	2	5.4%
Normal 19.8-26	35	94.6 %
Total	37	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011

Tabla N° 7
Tabla de 2x2 estado civil con riesgo reproductivo de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

Estado civil	Riesgo reproductivo		
	Real	Potencial	Total
Acompañada	29	2	31
Casada	1	0	1
Soltera	5	0	5
Total	35	2	37

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011.

Tabla N° 8
Distribución de parejas con conocimientos sobre riesgo reproductivo, embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

Parejas conocimientos sobre riesgo reproductivo	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	94.6%
No	2	5.4 %
Total	37	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011

Tabla N° 9
Tabla de 2x2 personal de salud que realiza seguimiento
en plan de parto con estado nutricional de las
embarazadas en el estudio centro de salud Mozonte de
julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

	Estado nutricional		
	Desnutrido	Normal	Total
Personal de salud que realiza seguimiento de la estrategia de plan de parto	2	35	37
Total	2	35	37

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011.

Tabla N° 10
Distribución de personal comunitario capacitado en plan
de parto, embarazadas con plan de parto en el estudio
centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011
Nueva Segovia

Parejas conocimientos sobre riesgo reproductivo	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	97%
No	1	3 %
Total	37	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011

Tabla N° 11

Tabla de 2x2 porcentaje de estándares prenatales calificado con riesgo reproductivo de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

porcentaje de estándares prenatales calificado	Riesgo reproductivo		
	Real	potencial	Total
76%	1	0	1
84%	6	1	7
92%	28	1	29
Total	35	2	37

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011.

Tabla N° 12

Distribución por tiempo de llegar a la unidad de salud de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

Tiempo de llegada	Frecuencia	Porcentaje
1-3 horas	15	40.5%
Menor de 1 horas	22	59.5 %
Total	37	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011.

Tabla N° 13
Distribución de la atención del parto institucional en las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

3.2) Atención del parto institucional	Frecuencia	Porcentaje
No	1	2.7%
Si	36	97.3%
Total	37	100.0%

Tabla N° 14
Tabla de 2x2 puérperas atendidas en la unidad de salud con riesgo reproductivo de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

Puérperas atendidas en la unidad de salud	Riesgo reproductivo		
	Real	Potencial	Total
Puerperio mediato	35	2	37
Puerperio Tardío	0	0	0
Total	2	35	37

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011.

Tabla N° 15
Tabla de 2x2 puérperas atendidas en la unidad de salud con métodos de P/F post evento obstétrico de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

Puérperas atendidas en la unidad de salud	Puérperas que utilizan P/F post evento obstétrico		
	No	Si	Total
Puerperio mediato	0	36	36
Puerperio Tardío	1	0	1
Total	1	36	37

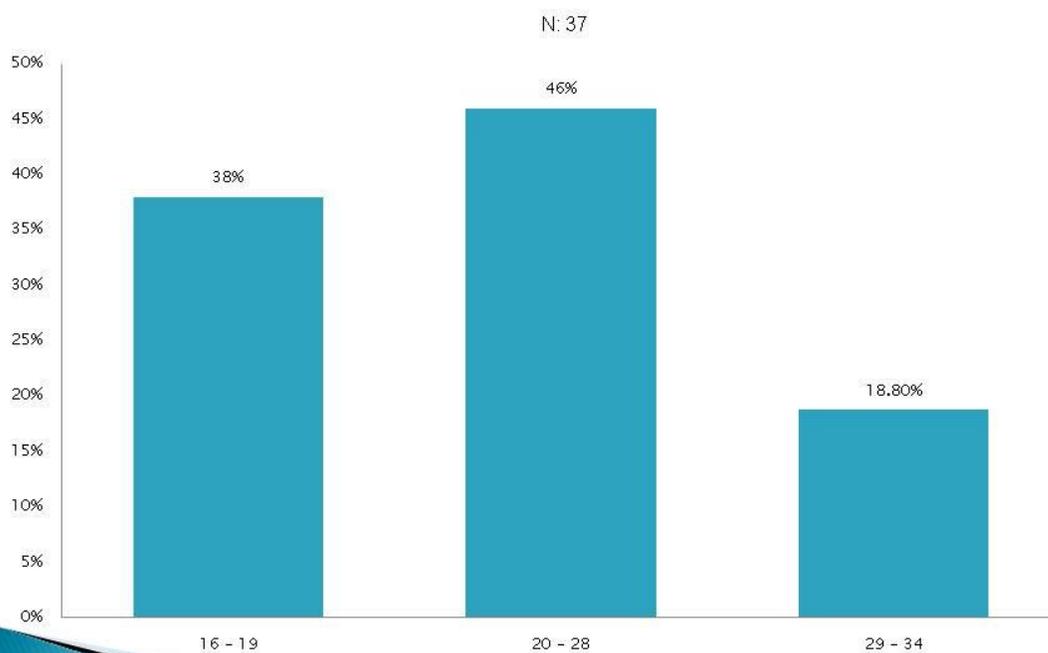
Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011.

Tabla N° 16
Tabla de 2x2 porcentaje de muertes maternas y perinatales de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

	Muerte materno infantil		
	Muertes perinatales	Muertes maternas	Total
Total	2	0	2

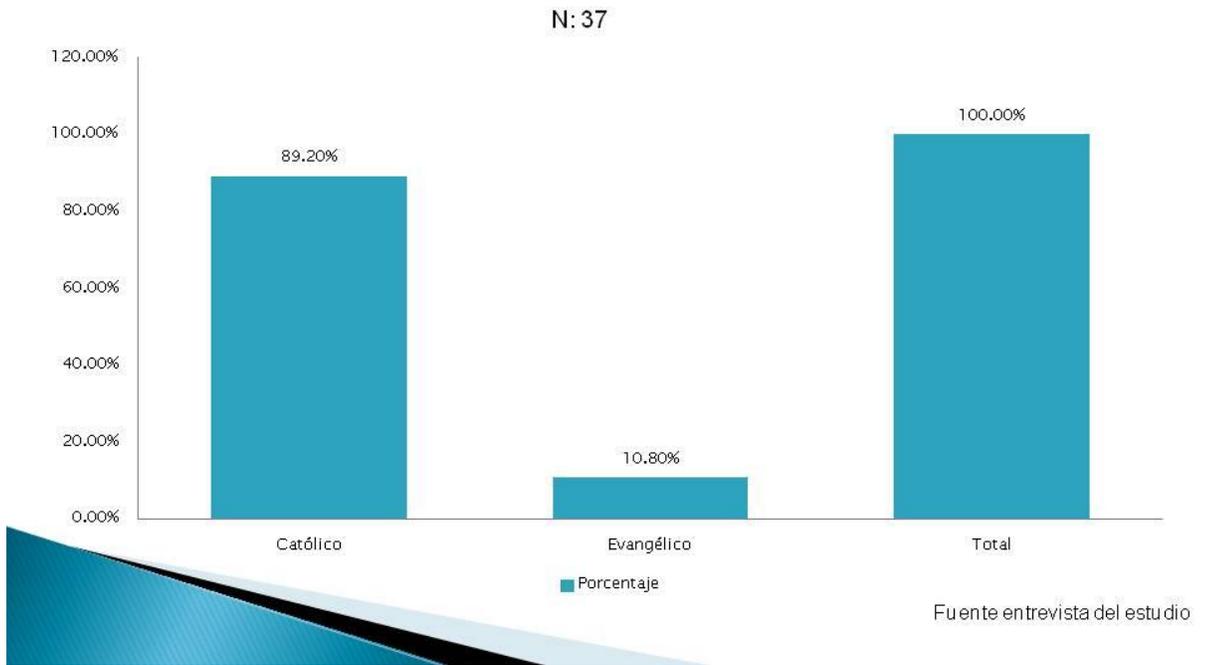
Fuente: Ficha de recolección de datos realizada en el centro de salud de Mozonte Septiembre 2011.

Grafico 1. Edad de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia



Fuente entrevista del estudio

Grafico 2. Distribución de la religión de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia



Gráficos 3. Distribución por estado civil de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

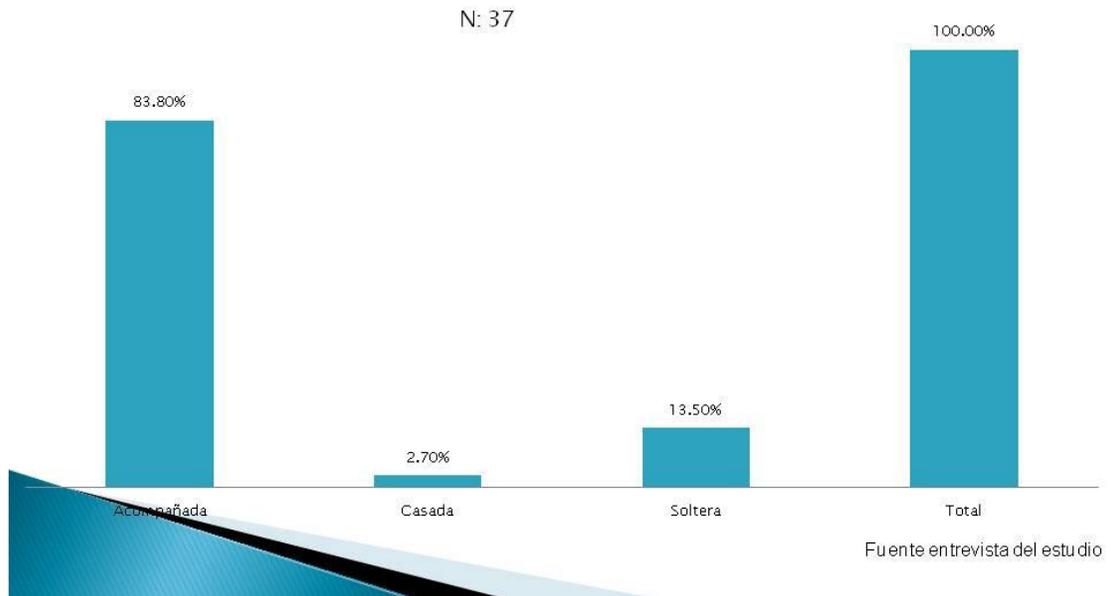
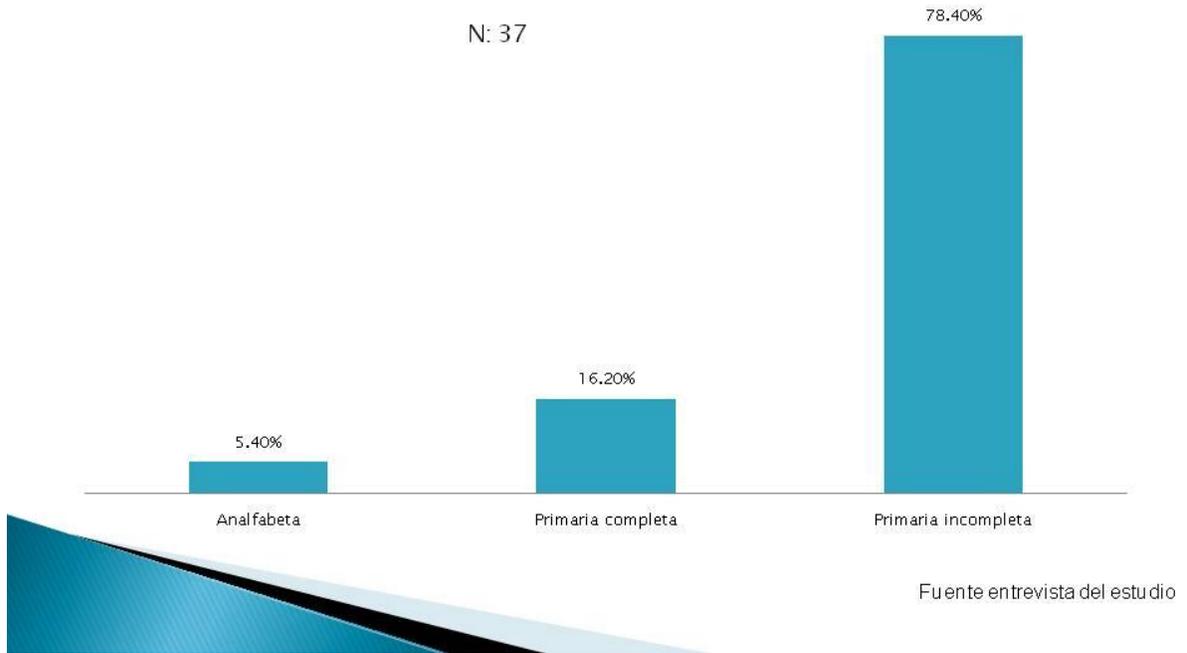
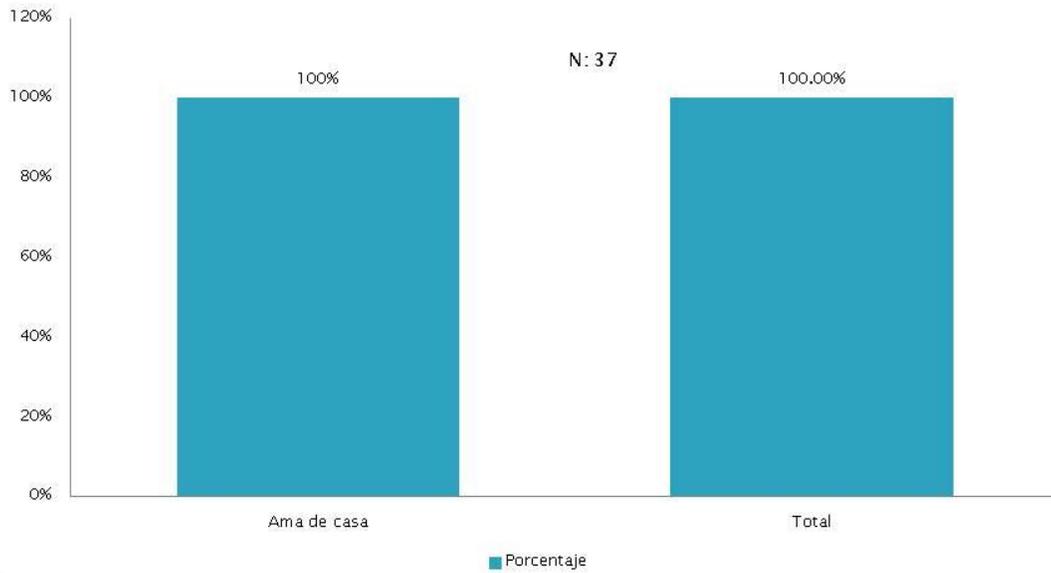


Grafico 4. Distribución por escolaridad de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia



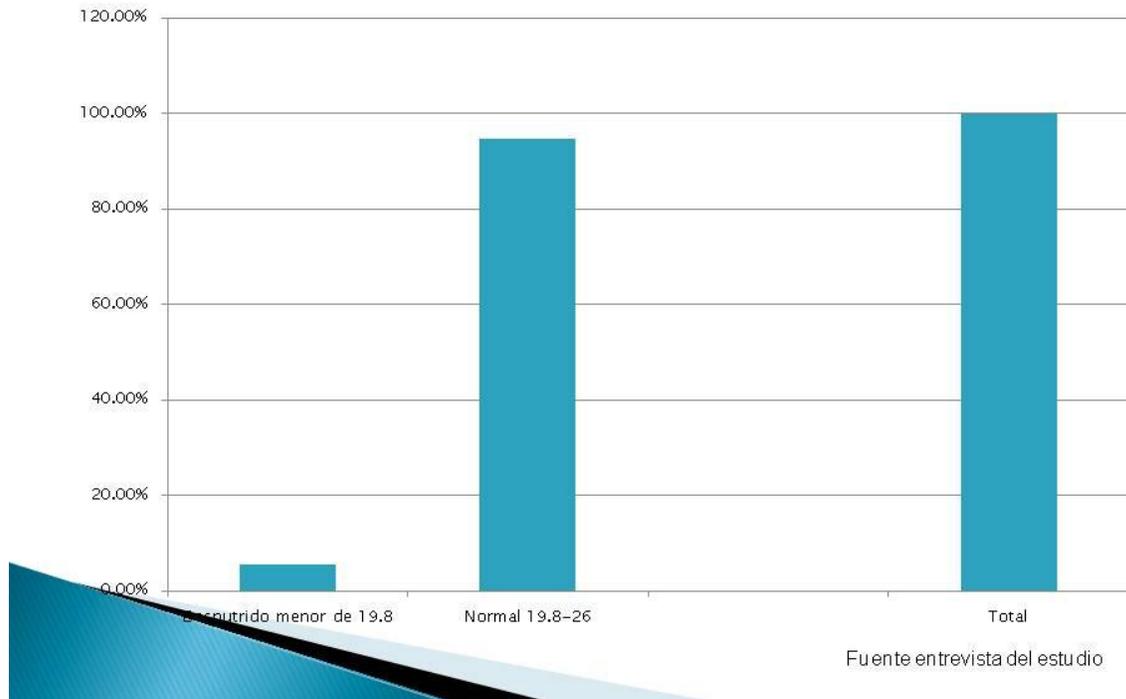
Gráficos 5. Distribución de la ocupación de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia



Fuente entrevista del estudio

Gráficos 6. Distribución por estado nutricional de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

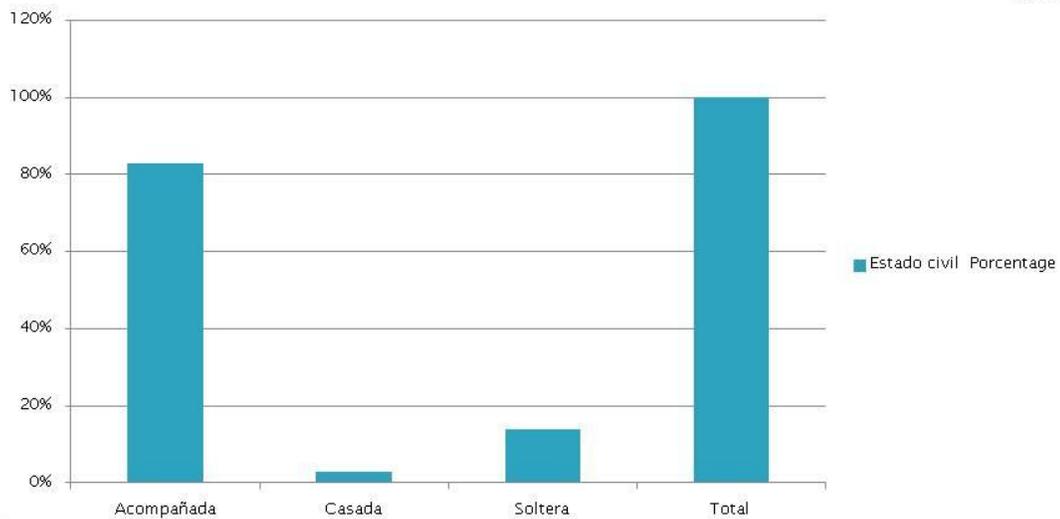
N: 37



Gráficos 7. Estado civil con riesgo reproductivo de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

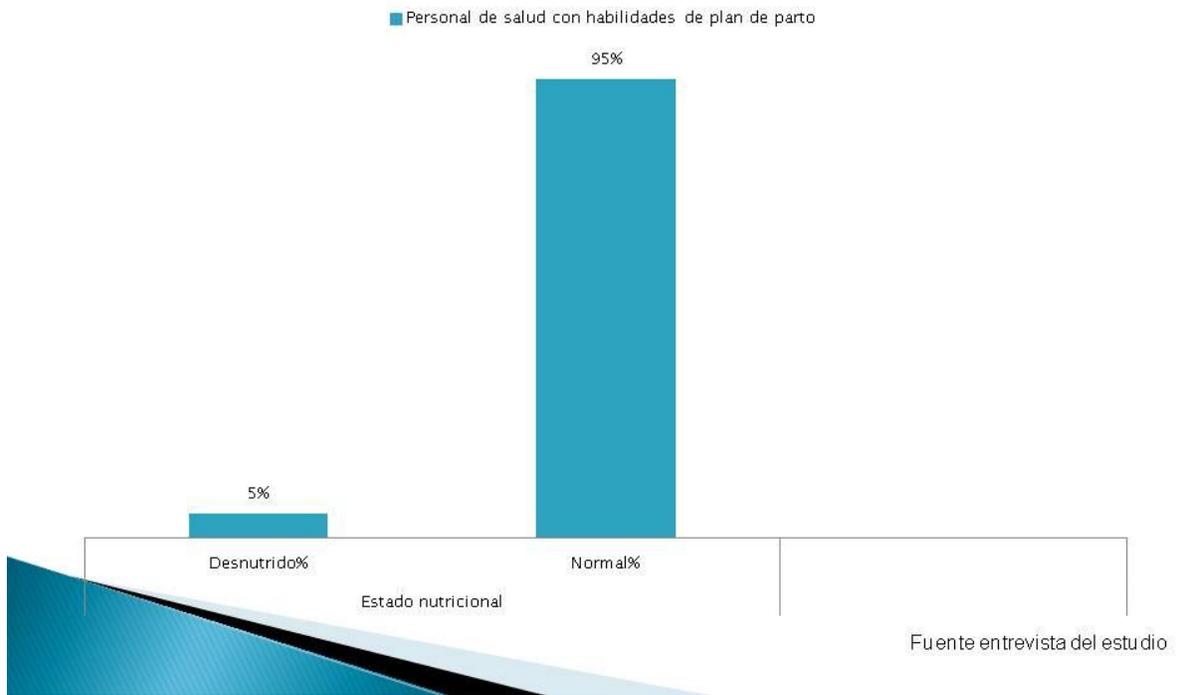
Riesgo reproductivo

N: 37

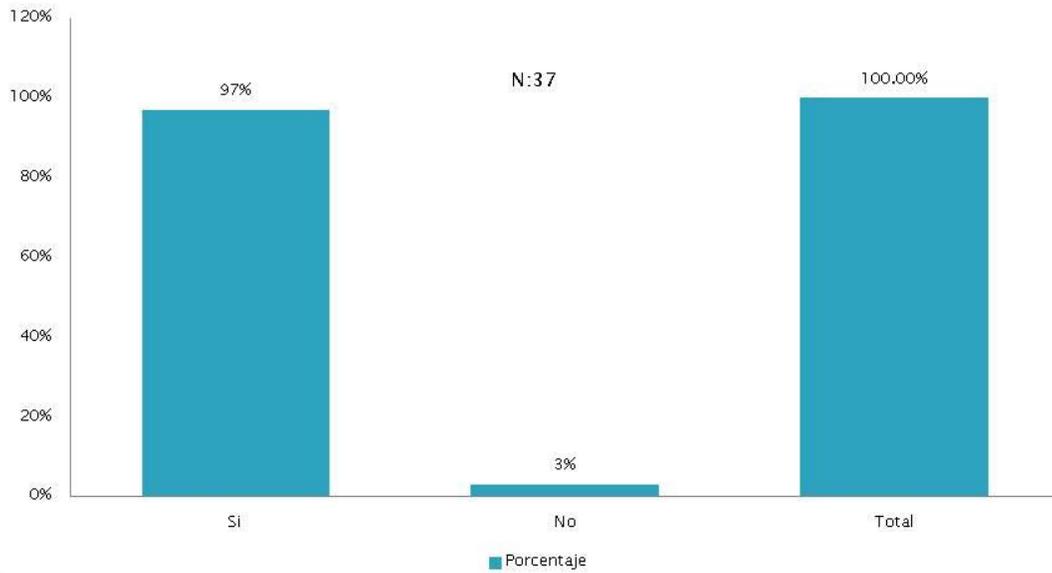


Fuente entrevista del estudio

Gráficos 8. Personal de salud que realiza seguimiento de la estrategia de Plan de parto de las embarazadas en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

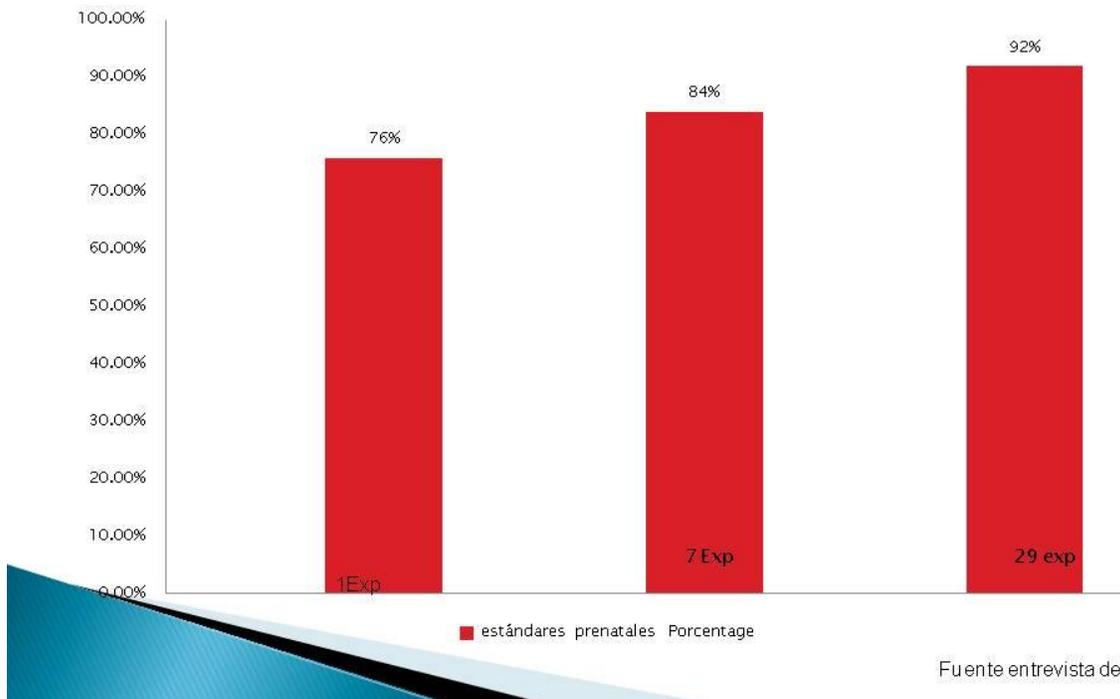


Gráficos 9. Distribución de personal comunitario capacitado en plan de parto, embarazadas en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia



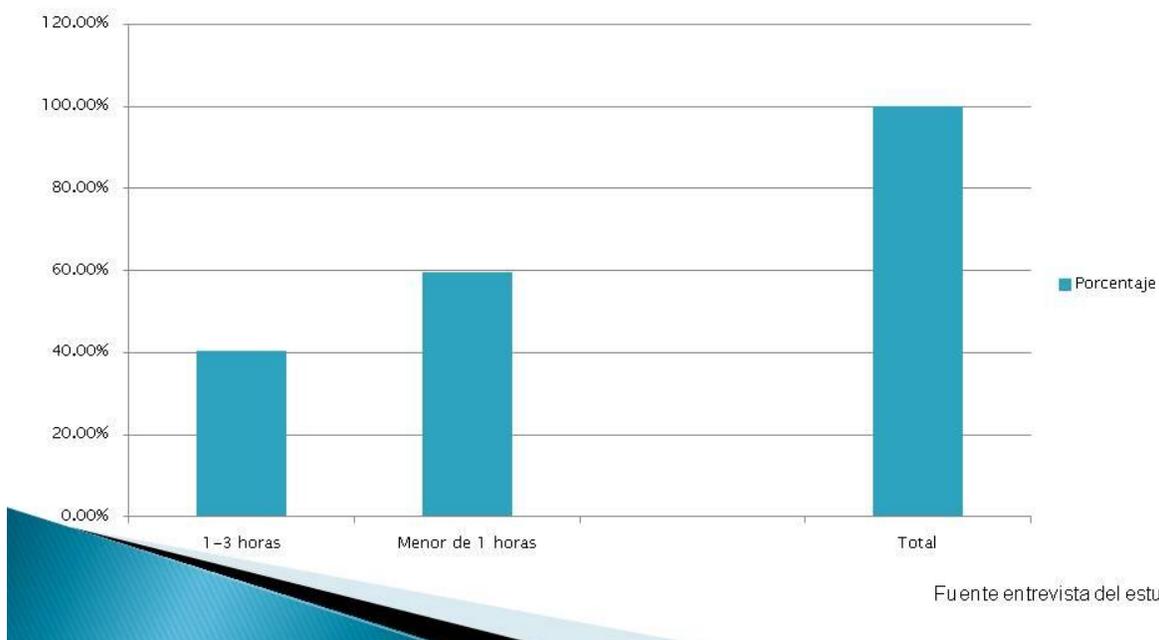
Fuente entrevista del estudio

Gráficos 10. Porcentaje de estándares prenatales calificado con riesgo reproductivo de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

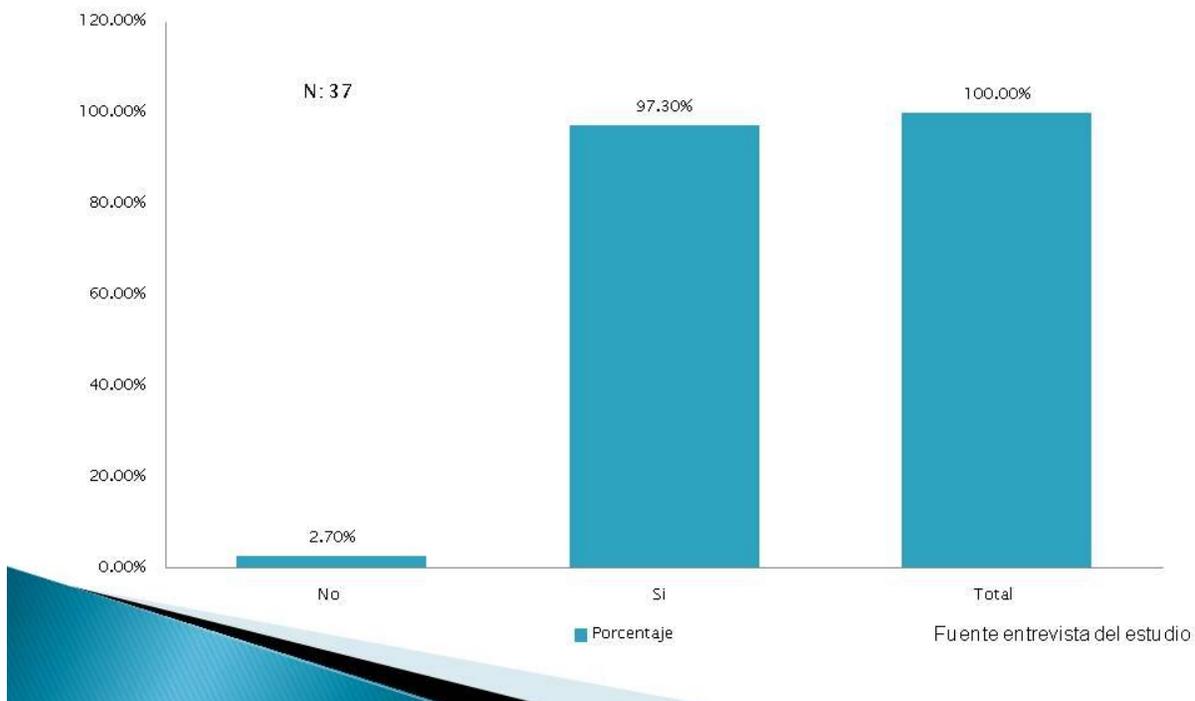


Gráficos 11. Distribución por tiempo de llegar a la unidad de salud de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

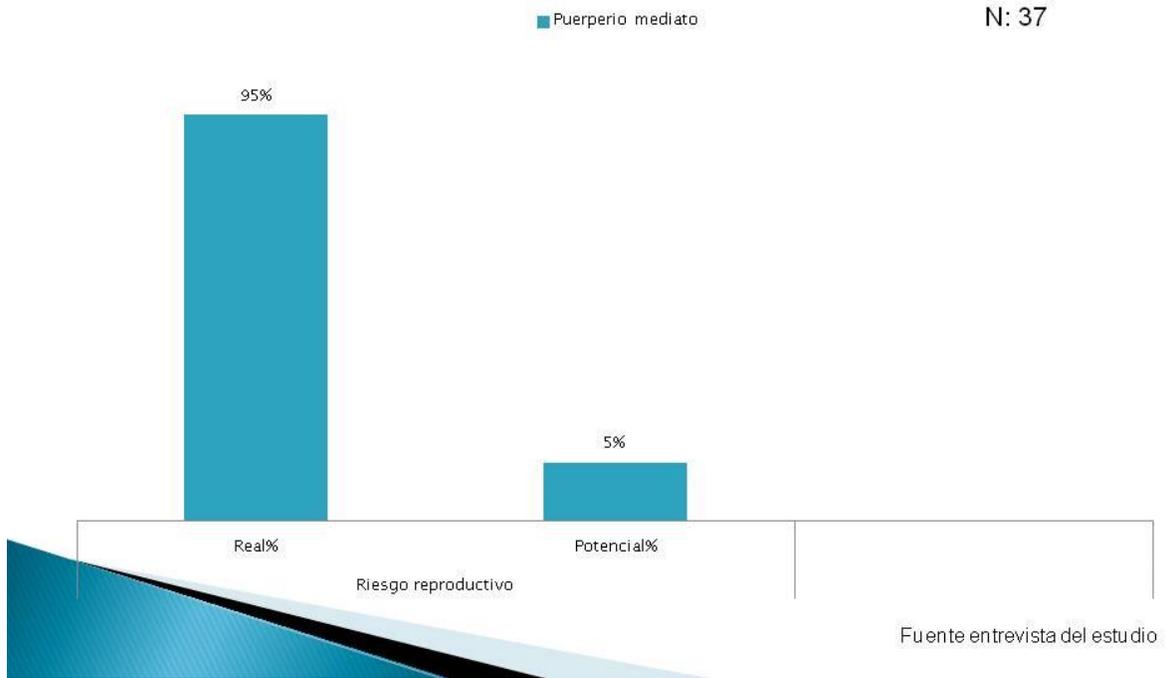
N: 37



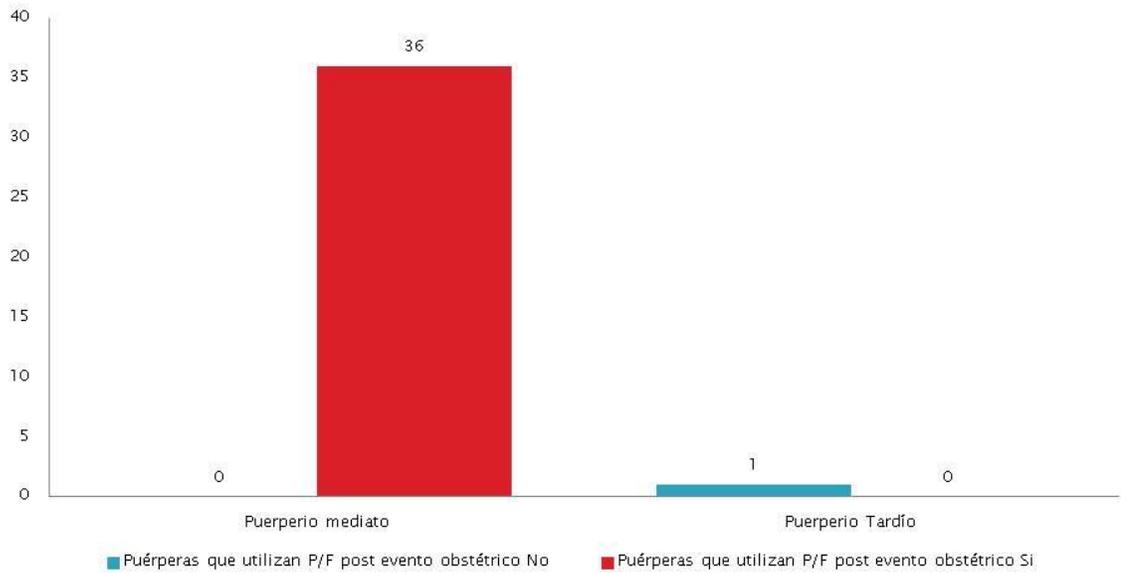
Gráficos 12. Distribución de la atención del parto institucional en las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia



Gráficos 13. Puérperas atendidas en la unidad de salud con riesgo reproductivo embarazadas con plan de parto en el estudio Centro de Salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia

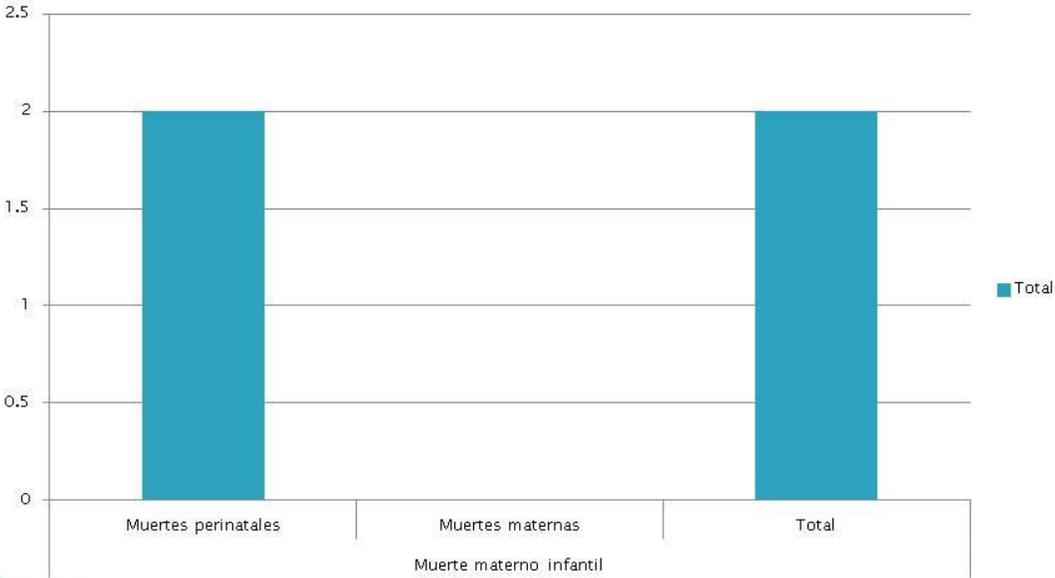


Gráficos 14. Puérperas atendidas en la unidad de salud con métodos de P/F post evento obstétrico de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia



Fuente entrevista del estudio

Gráficos 15. Muertes maternas y perinatales de las embarazadas con plan de parto en el estudio centro de salud Mozonte de julio del 2010 a julio del 2011 Nueva Segovia



Fuente entrevista del estudio