

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León

Facultad de Ciencias Médicas.



Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

**Evaluación del Plan Parto en el centro de salud Pierre Gross Jean del
Municipio de El Tuma – La Dalia, Matagalpa en el período 2003 – 2006.**

Autores: Br. Carlos Manuel Rodríguez Jerez.

Br. Ernesto Silva Molina.

Tutor: Dr. Arnoldo Toruño.

Departamento de Salud Pública

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico en primer lugar:

DIOS: *Por haberme dado la capacidad suficiente para asimilar los conocimientos necesarios para llegar a culminar esta grandiosa carrera.*

MIS PADRES CARLOS Y MARIA JOSE: *amigos incondicionales y ejemplos de vida los cuales me han impulsado a seguir adelante y me han enseñado el valor de la vida.*

MIS HERMANOS LUIS Y HUMBERTO: *los cuales admiro, y siempre me han apoyado y con su ejemplo me han ayudado.*

MIS HERMANAS TATIANA, MARIANELA Y LORENA: *por ser parte siempre importante de mi vida.*

MIS TIAS TATIANA Y LORENA: *por su confianza y amor incondicional.*

MIS ABUELOS JOSE MARIA, MARIA TERESA, LUIS ALBERTO, MERCEDES (q.p.d) y ADRIANA: *por todo el amor que me dieron y me dan.*

MI PRINCESA: *que sin ella no hubiera podido terminar este trabajo y la confianza que ha puesto sobre mí.*

MI TUTOR DR: ARNOLDO TORUÑO: *por su paciente ayuda que siempre me brindo y por su dedicación a estar siempre en el momento que lo necesite.*

NUESTRA UNIVERSIDAD: *por haberme formado.*

Y AGRADESCO *a todas las personas que hicieron posible la realización de éste trabajo.*

RESUMEN

Con el objetivo de valorar la estrategia del Plan Parto en el Municipio de El Tuma – La Dalia.

La evaluación se realizó mediante una entrevista a informantes claves y encuestas, en la primera fueron tomados como informantes claves los dos educadores del municipio, con respecto a las encuestas se seleccionó a 150 mujeres que se encontraban en los censos de embarazadas de los dos sectores escogidos; además se revisó las coberturas de parto institucional del centro de salud.

Se encontró que la estrategia se está desarrollando satisfactoriamente, ya que los brigadistas están teniendo cobertura casi total de las diferentes comunidades del Municipio El Tuma- La Dalia, las mujeres mostraron conocimientos importantes sobre distintas señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, el parto institucional ha aumentado en proporción en el periodo estudiado.

Un aspecto importante es la disminución del número de muertes maternas en el Municipio El Tuma- La Dalia, lo que se ve favorecido por el plan de parto.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Justificación.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos.....	5
Marco Teórico.....	6
Material y métodos.....	18
Operacionalización de variables.....	21
Resultados.....	23
Discusión de resultados.....	32
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	36
Bibliografía.....	37
Anexos.....	39

INTRODUCCIÓN.

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo. Mientras en los países desarrollados la tasa de mortalidad materna va de 7 a 15 por 100,000 nacidos vivos, en los países en desarrollo la tasa es de aproximadamente 100 a 1,000 por 100,000 nacidos vivos². En Latinoamérica, año tras año pierden la vida por causas derivadas del embarazo, parto y puerperio alrededor de 300 mil mujeres, según datos de la OPS. La mayoría de estas muertes podrían evitarse mediante intervenciones sencillas y de bajo costo^{1, 5}.

En Nicaragua, el Plan de Salud para el período 2004-2015 contempla la mortalidad materna como uno de los problemas priorizados. La situación no es homogénea en todo el país, siendo los siguientes SILAIS los que registraron mayores tasas de mortalidad materna durante del 2004 al 2006: Jinotega, Región Autónoma del Atlántico Norte, Región Autónoma del Atlántico Sur, Chontales, Río San Juan y Matagalpa.^{2, 11}

Matagalpa presenta condiciones geográficas más adversas que otros departamentos del país, lo que favorece la mortalidad materna. Dentro del departamento de Matagalpa, el Municipio de El Tuma-La Dalia tiene una situación especialmente difícil, por lo extenso del terreno y las malas vías de comunicación. De las 98 muertes maternas ocurridas en el hospital de Matagalpa entre los años 1986 y 2006, el 13.3% correspondieron a mujeres de este municipio³.

Se sabe que una muerte materna tiene serias consecuencias sociales. Entre otras, se sabe que la probabilidad que los hijos menores de 5 años mueran luego del fallecimiento de la madre se eleva en un 50% en los países en vías de desarrollo⁴.

La mortalidad materna es un problema multicausal, requiere del compromiso de la sociedad en general, con especial atención en aquellas comunidades donde la mujer sufre una situación de extrema pobreza. Las mujeres pobres no disponen de

suficientes recursos ni de tiempo para atender su salud; las responsabilidades familiares, la sobre carga de trabajo domestico que realizan, generalmente sin contribución masculina; la crianza, educación y atención en salud de sus hijos ocupa sus mayores preocupaciones, descuidando frecuentemente su salud y su atención cuando más lo necesita⁵.

La reducción de la mortalidad materna es un interés mundial y nacional. La conferencia internacional sobre maternidad sin riesgo, llevada a cabo en Nairobi en 1987 por la OPS-OMS⁴, lanzó la iniciativa mundial por una maternidad segura. Los objetivos de desarrollo del milenio contemplan que para el año 2015 la mortalidad materna se habrá reducido a un tercio del nivel existente en 1992, que en Nicaragua significaría pasar aproximadamente de 91 a 27 muertes maternas por cien mil nacidos vivos⁵.

La Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP) contempla como uno de sus objetivos la reducción de la mortalidad materna⁶.

El Ministerio de Salud ha elaborado el “Plan Parto” para reducir la mortalidad materna en los departamentos de Matagalpa y Jinotega, que contempla una amplia participación comunitaria, y que se complementa con la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMA)⁷.

A pesar de la importancia que revisten las acciones destinadas a reducir la mortalidad materna, hay pocos estudios que contribuyan a su evaluación. La mayoría de las investigaciones sobre el tema se limitan a su descripción, analizando las características sociodemográficas y obstétricas de las muertes maternas, así como las causas de las mismas. En la comunidad de La Zompopera, en el Municipio de Pantasma, en Jinotega, se encontraba como satisfactorio el papel que jugaba la red comunitaria en relación a planificación familiar, que es una estrategia útil con el fin mencionado⁸.

Tomando en cuenta la importancia de la mortalidad materna como problema de salud, así como el interés de la sociedad por resolverlo, y la escasez de estudios al respecto, es que se considera importante realizar esta investigación evaluativa del Plan Parto que se desarrolla en el Municipio de El Tuma – La Dalia^{9, 10}.

El propósito de esta investigación es para evaluar la estrategia plan de parto, el cual se esta llevando acabo en el municipio de El Tuma – La Dalia, en este municipio han ocurrió el mayor número de muertes maternas en el Departamento de Matagalpa. Que es una zona rural alejada, de difícil acceso. Precisamente por estas condiciones es que la dirección del centro de salud decidió impulsar la estrategia.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cómo se ha desarrollado el Plan Parto en el municipio de El Tuma - La Dalia?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar el desarrollo del Plan Parto en el Municipio del Tuma - La Dalia.

Objetivos específicos:

1. Analizar el trabajo conjunto que ha realizado el personal de salud y la red comunitaria en el desarrollo del plan de parto.
2. Valorar la cobertura de atención del embarazo, parto y puerperio.
3. Conocer el grado en que las embarazadas han adquirido conocimientos útiles para preservar la vida y la salud, durante el embarazo, parto y puerperio.
4. Valorar la mortalidad materna en el periodo de estudio.

MARCO TEÓRICO.

3.1 Los Pilares de la Maternidad Segura son cuatro⁷⁻⁸: (Anexo 2)

- La **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.
- La **Atención Prenatal** con la que se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de las posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible.
- Con la atención de un **Parto Limpio** se pretende garantizar que toda persona que atiende partos; tenga los conocimientos, las actitudes, habilidades y el equipo necesario para realizarlo en forma limpia y segura para que pueda proveer los cuidados del posparto para la madre y el bebé.
- Los **Cuidados Obstétricos Esenciales** deben garantizar los cuidados básicos que requieren los embarazos con riesgos y complicaciones que deben de estar disponibles para toda mujer que lo necesite.

3.2 Estrategia Comunitaria para reducir la Muerte Materna.

El Plan de Parto promueve acciones que incrementan la cobertura en el espaciamiento de los embarazos (planificación familiar), atención prenatal precoz, periódica, completa, de amplia cobertura con calidad y equidad, un parto limpio y seguro y el acceso a los cuidados obstétricos esenciales ofertados en la unidad de salud.

3.2.1 Concepto

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 el recién nacido/a, apoyados por el personal de salud, sociedad civil, las organizaciones y comunidad organizada.

“Es tener listo y a tiempo desde el momento que la mujer sabe que está embarazada todo lo que se va a necesitar para que el parto sea bueno y sin peligros para la madre y su hijo. La mujer, su pareja y su familia preparan las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y el nacimiento de su niño, apoyado por el personal de salud y la comunidad organizada”.

3.2.2 Objetivo General de la estrategia⁷⁻⁸:

Preservar o salvar vidas de las embarazadas y del recién nacido proporcionando las habilidades y destrezas a la mujer, la familia y la comunidad que permita el cambio de actitud y comportamiento hacia el cuidado de la salud de la embarazada y el recién nacido.

3.2.3 Objetivos específicos:

3.2.3.1 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.

3.2.3.2 Facilitar el acceso a la unidades de salud para la demanda de atención con calidad y calidez durante el período de embarazo, el parto y puerperio, 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 embarazo, parto, puerperio y recién nacido;
- Fortalecimiento de las Brigadas de Transporte de Emergencia (BTE),
- Establecimiento de Fondos de Ahorros Comunitarios o Familiares.
- Fomentando el uso de las casas maternas.

3.2.4 Resultados Esperados

- Embarazadas usuaria del plan de parto
- Embarazadas con atención prenatal calificada.
- Embarazadas con atención institucional de su parto.
- Mujeres puérperas y recién nacidos con atención institucional.
- Mujeres puérperas que usan un método anticonceptivo seguro.
- Personal de salud con habilidades de organización y desarrollo comunitario
- Red comunitaria fortalecida promoviendo la salud.

3.2.5 Beneficios del Plan de Parto.

- Que la mujer y la familia tengan información sobre los cuidados durante el embarazo, parto, puerperio y los cuidados al recién nacido.
- Que la pareja, la familia y la comunidad se comprometen con el cuidado de la mujer y el recién nacido.
- Reconocer a tiempo las señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

- Deciden que hacer en caso de complicación y donde buscar ayuda sin atrasos.
- Deciden donde irán para la atención de su parto.
- Promover el ahorro para cubrir los gastos en la atención, sobre todo para garantizar el transporte, alojamiento y alimentación de ella y su acompañante.
- Pensar en los métodos de planificación familiar que puede usar después del parto.
- Promover el registro del recién nacido.

3.2.6 Participantes en el Plan de Parto:

- La pareja y la familia
- La comunidad (parteras, voluntarios de salud, alcaldes, alcalditos, líderes religiosos, etc.)
- El personal de salud.

3.2.7 Los Tres Enfoques de la Estrategia de Plan de Parto

3.2.7.1 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 el autocuidado 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 al embarazo y al nacimiento.

3.2.7.2 Capacitación basada en los principios de la educación de adultos: Toma en cuenta los conocimientos y experiencias de las personas. El aprendizaje se enfatiza en enriquecer los conocimientos culturales y sociales del adulto.

Los conocimientos necesarios para la implementación de la estrategia se organizan en dos documentos importantes: La *“Guía del Facilitador”* que

orienta al personal de salud en el proceso de capacitación al personal comunitario y “El Manual de la Red Comunitaria” que guía a los voluntarios de las comunidades; en el proceso de aprendizaje y en la implementación.

3.2.7.2 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 acción clave para el desarrollo y sostenibilidad de la estrategia.

3.3 Pasos para la implementación del plan parto⁷⁻⁸:

Paso 1: Asamblea de sensibilización, captación de voluntarios y conformación del comité.

Los brigadista, acompañados por el personal de salud, en una asamblea comunitaria discuten sobre los problemas que tienen en la comunidad para cuidar la salud de la mujer y del recién nacido. Luego el personal presenta la estrategia de Plan de parto, solicitan voluntarios para trabajar en la estrategia y conforman el comité comunitario. Si ya existe otras formas de organización en la comunidad deberán ser fortalecidas para trabajar en función del plan de parto.

- Paso 2: Capacitación a Voluntarios en Plan de parto.
- Paso 3: Organizar a la comunidad. Los voluntarios capacitados organizan la brigada de transporte de emergencias y los fondos de ahorro.
- Paso 4: Identificar y registrar a las embarazadas. Los voluntarios capacitados, elaboran el registro de embarazadas y las ubican en el croquis o mapa de la comunidad.
- Paso 5: Negociar, Captar y Referir. Los voluntarios capacitados negocian con la embarazada, su pareja y la familia el cuidado del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Captan y negocian apoyándose

y registrando las decisiones con la ficha de Plan de parto. Refieren a las mujeres a la unidad de salud.

Nota: En ocasiones, los pasos 4 y 5 pueden realizarse en el mismo momento.

- Paso 6: Seguimiento. Este se hará a través de visitas domiciliarias que realicen los voluntarios capacitados y el personal de salud en las salidas integrales o en la unidad de salud. Donde se dará seguimiento a los compromisos y se continua la negociación.
- Paso 7: Evaluación. Se hará en la comunidad a través de asambleas comunitarias cada cuatro meses para informar y evaluar como marcha la estrategia en la comunidad. Esta actividad la facilita los voluntarios, acompañados por el personal de salud.

3.4 Organización de la comunidad para el Plan de Parto⁷⁻⁸

Luego de la capacitación, el comité comunitario realizará las siguientes actividades:

- Conformar la Brigada de Transporte de acuerdo al manual de la red comunitaria
- Conformar el comité de ahorro.
- Identificar y localizar a las embarazadas de la comunidad.
- Elaborar el plan de promoción de la casa materna.

3.4.1 Brigada de Transporte (BTE)^{1,2}: 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, las parteras, las brigadistas y los comités de salud trabajarán juntos para organizar las BTE en las comunidades. Toda comunidad debe contar con una BTE y cada familia de embarazada ha de tener un plan para tener acceso ella por si se le presentan complicaciones. Puede ser una BTE ó cualquier otra forma organizativa.

Siempre en la comunidad, cuando hay una emergencia, existen personas que las llevan a la unidad de salud. El objetivo de organizar la BTE es disminuir el tiempo coordinación con las organizaciones locales que apoyan la estrategia o la misma comunidad; debe de apoyar a la BTE para que cuenten con el equipamiento necesario para sacar las emergencias (hamacas, mecatres, linternas, capotes, etc.)

3.4.2 Establecimiento del Fondo de Ahorro: Esta actividad debe estar a cargo del tesorero del comité comunitario. Si no hubiese, se debe de dar esta responsabilidad al vicepresidente u otro miembro del comité. Los fondos de ahorro para la comunidad pueden establecerse de diversas maneras, y dependerá de cada comunidad involucrada. El objetivo de tener estos fondos es tener una cantidad de dinero disponible para que las embarazadas puedan utilizarlo en caso de emergencia. Sin embargo; como se usan estos fondos, lo decide el comité.

3.4.3 Identificación y localización de las embarazadas (Anexo3)

Como parte del proceso educativo, los voluntarios organizados y capacitados en el Plan de Parto, tienen como primera tarea determinar cuantas embarazadas hay en la comunidad y donde están ubicadas, para esto debe elaborarse el *Registro Comunitario de Plan de Parto*, y ubicarlas en el *Mapa o Croquis de la*

comunidad. Es por esto que el tema principal de la tercera reunión es realizar esta actividad y la fecha para ejecutarla, previamente ha sido acordada después de haber recibido el tema de Plan de Parto en la capacitación.

3.4.3.1 Elaboración del Croquis o Mapa de la Comunidad.

Cuando se tenga el registro de las embarazadas, los voluntarios procederán a escribir en el croquis, con lápiz de grafito una “E” sobre la casa donde existan.

Después que las mujeres terminan su embarazo la “E” es borrada y se circula la casa con lápiz de grafito.

3.4.3.2 Elaboración del Registro Comunitario del Plan de Parto

El Registro comunitario es un instrumento en el que se anota la información de cada mujer embarazada de la comunidad y la realiza el voluntario de salud previamente capacitado. Es el primer paso a nivel familiar del plan de parto y se actualiza periódicamente, en cada comunidad o barrio donde se haya decidido implementar el Plan de Parto, y se hace a través de visitas casa a casa.

Para el llenado del Registro Comunitario el voluntario se guiará del Instructivo de llenado del registro comunitario de plan de parto.

Los resultados del Registro Comunitario nos permiten conocer:

- Cuántas embarazadas y puérperas hay en la comunidad.
- La identificación de las embarazadas en la comunidad.
- Fecha de captación al Plan de Parto de estas mujeres.
- Cobertura de Atención Prenatal.
- Las probables fechas en las que pueden ocurrir los partos.
- Lugar de se atienden los Partos de la comunidad.

- Si se usa la Brigadas de Transporte para el traslado de las emergencias.
- Cobertura del control puerperal.
- Si después del parto las mujeres usan un método anticonceptivo.

3.4.4 Elaborar el plan de promoción de la casa materna.

Durante la Asamblea Comunitaria, el personal de salud debe acompañar a los voluntarios a presentar el “Plan de Promoción de la Casa Materna” que ellos iniciaron durante la capacitación. Este debe de completarse con las ideas de toda la comunidad. Se espera que durante esta actividad, las personas de la comunidad puedan asumir algunas responsabilidades para desarrollar tareas específicas para apoyar la promoción de la casa materna si hubiera en el municipio.

3.5 Papel de los voluntarios de salud (brigadistas y parteras) ⁷⁻⁸¹²:

- Elaborar y actualizar el registro comunitario de plan de parto.
- Elaborar el croquis de la comunidad para ubicar a las embarazadas.
- Fortalecer el funcionamiento del comité comunitario.
- Fortalecer el funcionamiento de las Brigadas de Transporte de Emergencia
- Crear y dar seguimiento a los fondos de ahorro comunitario y promover la creación de los fondos familiares.
- Captar y referir a la embarazada para su atención prenatal, parto y puerperio.
- Iniciar el llenado de la ficha de plan de parto cuando la mujer es captada en la comunidad por el voluntario.
- Realizar visitas domiciliarias a la embarazada para negociación y seguimiento.

- Brindar consejería sobre cuidado de la mujer y el recién nacido.
- Referir inmediatamente cuando detecte señales de peligro.
- Promover la participación de otros actores de la comunidad.
- Acompañar en la unidad de salud a la embarazada para la atención del parto.
- Promover el uso de métodos de planificación familiar.
- Promover y apoyar a la mujer para que haga uso de las Casas Maternas
- Elaborar el reporte mensual de plan de parto y enviarlo a la unidad de salud que le corresponde.
- Realizar reuniones de evaluación cada cuatro meses de la estrategia en conjunto con el personal de salud y toda la comunidad.

Los voluntarios de salud, que trabajan el plan de Parto deben de promover entre la pareja y las familias de sus comunidades los métodos de Planificación Familiar que pueden usarse después del parto, para apoyarles en tomar la decisión oportunamente.

3.6 Rol del Personal de Salud⁷⁻⁸⁻¹².

Se trata de garantizar la implementación del Plan de Parto, y el acompañamiento en el nivel de las comunidades seleccionadas: La puesta en marcha, la capacitación continua, el acompañamiento. A este nivel se puede identificar: al médico y al auxiliar de enfermería, como personal de primera línea en la implementación de la estrategia del Plan de Parto.

Los actores principales son los médicos y personal de enfermería, que rutinariamente van a las comunidades y mantienen un contacto permanente con su población, de hecho es común que conozcan a las mujeres embarazadas o púerperas.

Como se mencionó antes, el desarrollo de la estrategia en la comunidad necesitará de un apoyo y acompañamiento continuo. Dependiendo del número de comunidades en

las cuales se inicie el Plan de Parto, la carga de tiempo para supervisar y acompañar la estrategia puede variar; en algunos casos las brigadas móviles de salud pueden contribuir en este esfuerzo apoyando las reuniones planificadas en cada comunidad ó de otra forma:

- Participar en el proceso de invitación y motivación a las madres, la familia y la comunidad para participar en las actividades de la estrategia, tanto al inicio como en su continuación.
- Apoyar el proceso de selección de los voluntarios de salud
- Participar en la capacitación de los voluntarios de salud de la estrategia y eventualmente realizarlas por sí mismos.
- En la atención prenatal se inicia el llenado la ficha de plan de parto, registra la copia de la ficha en el expediente para su seguimiento y entrega el original a colores a la embarazada. Si fue referida por el personal comunitario y este inició el llenado a la ficha de la madre, el personal de salud la termina de completar la información producto de la negociación con la embarazada en cada atención prenatal.
- Brindar consejería sobre los cuidados en el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
- Mantener estrecha coordinación con los voluntarios de salud de la comunidad (parteras y otros actores sociales), programar actividades comunitarias como visitas domiciliarias y de acompañamiento a la comunidad y reuniones de evaluación a la estrategia. Verificar que los voluntarios de salud ejecuten las visitas domiciliarias para el seguimiento, actividades para la recolección de fondos, negociación de la ficha de plan de parto, referencias a la unidad de salud.
- Actualizar el registro gerencial y el croquis de la embarazada con la información recolectada en los encuentros con su red de voluntarios.
- Atender las referencias que los voluntarios envían y contra referir para el seguimiento.
- Llevar un reporte cronológico de los resultados de plan de parto por cada

una de sus comunidades.

- Elaborar el reporte mensual plan de parto de la unidad de salud de todas las comunidades que trabajan la estrategia.
- Enviar los consolidados de la información a los niveles correspondiente.
- Apoyar al personal comunitario a lograr los pasos para la implementación de plan de parto en su comunidad. Reuniéndose sistemáticamente con la comunidad en pleno y las autoridades municipales facilitando su realización y presentación de contenidos.

MATERIAL Y MÉTODO.

Metodología del estudio.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, en el cual se usaron métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas para obtener la información necesaria:

- Revisión documental.

Se revisarán las estadísticas del centro de salud para conocer datos sobre: a) la evolución de la mortalidad materna; b) cobertura de la atención prenatal, del parto institucional, del control del puerperio y de la planificación familiar; c) organización y tamaño de la red comunitaria; d) estadísticas de actividades realizadas por los voluntarios de salud. Por otra parte, se revisará el plan de desarrollo municipal, para ver si contempla acciones frente a la mortalidad materna.

- Entrevistas a personal de salud:

- Personas que han tenido a su cargo la capacitación a los miembros de la red comunitaria: educador del municipio, y educador de la ONG Save the Children, con la finalidad es obtener información sobre la forma como se ha desarrollado el proceso de capacitación.

Estas entrevistas fueron grabadas, luego de obtener el consentimiento de los entrevistados.

- Encuesta a embarazadas.

Universo: Embarazadas que habiten en comunidades rurales, principalmente donde han ocurrido muertes maternas, y que tienen dificultades de acceso al centro de salud.

Muestra: tamaño de la muestra de 150 mujeres.

Se realizó con el fin de obtener información sobre:

- Grado de conocimientos de las mujeres sobre señales de peligro en el embarazo; existencia de las casas maternas y del servicio que prestan; métodos de planificación familiar; nombre de algún miembro de la brigada de transporte de emergencia.
- Trabajo de los brigadistas
- Grado de satisfacción con la atención recibida en las unidades de salud.

Se entrevistaron 150 embarazadas que habiten en comunidades rurales, principalmente donde han ocurrido muertes maternas, y que tienen dificultades de acceso al centro de salud. En base a estos criterios, se seleccionaron las siguientes comunidades:

- En el sector de La Mora: Sonora, San Francisco Peñas blancas, Colonia la Tronca y Nisperal.
- En el sector de Guapotal: Tapasle, Caño Seco, Fila Grande, Guapotal y El Consuelo.

El procedimiento de trabajo en cada una de estas comunidades fue como sigue: en base al censo de embarazadas del MINSA y al croquis con la ubicación de las mismas, se procedió a buscar a las embarazadas en sus casas, hasta completar el número previamente determinado. Cuando se les encontraba, se procedía a solicitarles la entrevista, explicándoles que era voluntaria su participación, y asegurándoles confidencialidad en la

información. (Ver cuestionario en anexo) El cuestionario usado se presenta en los anexos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Indicadores
Mortalidad materna	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad materna
Conocimientos de las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de mujeres que mencionan determinados signos de peligro en el embarazo. • Porcentaje de mujeres que han oído sobre las casas maternas. • Porcentaje de mujeres que mencionan determinados métodos anticonceptivos modernos. • Porcentaje de mujeres que conocen el nombre de al menos un miembro de las BTE de su comunidad.
Atención prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de embarazadas con al menos 1 CPN, en relación al número de embarazadas censadas. • Porcentaje de embarazadas con ficha plan de parto en relación a las enlistadas en el registro comunitario. • Porcentaje de embarazadas anotadas en el censo de la unidad de salud y registro comunitario.
Trabajo de los voluntarios	<ul style="list-style-type: none"> • Número de embarazadas en el registro comunitario como porcentaje de las embarazadas en registro del MINSA. • Número de embarazadas en el registro comunitario como porcentaje de las embarazadas esperadas. • Número de embarazadas visitadas por brigadistas en un mes, como porcentaje de las embarazadas registradas. • Valoración que hacen las embarazadas sobre el trabajo de los brigadistas.
Organización y participación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Brigadistas por 10,000 habitantes • Número de BTE organizadas como porcentaje de comunidades rurales que las necesitan. • Fondos de ahorro disponibles como porcentaje de

PLAN DE PARTO EL TUMA - LA DALIA

	comunidades rurales que las necesitan.
Capacitación de la red comunitaria	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad de recursos didácticos• Grado en que los procedimientos de capacitación empleados en El Tuma – La Dalia se ajustan a los principios de la educación de adultos.

RESULTADOS

A. Entrevistas a Personal de salud

Según los tres miembros del personal de salud entrevistados La metodología de capacitación en el plan de parto es muy buena; La describen como dinámica, participativa, que la hace grata para los brigadistas. Dicen que los materiales didácticos son fáciles de entender, incluso por personas analfabetas, por las gráficas que contienen.

- *“La metodología es hecha para que sea clara y precisa”.*
- *“Los brigadistas les gustan las capacitaciones, por que es fácil de entender”.*
- *“El material dado para la estrategia es con dibujos y es claro para los brigadistas”.*

La capacitación se desarrolla en cuatro módulos. En todos ellos, los brigadistas deben de realizar prácticas, simulando el trabajo que realizarán en las comunidades, cuando deban trabajar solos. El trabajo de los brigadistas se analiza en los encuentros comunitarios, en conjunto con el personal de salud

- *“Ellos aprenden cada día algo nuevo, y definitivamente el seguimiento que se les da es importante”.*

Identifican limitaciones para la calidad de la capacitación, que tienen que ver con los locales, tiempo insuficiente y falta de equipos de proyección. Una de las personas entrevistadas señaló que el recorte en el tiempo destinado a las capacitaciones es el principal problema, y se hace para ajustarse al presupuesto disponible.

- *Los locales no son los más adecuados para este tipo de capacitaciones, pero uno se adapta a ellos.*
- *El tiempo es demasiado corto, no se cuenta con el requerido.*
- *No se cuenta con equipos como data show, o retroproyector.*
- *El problema no es que no hay materiales, sino cómo hacerlo en el tiempo necesario.*

Los entrevistados hicieron notar que el éxito del plan es principalmente la reducción de La mortalidad materna. Señalan también como aspectos positivos el seguimiento que hacen los brigadistas de las embarazadas y puérperas, su referencia oportuna hacia las unidades de salud, de parte de los brigadistas, y el aumento del parto institucional.

- *Un logro fundamental del plan de parto es que se han disminuido las muertes maternas,*
- *El sistema de referencia y contrarreferencia funciona.*
- *Definitivamente el seguimiento que se les da en las comunidades es importante.*
- *Para mi ha sido importante ya que se han aumentado los partos en el centro de salud.*

B. Información obtenida mediante revisión documental

Atención institucional del parto

El número de partos atendidos institucionalmente ascendió durante el período estudiado, (Cuadro 1):

Cuadro 1: Número de partos atendidos institucionalmente en el Municipio de El Tuma-La Dalia, entre 2003 y 2006.

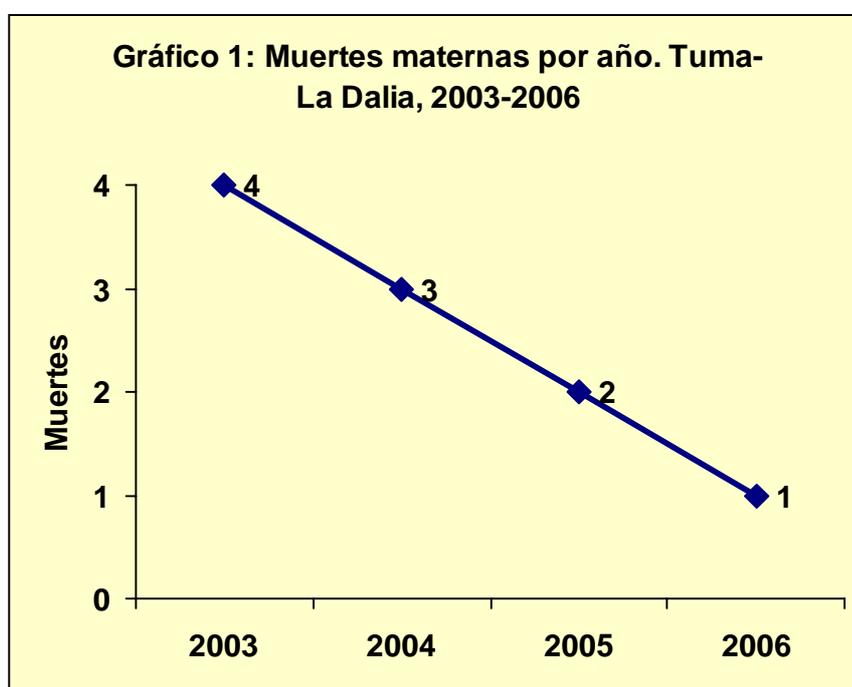
Año	Partos institucionales
2003	810
2004	1,009
2005	1,034
2006	1,143
Total	3,996

Fuente: Oficina de estadística C/S PGJ El Tuma-La Dalia.

La información sobre atenciones prenatales estaba incompleta para el período analizado, razón por la que no fue incluida en el presente estudio.

Mortalidad materna

En el período estudiado (2003-2006) se registraron 10 muertes maternas en el Municipio de Tuma-La Dalia, que significan 2.5 muertes en promedio por año. Tomando en cuenta que el MINSA tiene estimados 2,413 nacidos vivos por año en este municipio, se puede calcular una tasa de mortalidad materna de 104 por 100,000 nacidos vivos. Los registros del SILAIS muestran que las muertes maternas se redujeron continuamente durante el período estudiado (gráfico 1).



Las causas de las 10 muertes maternas fueron las siguientes:

- Retención placentaria: 5
- Eclampsia: 2
- Ruptura uterina: 1
- Embolia por líquido amniótico: 1
- No definida: 1

De estas 10 defunciones, 8 ocurrieron en el domicilio y 2 en las unidades de salud.

Personal de la red comunitaria

El Municipio de El Tuma-La Dalia cuenta con 178 brigadistas y 67 parteras, para una razón de 3.8 brigadistas y parteras por cada mil habitantes. La razón de brigadistas y parteras es bastante homogénea en todos los sectores. Existen brigadistas o parteras en 85.6% de las comunidades (Cuadro2)

Cuadro 2: Número de miembros de la red comunitaria, número de comunidades y población, por cada sector del Municipio de El Tuma-La Dalia, en 2007.

	La Mora	El Tuma	La Tronca	Guapotal	La Dalia	Total
Población	7,856	18,623	7,149	4,595	25,980	64,203
Nº Comunidades	24	52	15	12	64	167
Brigadistas	21	57	19	11	70	178
Parteras	9	18	7	6	27	67
Brigadas de transporte obstétrico	2	16	7	4	27	56
Nº Comunidades con brigadistas	20	40	15	11	57	143
Brigadistas y parteras por 1,000 habitantes	3.8	4.0	3.6	3.7	3.7	3.8

Fuente: Oficina de educación popular c/s PGJ El Tuma – La Dalia

C. Resultados de la encuesta a embarazadas

Conocimientos

La gran mayoría de las mujeres menciona al menos una señal de peligro durante el embarazo, parto o puerperio. Más de la mitad de las mujeres pudieron mencionar 4 o más señales de peligro (Cuadro 3). Las señales de peligro más conocidas fueron la cefalea, el sangrado y el edema de miembros inferiores (Cuadro 4).

Cuadro 3: Distribución porcentual de las embarazadas, según el número de signos de peligro que mencionan, en el embarazo, parto y puerperio. El Tuma-La Dalia, 2007.

Número de señales de peligro	Porcentaje (n=150)
0	0.7
1-3	42.0
4-6	50.0
7-9	7.3
Total	100.0

Cuadro 4: Porcentaje de mujeres que mencionas diferentes signos de peligro en el embarazo, parto y puerperio. El Tuma-La Dalia, 2007

Señales de peligro	Porcentaje (n=150)
Cefalea	83.3
Sangrado en el embarazo	80.7
Edema de miembros inferiores	70.7
Hemorragia después del parto	54.0
Dolor en el vientre	38.0
Bebé no se mueve	21.8
Convulsiones	21.3
Niño asoma una parte que no es la cabeza	7.3
Placenta no sale	4.0

Nota: varias embarazadas citaron más de una señal de peligro.

Casi todas las embarazadas han oído de las casa materna, y la mayoría conocen los servicios que prestan (Cuadro 5)

Cuadro 5: Porcentaje de mujeres que conocían determinados aspectos de las casas maternas. El Tuma-La Dalia, 2007.

Aspectos conocidos	Porcentaje (n=150)
Conocen de su existencia	98.0
Es un lugar para esperar el parto	92.0
Lugar para estar bajo cuidado médico	73.3
Determinan necesidad de traslado al hospital	60.7

Nota: varias embarazadas citaron más de una función.

También constituyen una clara mayoría las mujeres que saben de la existencia de diferentes métodos anticonceptivos. Los más conocidos fueron las inyecciones y las pastillas (Cuadro 6).

Cuadro 6: Porcentaje de mujeres que mencionan determinados métodos anticonceptivos, y porcentaje que han oído de ellos. Tuma-La Dalia, 2007

Métodos anticonceptivos	Porcentaje (n=150)	
	Mencionan	Han oído
Inyecciones	96.7	99.3
Pastillas	94.7	98.0
Condomes	62.7	92.0
DIU	51.3	82.0
Esterilización quirúrgica	48.3	63.3
MELA	23.3	38.8
Ritmo o collar	22.0	42.7

Nota: varias embarazadas citaron más de un método anticonceptivo.

Un poco más de la mitad de las mujeres tienen conocimientos sobre las brigadas de transporte de las emergencias obstétricas (Cuadro 7)

Cuadro 7: Porcentaje de mujeres que conocen determinados aspectos de las brigadas de transporte de las emergencias obstétricas (BTEO). El Tuma-La Dalia, 2007

Aspectos conocidos	Porcentaje (n=150)
Conocen de su existencia	56.0
Mencionan que se tratan de personas encargadas del transporte de las embarazadas	54.7
Mencionan que se trata de disponer de medios de transporte	53.3
Conocen el nombre de algún miembro de la brigada	54.0

Fuente: Encuesta embarazadas.

Cobertura de atención de parte de brigadistas, y grado de satisfacción con la atención recibida.

De las 150 embarazadas entrevistadas, 102 (67.3%) habían sido visitadas al menos una vez por los brigadistas de salud (Cuadro 8)

Cuadro 8: Distribución porcentual de las embarazadas, según número de visitas recibidas en el domicilio de parte del brigadista. El Tuma-La Dalia, 2007.

Número de visitas recibidas	Porcentaje (n=150)
0	32.7
1-2	53.3
3-4	12.7
≥ 5	1.4
Total	100.0

Las embarazadas que han sido visitadas en sus domicilios por los brigadistas, manifestaron que han recibido de ellos(as) información principalmente sobre la importancia de acudir al control prenatal, las señales de peligro en el embarazo, la casa materna y la conveniencia del parto institucional. (Cuadro 9).

Cuadro 9: Porcentaje de embarazadas que mencionaron haber recibido determinados mensajes de parte del brigadista. El Tuma-La Dalia, 2007.

Mensajes	Porcentaje (n=102)
Necesidad de ir al CPN	98
Señales de peligro en el embarazo	76
Casa materna	73.5
Parto institucional	71.5
Métodos de planificación familiar	52
Brigada de transporte de emergencias obstétricas	47
Conveniencia de tener un ahorro	10

Notas: a) Varias embarazadas citaron más de un mensaje. El cuadro excluye a las mujeres que no han sido visitadas por los brigadistas.

La gran mayoría de las embarazadas valoran positivamente el trabajo de los brigadistas. Sólo 7.9% lo consideran malo (Cuadro 10). Las que lo valoran positivamente refieren que los brigadistas realizan un buen trabajo y las apoyan, mientras que quienes lo valoraron mal adujeron que los(as) brigadistas les dedican poco tiempo y no visitan.

Cuadro 10: Distribución porcentual de las embarazadas, según las valoraciones que hacen las sobre el trabajo de los brigadistas. El Tuma-La Dalia, 2007.

Valoración	Porcentaje (n=101)
Excelente	5.9
Muy bueno	31.7
Bueno	45.5
Regular	8.9
Malo	7.9
Total	100.0

Nota: Una embarazada no respondió esta pregunta.

La gran mayoría de las entrevistadas están satisfechas con el desempeño del personal de salud. Nadie lo valoró como malo. (Cuadro 11)

Cuadro 11: Distribución porcentual de las embarazadas, según las valoraciones que hacen las sobre el personal de salud. El Tuma-La Dalia, 2007.

Valoración	Porcentaje (n=150)
Excelente	8.7
Muy bueno	25.3
Bueno	46.7
Regular	19.3
Total	100

Fuente: Encuesta embarazadas.

DISCUSIÓN

Trabajo conjunto del personal de salud y la red comunitaria en el desarrollo del plan de parto.

Una situación favorable en el Municipio de El Tuma-La Dalia es que la gran mayoría de las comunidades (85.6%) cuentan con brigadistas o parteras, y que el número de estos recursos comunitarios tienen a su cargo una cantidad de viviendas que es factible de cubrir, aunque no alcanza todavía las cifras planteadas por el MOSAF. En efecto, la concentración actual de 3.8 brigadistas o parteras por cada 1,000 habitantes significa que, en promedio, cada voluntario tendría a su cargo una 263 personas, o sea unas 44 viviendas, mientras que el MOSAF aspira a que exista un brigadista por cada 20 viviendas.

El programa de capacitación tiene como aspecto positivo el uso de metodología de educación de adultos, muy participativa, e incluyendo prácticas de los procedimientos de trabajo. Se le agrega la disponibilidad de materiales didácticos sencillos, de fácil comprensión, incluso para personas de baja o ninguna escolaridad. Por otra parte, su principal defecto es que a veces las capacitaciones se han hecho en menor tiempo del requerido, lo que ha ocurrido principalmente cuando han estado a cargo del MINSA, y debido a limitaciones presupuestarias. Ha habido limitantes en cuanto a equipos y materiales didácticos, así como en las condiciones que ofrecen los locales de capacitación.

La cobertura de las embarazadas mediante visitas domiciliarias de los brigadistas, 68%, es satisfactoria, si se considera que una parte de ellas estaban en sus primeros meses de gestación, y tienen oportunidad de ser visitadas más adelante, en el transcurso del embarazo. Las embarazadas están recibiendo de los brigadistas información importante, como la importancia de acudir a CPN y del parto institucional, las señales de peligro en el embarazo, disponibilidad del servicio de la casa materna, las brigadas de transporte de las emergencias obstétricas y planificación familiar.

A la hora de evaluar el plan de parto, es importante notar que, en general, las embarazadas están satisfechas con el trabajo de los brigadistas, y que perciben que reciben de ellos(as) información útil para conservar salud. También hay satisfacción con la atención recibida de parte del personal de salud.

Por otro lado, el plan parto en El Tuma-La Dalia tiene como una limitante que, durante el período estudiado, no se había conseguido una adecuada participación de otras instituciones en el desarrollo del mismo, lo que reviste bastante importancia.

Atención institucional del parto.

Los datos disponibles sobre el número de partos atendidos institucionalmente reflejan un incremento en la cobertura del mismo, así:

Año 2003: 30.9%

Año 2004: 38.2%

Año 2005: 38.9%

Año 2006: 42.5%

Conocimientos de las embarazadas

El conocimiento sobre señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio es bastante superior al reportado en encuestas en el Pacífico¹⁴. Una razón importante para esta diferencia puede ser que la población estudiada en el Pacífico estaba constituida por las mujeres en edad fértil, la gran mayoría de ellas no embarazadas, mientras que en El Tuma-La Dalia, el estudio está restringido a las embarazadas, que lógicamente deben de estar más conscientes de sus riesgos. Agregado a lo anterior, se puede pensar que en El Tuma-La Dalia la red comunitaria está haciendo un buen trabajo educativo entre las embarazadas.

Es positivo también que las mujeres conozcan la casa materna, y por lo tanto, que pueden hacer uso de ella en caso de necesidad. Por otro lado, es deseable que se incremente el conocimiento sobre las brigadas de transporte de emergencias obstétricas, por el papel importante que estas juegan para salvar vidas cuando se presenta una complicación. Actualmente la conocen 56% de las embarazadas.

Es satisfactorio que la gran mayoría de las mujeres conozca al menos un anticonceptivo efectivo. Los más conocidos por las embarazadas son los inyectables y las píldoras. Cabe señalar que la esterilización quirúrgica femenina, que es el método más utilizado por las mujeres en el país, ha sido oído sólo por 62% de las mujeres en El Tuma-La Dalia.

Valoración de la mortalidad materna.

El nivel de la mortalidad materna de El Tuma-La Dalia, de 104 por 100,000 nacidos vivos, aunque alta en comparación con la observada en países desarrollados, puede valorarse como satisfactoria, si se considera la dispersión de la población y las grandes dificultades de acceso de las mujeres a los servicios de salud, en ese municipio. De hecho, el nivel de mortalidad aquí observado no difiere mucho del promedio nacional.

El hecho de que la mayor parte de las muertes maternas hayan ocurrido en el domicilio por un lado refleja la necesidad de seguir aumentando la cobertura del parto institucional, y por otro, explica en alguna medida la reducción observada en las muertes maternas, mientras ha venido aumentando dicha cobertura.

CONCLUSIONES

La calidad del plan de parto desarrollado en el Municipio de El Tuma-La Dalia puede valorarse como satisfactoria.

En general, tiene como una fortaleza la red comunitaria en que se sustenta: la mayoría de las comunidades cuentan con brigadistas, en una cantidad que, sin ser ideal, parece suficiente para atender a la población a su cargo. La capacitación que han recibido los miembros de esta red comunitaria ha sido conforme a los lineamientos de la metodología de capacitación de adultos, muy participativa, con material didáctico fácilmente comprensible, aunque con algunas dificultades como locales no siempre apropiados, a veces con el tiempo de capacitación recortado, y sin todo el equipamiento deseable.

La cobertura que alcanzan los brigadistas en su atención a las mujeres embarazadas es satisfactoria. Derivado de este trabajo de la red comunitaria.

Por otra parte, el plan de parto en El Tuma-La Dalia tiene como una debilidad que no se ha conseguido una adecuada participación intersectorial, y que el incremento observado en los partos institucionales no ha sido tan rápido como sería deseable.

Las mujeres están adquiriendo información importante, como la identificación de señales de peligro en el embarazo, existencia de la casa materna y métodos de planificación familiar.

Una condición que es claramente positiva es el descenso en el número las muertes maternas en el Municipio de El Tuma-La Dalia; siendo la mayor causa retención placentaria. (hemorragia post parto)

RECOMENDACIONES

- La dirección del centro de salud debe fortalecer las coordinaciones para lograr un trabajo intersectorial alrededor del plan parto.
- Continuar la capacitación de la red comunitaria, por parte del personal de salud capacitado de manera que se puedan cubrir las comunidades que no tienen este recurso, y de poder mejorar su concentración en la población.
- La dirección debe de revisar el proceso de capacitación de los brigadistas, de manera que se superen las debilidades encontradas.
- A partir de los resultados del presente estudio, conformar un círculo de calidad alrededor del plan parto, que permita el mejoramiento continuo del plan de parto en el Municipio de El Tuma-La Dalia.

BIBLIOGRAFIA

1. Gómez E. **Perfil epidemiológico de la salud de las mujeres en la región de las Américas**, Washington DC. OPS 1990.
2. Moreno J. **Factores de riesgo asociado a mortalidad materna en el HBCR en el periodo comprendido de Enero de 1999 a diciembre 2002**. Tesis, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-Managua.
3. Serrano Johnston. **Mortalidad Materna en el Hospital Regional César Amador Molina. Análisis de 20 años (87 – 06)**.
4. Sistema de las Naciones Unidas. **Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nicaragua, 2006**. Managua, 2006.
5. Mahler H. **Conferencia de maternidad sin riesgo**, Nairobi. 1987. OPS
6. Secretaría Técnica de la Presidencia, Gobierno de Nicaragua. **Estrategia Reforzada de crecimiento Económico y Reducción de Pobreza**. Managua 20 de Julio. Nicaragua 2001.
7. Juárez L. **Modulo Organización y Participación Comunitaria**. MINSA/ FONMAT/ PROSILAIS/ UNICEF 2002.
8. Ministerio de Salud. **Plan de Parto Para la Maternidad Segura**. Managua 2002.
9. Paredes A. y Rugama R. **Valoración de la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos, en el territorio de “La zompopera” municipio pantasma, Jinotega. 2007**. Tesis, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León.
10. CARE. **Manual del Facilitador en Salud. Módulo 5. Salud Materna: Un modelo para capacitador a Promotores de Salud**. CARE Perú. Pag 9, 12, 29. Julio 2002.
11. MINSA. **Pautas Generales para la Organización y la Normatización de Emergencias Obstétricas**. MINSA, Managua, 1999.
12. MINSA. **Política Nacional de Salud 1997 - 2002**. MINSA, Managua, 1997.
13. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Cruz Roja Americana. **Prácticas Familiares y Comunitarias Calves para la Salud y Nutrición del Niño**. Proyecto Regional AIEPI Comunitario. OPS/OMS, Serie HCT/AIEPI 62(7).E.

14. PROSIM-MINSA. **Salud sexual y reproductiva en dos poblaciones de Nicaragua. 1997.** Primera edición, Managua. PROSIM, MINSA 1999.
15. Rivera R y Mora R. **Valoración de la situación de la mortalidad materna en Matagalpa y Jinotega, y de las acciones desarrolladas para reducirla, a partir de 1997.** Tesis, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León.
16. MINSA. **Modelo de Atención Familiar y Comunitario (MOSAFC).** MINSA, Managua 2008.
17. MINSA. **Plan nacional de reducción de la mortalidad materna, Memorias para su elaboración.** Managua, Nicaragua, 1997.
18. Padilla K, McNaughton, H.2003. **La mortalidad materna en Nicaragua: Una mirada rápida a los años 2000-2002.**Managua, Nicaragua. Ipas Centro América.
19. INEC. **ENDESA 2001**
20. Mirta Roses Periago. OPS-USAID. **Estrategia regional para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna,** RESOLUCION CSP26, R23 Estados Unidos Septiembre 2002.

ANEXOS

CARACTERIZACIÓN DEL MUNICIPIO.

Nombre del Municipio: Tuma La Dalia.

Departamento al que Pertenece: Matagalpa.

Fecha de elevación a categoría de Municipio: 17 de Agosto de 1,989.

Distancia de la Cabecera Municipal y de la Capital: 175 Km. De Managua y 45 Km. De Matagalpa. (Cabecera municipal).

Posición Geográfica: El municipio esta ubicado en las coordenadas 13.1 latitud norte y 85.44 latitud oeste.

Extensión Territorial: 634 km².

Limites: Al Norte: Jinotega y Cúa.
Al Sur: Maniguas y San Ramos.
Al Este: Rancho Grande.
Al Oeste: Matagalpa.

Relieve: Predomina el terreno accidentado y montañoso, posee pocas tierras planas (60 % corresponde a terreno accidentado y 40% a terreno plano).

Clima y Precipitación: El Clima reúne características de bosques subtropical, semi húmedo, temperaturas entre 22 y 24 grados centígrados

Población General: 60,198 Habitantes / 73,500 (Alcaldía Municipal)

Densidad Poblacional: 95 Hab./ km².

Localidades: 15 Barrios, 20 Comarcas y 165 Comunidades.

Sector Urbano: 15,050 Habitantes (25%).

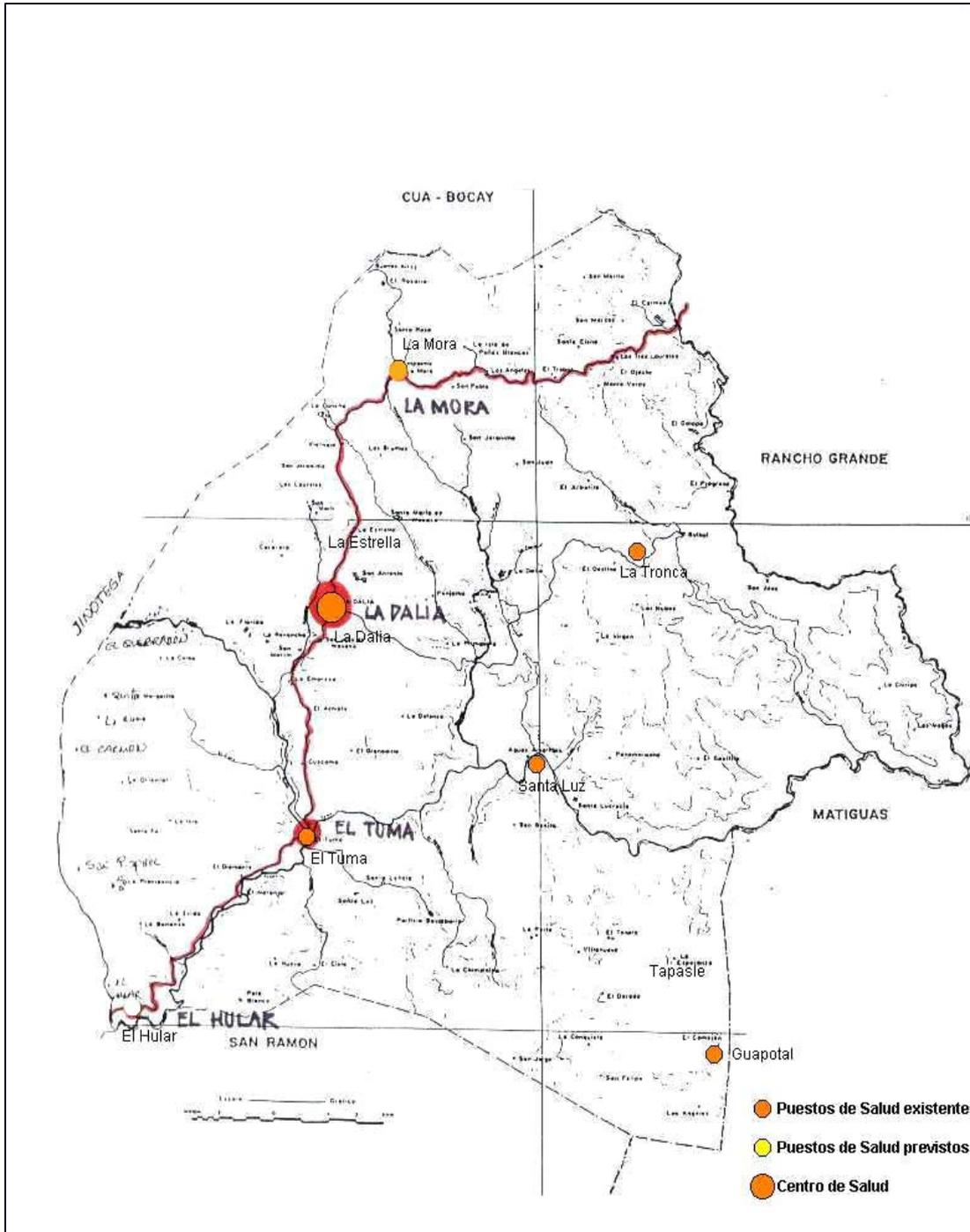
Sector Rural: 45,149 Habitantes (75%).

Principales actividades económicas: Agricultura, Ganadería y Comercio.

Religión Predominante: Evangélica y católica.

Esperanza de vida al Nacer: 65.5 años.

PLAN DE PARTO EL TUMA - LA DALIA



Ficha de recolección de datos estadísticos.

	2003	2004	2005	2006	2007
Partos					
Puerperio					
CPN					
Planificación familiar					

Guía de entrevista al personal de salud.

1. ¿Cómo valora la capacitación que reciben los brigadistas para trabajar en el plan parto?
 2. **¿Qué piensa de los recursos disponibles para su capacitación?** ¿son adecuados los recursos didácticos? ¿Disponen de equipos? ¿Han estado funcionando bien? ¿Los locales para la capacitación son adecuados?
 3. **¿Qué tan adecuado es el método de capacitación?** ¿En qué consiste? ¿Es participativo? ¿Qué tantas Incluye clases prácticas? ¿Se incluyen técnicas de relajación?
 4. **¿Cómo evalúan el aprendizaje de los brigadistas?**
 5. **¿Cuáles son los principales logros y dificultades en la capacitación de los brigadistas?**
-
6. **¿Cómo valora el desempeño de los brigadistas dentro del plan parto?** En particular, ¿qué tan bueno es el trabajo educativo que realizan los brigadistas? ¿Platican con la gente o sólo ellos hablan? ¿Logran cambiar las prácticas de la población?
 7. ¿Qué opina sobre el sistema de referencia y contrarreferencia entre la comunidad y el centro de salud? ¿Se realiza adecuadamente? ¿Se refiere a tiempo el paciente?
 8. ¿Cuáles son los principales logros y dificultades que hay en el trabajo de los brigadistas en el plan parto?

Cuestionario a embarazadas

Señora: Estamos platicando con mujeres embarazadas para valorar cómo han estado siendo atendidas, y qué se puede hacer para mejorar esa atención ¿Podríamos platicar, sabiendo que todo lo que diga será manejado confidencialmente?

Ficha numero:_____

1. ¿Cuántos años tiene?_____
2. ¿Fue a la escuela? *Si responde negativamente, anotar 0. En caso de que haya asistido, preguntar: ¿Cuál fue el último grado o año que aprobó? Calcule el número de años de escuela y anótelos:*_____
3. ¿Cuántos hijos ha tenido? _____
4. ¿Cuántos meses de embarazo tiene?_____
5. ¿Cuáles señales de peligro en el embarazo o en el parto me puede decir?

Señales	Si(1)	No(2)
Dolor de cabeza fuerte con chisperillo.		
Convulsión o ataque.		
Sangrado.		
Inflamación de manos y pies.		
Dolor en el vientre.		
El bebé no se mueve.		
Hemorragia.		
El niño asoma otra parte que no sea la cabeza.		
La placenta no sale.		

6. *Anote número de complicaciones mencionadas:*_____
7. *Si mencionó al menos una señal de peligro, preguntar: ¿Quién le ha enseñado sobre señales de peligro en el embarazo?*
 Médico o enfermera: Si___(1) No___(2)
 Brigadistas o partera: Si___(1) No___(2)
 Otro (familiar, amiga, etc) Si___(1) No___(2)
8. ¿Ha ido a control del embarazo en el centro de salud? *Anotar 0 si no ha ido ninguna vez. ¿Cuántas veces ha ido a control?:*_____

9. ¿La ha visitado un brigadista para hablarle sobre su embarazo? ¿Cuántas veces la ha visitado con este embarazo? ____ *Escriba 0 si nunca la ha visitado. Si no la visitado, pase a pregunta 11*

10. ¿De qué le habló el brigadista? *Espere respuesta espontánea. Sobre los temas que no haya mencionado, preguntar: ¿Le habló de...?*

Tema	Anote:		¿Le habló de...?	
	Si(1)	No(2)	Si(1)	No(2)
Necesidad de ir a control del embarazo				
Conveniencia de tener su parto en el centro de salud				
Señales de peligro en el embarazo				
Casa materna				
Brigada de transporte en caso de emergencia				
Métodos de planificación familiar				
Conveniencia de tener un ahorro				

11. ¿Qué tal es el trabajo que realizan los brigadistas para ayudar a las embarazadas a cuidar su salud?

Excelente__(1) Muy bueno__(2) Bueno__(3) Regular__(4) Malo__(5)

12. Por favor, razone brevemente su respuesta:

13. ¿Qué recomendaciones tiene sobre el trabajo de los brigadistas?

14. ¿Ha oído de las brigadas de transporte de emergencia?

Sí__(1)

No__(2) *Pasar a pregunta número 13*

15. ¿En qué consiste una brigada de transporte de emergencia? *Espere respuesta espontánea*

Respuestas	Si (1)	No (2)
Dice que son personas encargadas de transportar a la embarazada		
Habla de tener dispuestos medios de transporte (vehículo, bestia, hamaca)		

16. ¿Puede decirme el nombre de al menos una persona que sea parte de la brigada de emergencia de esta comunidad?
Da un nombre: Si__(1) No__(2)

17. ¿Ha oído hablar de la casa materna?
Si__(1)
No__(2)

18. ¿Para qué es la casa materna? *Espera respuesta espontánea*

Funciones mencionadas	Si(1)	No(2)
Para esperar el parto cerca del centro de salud		
Para estar bajo cuidado médico		
Para determinar si necesita traslado al hospital		

19. ¿Qué métodos de planificación familiar conoce? (¿Qué métodos puede usar una mujer para no salir embarazada?) *Luego de que la mujer haya mencionado los métodos que conoce, sobre los que no mencionó preguntar: ¿Ha oído hablar de...?*

Método de planificación familiar.	Menciona		Ha oído	
	Si(1)	No(2)	Si(1)	No(2)
Pastillas				
Inyecciones				
Condón.				
DIU				
Esterilización (operación) de la mujer				
Ritmo, collar				
Método de lactancia materna (*)				

(*) Pídale que lo explique, y sólo cuando diga que es lactancia materna o dar el pecho de manera exclusiva durante los seis meses después del parto, marque que lo conoce.

20. ¿Qué le parece el servicio que le brindan en el centro de salud a las embarazadas?
Excelente__(1) Muy bueno__(2) Bueno__(3) Regular__(4) Malo__(5)

21. Por favor razone brevemente su respuesta:

22. ¿Qué recomendaciones tiene usted para el personal del centro de salud?

Terminamos con las preguntas. ¿Ustedes tienen preguntas o quieren decir algo más?
¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO 1

FICHA PLAN DE PARTO.

Señas de Peligro del Embarazo

Señas de Peligro del Parto

Señas de peligro de la madre después del parto (Cuarentena)

Señas de peligro en el Recién Nacido

La vida de la madre y del recién nacido se cuidan mejor cuando se asiste oportunamente al control prenatal y el parto se atiende en el hospital o unidad de salud.

4

MINISTERIO DE SALUD
MINSa

Ficha de Plan de Parto

Para una Maternidad sin Riesgos

N° Ficha:

Nombre de la Embarazada:

Edad: Dirección:

Nombre de su marido o compañero:

Municipio: Comunidad:

Unidad de Salud:

Fecha de inicio Plan de Parto:

Quién lo inicia:

Seguimiento al Plan de Parto:

Fecha	Quién lo realiza
.....
.....
.....
.....
.....

1

Control del Embarazo

Fecha de mi Embarazo: DIA MES AÑO

Controles de Embarazo: 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Vacunas antitetánicas: DIA MES AÑO

Fecha de mi Parto: DIA MES AÑO

Preparativos para el Parto

¿Quién la acompañará?

El Compañero: 1 2 3 4 5 6

La mamá: 1 2 3 4 5 6

La Partera: 1 2 3 4 5 6

Amigos, Parientes: 1 2 3 4 5 6

Observaciones:

Personal de Salud: Partera: Familiar:

¿Quién la atenderá?

Hospital: 1 2 3 4 5 6

Unidad de Salud: 1 2 3 4 5 6

Su casa: 1 2 3 4 5 6

2

Preparando mis ahorros para el parto

¿Cuánto piensa que gastará para la atención de su parto?

¿Qué hará usted y su familia para recoger el dinero?

Observaciones:

¿Qué nombre le pondrá a su bebé? Niña: Niño:

Observaciones:

¿Piensa salir días antes de su comunidad? ¿Dónde?

Familia:

Casa Materna:

Observación:

¿Cómo piensa salir de la comunidad para atención de su parto o en caso de emergencia?

Transporte	Vehículo	Brigada de Transporte	Bestia
A quién le pertenece			
Donde se encuentra			
Tiempo que tardará en llegar el transporte a su casa.			
Tiempo que tardará de su casa a la unidad de salud.			

Observación:

¿Quién o quienes le pueden donar sangre en caso de necesidad?

Nombres:

Cuidado de la Familia: ¿Quién cuidará a sus hijos, casa y animales? Mamá Compañero Familiares Otro

Después del parto ¿Qué Método de Planificación Familiar Usará?

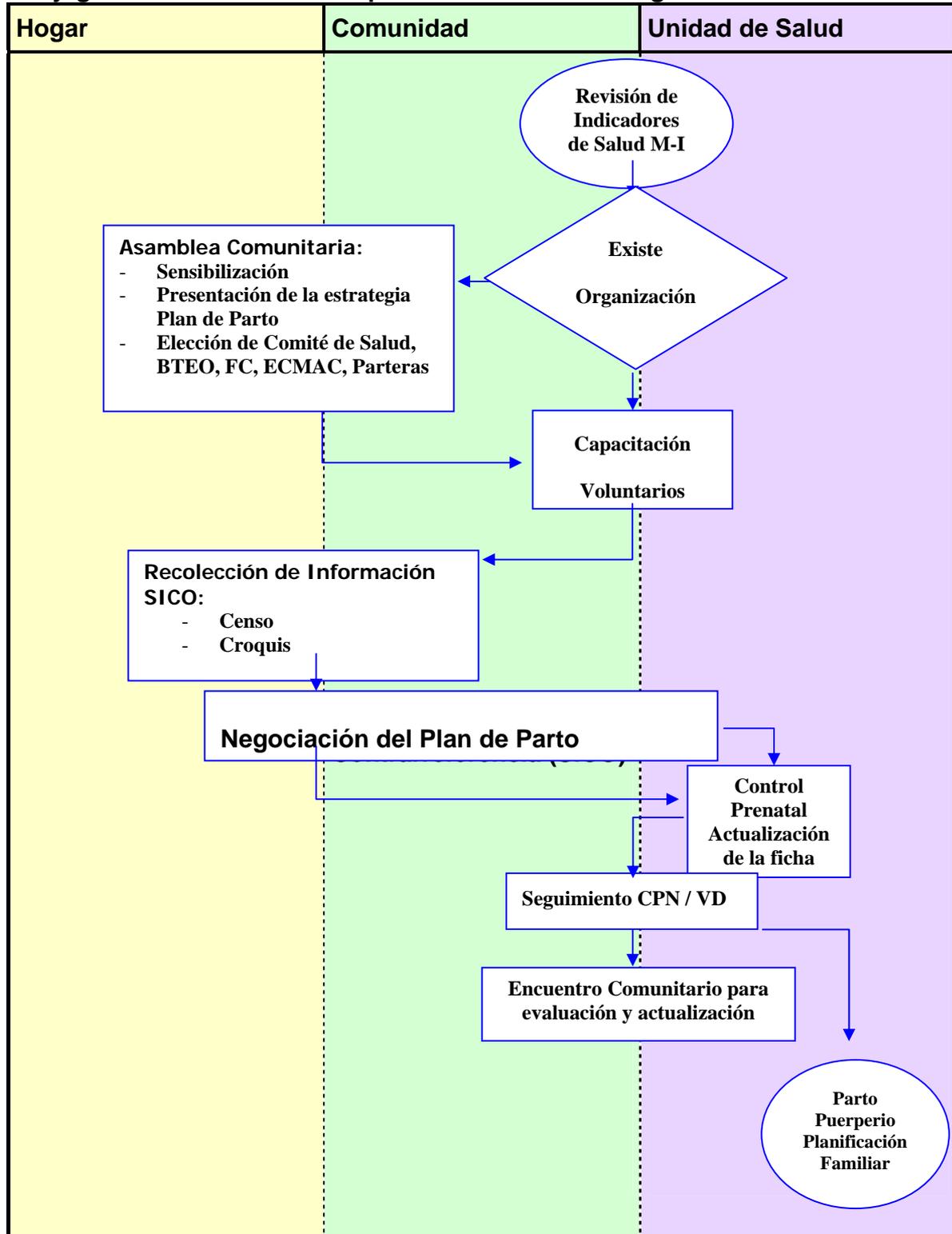
MELA DIU DIU DIU DIU DIU DIU

Observaciones:

3

ANEXO2

Flujograma del Plan de Parto para una Maternidad Segura



PLAN DE PARTO EL TUMA - LA DALIA

ANEXO 3

Plan de Parto Para la Maternidad Segura

Registro Comunitario Plan de Parto

SILAIS: _____ Municipio: _____ Unidad de salud: _____

Comunidad: _____ Periodo: _____

No. Casa	Nombres y Apellidos	Inicio del plan de parto				Resultados del plan de parto												
		Edad	Fecha de inicio del plan de parto	Ha recibido atención prenatal		Fecha probable del parto	Donde fue atendido su parto (Escriba fecha)			Recibió atención puerperal en un establecimiento de salud		Utiliza un método de planificación familiar		Fue trasladada por la brigada de transporte				
				Si	No		Establecimiento de salud	Casa	Otros	Si	No	Si	No	Si	No			

Nombre del voluntario: _____ Nombre del responsable de la U/S: _____

