

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO**



**ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO PARA LAS
CAUSAS DE INASISTENCIA AL PARTO INSTITUCIONAL DE GESTANTES
QUE REALIZARON EL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL PAMPAHASI BAJO EN EL 1er. SEMESTRE DEL 2011**

POSTULANTE: Lic. Estela Vela Quispe

TUTOR A: M.Sc. Judith Cámara Amaya

Tesis de grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum
en gerencia y gestión en Enfermería

La Paz – Bolivia

2013

INDICE DE CONTENIDOS

| | |
|-----------------------|-----|
| INDICE | i |
| AGRADECIMIENTOS | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| RESUMEN | iv |

CAPITULO I

| | |
|--------------------|---|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
|--------------------|---|

CAPITULO II

| | |
|--|----|
| Marco teórico | 4 |
| 2. Fundamento filosófico Jean Watson | 4 |
| 2.1. Filosofía y ciencia de la asistencia. | 4 |
| 2.1.1. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. | 4 |
| 2.1.2. Promoción de la enseñanza -aprendizaje interpersonal | 5 |
| 2.1.3. Provisión de un entorno de apoyo yprotección | 5 |
| 2.2. Referentes teóricos del proceso de parto | 5 |
| 2.2.1. Estrategias de adecuación cultural de la maternidad. | 6 |
| 2.2.2. Mujer y embarazo. | 7 |
| 2.2.3. Control prenatal..... | 8 |
| 2.2.4. La consulta en el control prenatal | 10 |
| 2.3. Signos de peligro que debe conocer la paciente embarazada | 10 |
| 2.3.1. Complicaciones comunes del embarazo..... | 10 |
| 2.3.2. Tipo de educación que debe recibir la paciente embarazada..... | 11 |
| 2.4. Parto..... | 11 |
| 2.5. Trabajo de parto..... | 12 |
| 2.5.1. Diagnóstico diferencial entre trabajo de parto verdadero y falso..... | 12 |
| 2.6. Parto..... | 13 |

| | |
|--|----|
| 2.6.1. Medidas asistenciales y apoyo durante el parto | 13 |
| 2.6.2. Descripción del parto | 14 |
| 2.6.3. Fases preliminares del parto..... | 14 |
| 2.6.4. Preparado de la paciente para el parto..... | 15 |
| 2.6.5. Edad materna y paridad..... | 16 |
| 2.6.6. Primiparidad precoz. | 16 |
| 2.6.7. Primiparidad tardía..... | 16 |
| 2.6.8. Atención del parto. | 17 |
| 2.6.9. Asistencia del parto..... | 17 |
| 2.7. Parto institucional | 18 |
| 2.7.1. Parto natural..... | 18 |
| 2.7.2. Parto humanizado..... | 19 |
| 2.8. Complicaciones del parto..... | 19 |
| 2.8.1. Parto precipitado. | 19 |
| 2.8.2. Nacimiento precipitado..... | 19 |
| 2.8.3. Parto prolongado..... | 20 |
| 2.8.3.1. Distocia por anomalías de las fuerzas expulsivas..... | 20 |
| 2.8.3.2. Anomalías del feto y sus anexos. | 20 |

CAPITULO III

| | |
|---|----|
| 3. REVISION BIBLIOGRAFICA | 22 |
| 3.1. Atención y vigilancia del embarazo..... | 22 |
| 3.2. El control prenatal una reflexión urgente | 22 |
| 3.3. Por una maternidad sin riesgos..... | 23 |
| 3.4. Factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional | 24 |
| 3.5. Factores culturales que influyen en la asistencia al control prenatal..... | 25 |

CAPITULO IV

| | |
|-----------------------|----|
| 4. JUSTIFICACION..... | 27 |
|-----------------------|----|

CAPITULO V

| | |
|--|----|
| 5. DISEÑO DE LA INVESTIGACION..... | 30 |
| 5.1. Planteamiento del problema..... | 30 |
| 5.2. Pregunta de investigación..... | 32 |
| 5.3. Hipótesis..... | 32 |
| 5.4. Objetivo general..... | 33 |
| 5.5. Objetivos específicos..... | 33 |
| 5.6. Tipo de estudio..... | 34 |
| 5.6.1 Técnicas..... | 35 |
| 5.6.2. Instrumento - cuestionario..... | 35 |
| 5.6.3 Población..... | 35 |
| 5.6.4. Lugar..... | 35 |
| 5.6.5. Muestra..... | 36 |
| 5.6.6. Tipo de muestreo..... | 36 |
| 5.6.7. Criterios de selección..... | 36 |
| 5.6.7.1. Criterios de inclusión..... | 36 |
| 5.6.7.2. Criterios de exclusión..... | 37 |
| 5.6.8. Unidad de análisis..... | 37 |
| 5.6.9. Aspectos éticos..... | 37 |
| 5.6.10. Método..... | 37 |
| 5.6.11. Operacionalización de variables..... | 38 |

CAPITULO VI

| | |
|-----------------|----|
| RESULTADOS..... | 40 |
|-----------------|----|

CAPITULO VII

| | |
|----------------|----|
| DISCUSION..... | 52 |
|----------------|----|

CAPITULO VIII

| | |
|-------------------------------------|----|
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 55 |
| 8.1. Conclusiones..... | 55 |

| | |
|---------------------------|----|
| 8.2. Recomendaciones..... | 58 |
|---------------------------|----|

CAPITULO IX

| | |
|--|----|
| 9. PLAN DE ACCION | 60 |
| 9.1. Propuesta de intervención para fortalecer el parto institucional..... | 60 |
| 9.1.1. Objetivo general | 60 |
| 9.1.2. Objetivos específicos..... | 60 |
| 9.2. Ejes de la propuesta | 60 |
| 9.2.1. Estrategia 1: Fomentar el acceso a los servicios de salud | 61 |
| 9.2.2. Estrategia 2: Fomentar la asistencia al parto institucional..... | 61 |
| 9.2.3. Estrategia 3: Proveer servicios de salud accesibles a las gestantes | 62 |
| 9.3. A la dirección..... | 62 |
| 9.4. Al equipo de salud | 63 |
| 9.5. Para las gestantes | 63 |
| 9.6. A las autoridades de salud del municipio..... | 64 |
| 9.7. Formulario de valoración de la comunicación interpersonal y orientación. | 65 |
| 9.8. Formulario de valoración de la comunicación para las parturientas | 67 |
| 9.9. Programa de capacitación para las gestantes. | 69 |
| 9.10. Resultado de coberturas alcanzadas en el centro de salud materno infantil..... | 70 |
| Cuadro comparativo 1er semestre 2011- 2012 de coberturas alcanzadas | 70 |
| Tríptico: importancia de la asistencia al parto institucional | 73 |

CAPITULO X

| | |
|---------------------------------|----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 74 |
|---------------------------------|----|

CAPITULO XI

| | |
|--------------|----|
| ANEXOS | 79 |
|--------------|----|

AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primer lugar a Dios todo poderoso por darme vida, salud y por haberme permitido culminar el presente trabajo de investigación.

Agradecer a todas las mujeres embarazadas y madres que confiaron y participaron para la recolección de la información y al personal de salud, en especial a la Dra. Raquel Herrera, por el apoyo y la motivación constante, y mi sincero agradecimiento a mi tutora M.sc. Judith Cámara Amaya, quien con su conocimiento, experiencia y comprensión me ha motivado para la culminación de la presente investigación.

DEDICATORIA

A mis hijas Belen y Daniela por brindarme su ternura, paciencia y comprensión para la elaboración de la presente investigación y a mi mamá por su apoyo incondicional.

RESUMEN

Es una prioridad del Ministerio de Salud y Deportes la atención del control del prenatal y parto institucional, en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo en el 1er semestre del 2011 algunas gestantes fueron abandonando el control prenatal en los últimos meses del embarazo, lo que generó como consecuencia la inasistencia al parto institucional en el establecimiento de salud de primer nivel de atención, de éste problema parte la necesidad de un estudio que identifique las causas de inasistencia al parto institucional, de las gestantes que asistieron a los controles prenatales, debido a que toda mujer gestante debe recibir cuidados basados en una asistencia técnica competente y humanizada con el objetivo de identificar las causas de inasistencia al parto institucional.

El tipo de estudio seleccionado es el descriptivo de corte transversal, que permitió describir y recolectar datos de mujeres que no asistieron al parto institucional en un tiempo limitado (1er trimestre del 2011), con un universo que comprende de 252 mujeres que asistieron al 1er control prenatal durante el 1er semestre del 2011 al Centro de Salud y como muestra se tomó a 60 mujeres que no asistieron al parto institucional, que sin embargo realizaron el control prenatal y retornaron al Centro de Salud después de haber dado a luz en su domicilio o en otro hospital de tercer nivel de atención de manera normal (Parto eutócico) .

Para la recolección de la información se utilizó información de fuente primaria de madres, a través de datos estadísticos como el SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud) y cuadernos de registro del establecimiento de salud en estudio, se aplicó métodos teóricos para la revisión y sustentación bibliográfica. Cuestionario a las mujeres que no asistieron al parto institucional y a partir de éste diagnóstico se ha obtenido los siguientes resultados:

Falta de información y orientación oportuna en la consulta prenatal que predomina con un 48.3%, en cambio el 58.3% de las mujeres manifiestan no estar satisfechas con el trato que brinda el personal de salud, en consecuencia predomina la desconfianza hacia el personal de salud para la inasistencia al parto institucional en el Centro de Salud en estudio, mostrándose en los resultados la preferencia para el parto el hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud con un 53.3% por presentar mayor infraestructura y personal de salud, las que querían tener a su bebés en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi bajo es el 16.7% las cuales han sido transferidas por falta de personal de turnos noche y fin de semana y otros partos han sido atendidos en el hospital de la mujer con un 15% y parto domiciliario atendido por el esposo o partera también fue el 15%.

Las transferencias medicas a los hospitales de tercer nivel son el 31.7% de las cuales terminaron dando a luz en sus domicilios o en otros hospitales, También cabe mencionar que el 53.3% de las mujeres no son tratadas con respeto por lo cual va predominando la falta de confianza hacia el personal de salud. Con los resultados obtenidos se llega a la siguiente conclusión: que los factores socioculturales son las que predominaron para la inasistencia al parto institucional como la falta de información, orientación oportuna en la consulta prenatal se debe insistir en la educación de la población gestante con estrategias educativas en cuanto a salud materna, Control prenatal continuo, parto en servicio de salud y enfatizar la importancia del parto institucional en un centro de salud de primer nivel de atención.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Es una prioridad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, la atención del control prenatal y el parto institucional, como un indicador que refleja las condiciones de vida de la mujer embarazada.

Las políticas nacionales de salud están orientadas a enfrentar la situación actual de salud Materno Infantil. La salud materna es un asunto de equidad y justicia social, las mujeres indígenas fueron las más vulnerables a morir, especialmente si viven en el área rural, donde tenían cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo, parto y postparto que las mujeres de las ciudades (64.3% comparado con el 15.3%). El porcentaje de mujeres embarazadas que presentaron complicaciones fue de 45%, mientras que el estándar internacional no alcanza al 15% (1).

La asistencia al control prenatal y parto institucional se ve reflejada por la mortalidad materna, debido a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y post parto, más aún si estas viven en áreas rurales y periurbanas. Se calcula que 7 de cada 10 muertes de mujeres podrían ser evitadas con la asistencia en un servicio de salud con atención calificada del parto. El alto número de muertes en servicios de salud pueden tener dos explicaciones: una, que la mujer y/o la familia busquen atención tardíamente; y, la segunda, que los servicios no cuenten con la infraestructura e insumos necesarios para atender las emergencias obstétricas y neonatales y/o que el personal no tenga las competencias técnicas para brindar una adecuada atención de calidad. (1)

El nuevo sistema nacional de salud, demanda que todos los servicios existentes se articulen y confluyan en un gran sistema de salud, para la atención integral a la mujer embarazada dentro un concepto intercultural al binomio madre niño, la

calidad y competitividad de un Centro de Salud de primer nivel debe estar orientado a las necesidades y demandas de la población.

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) garantiza la atención gratuita del control prenatal, parto en servicio de salud, atención al recién nacido y niño(a) menor de 5 años mediante el paquetario de prestaciones de servicios.

El Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, es un Centro de Salud de primer nivel de atención ubicado en la zona Este de la ciudad de La Paz, pertenece a la Red de Salud N° 4 Este del Distrito Municipal N° 16, cuenta con una población actual de 18.262 habitantes y una población de mujeres gestantes de 574, tiene dependencia del Ministerio de Salud y Deportes, a través del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES) y las Redes de Salud.

El Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, brinda servicios en las especialidades de medicina general, ginecología, pediatría y odontología las 24 horas del día, incluidos sábados, domingos y feriados con una capacidad de internación de cuatro camas para partos y tres para otras emergencias. Tiene una estructura organizacional administrativa definida con 24 funcionarios entre ellos médicos, licenciadas en enfermería, auxiliares en enfermería y personal administrativo.

El Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, logró alcanzar sólo el 31% de atención de parto institucional en la gestión 2010. A partir de éstas premisas de bajas coberturas, nace la temática de investigación debido a que las mujeres que no asistieron al parto institucional refirieron que tenían poca confianza hacia el personal de salud, asimismo se determinó la inaccesibilidad por la falta de transporte en horas de la noche y falta de información y orientación sobre la importancia del control prenatal y el parto Institucional.

Las mujeres gestantes que han cumplido con los controles prenatales, en muchos casos han sido transferidas por los médicos a centros de tercer nivel de atención por presentar complicaciones o embarazos de alto riesgo, los cuales terminaron en partos normales eutócicos. El 53.3% tuvieron a sus bebés en el Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud y el 15% tuvo parto domiciliario por el tiempo de espera prolongado en el centro de salud, las cuales retornaron después de haber dado a luz fuera del centro de salud en estudio.

Por todo lo expuesto, se conoce la percepción de las mujeres sobre la atención recibida en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, a través de un cuestionario aplicado a mujeres que no asistieron al parto institucional y dieron a luz fuera de la institución en estudio, información que permitió de forma objetiva conocer las causas de inasistencia al parto institucional, de ésta manera se propone una estrategia de fortalecimiento para mejorar las coberturas de atención de partos institucionales.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. FUNDAMENTO FILOSOFICOJEAN WATSON

2.1. FILOSOFIA Y CIENCIA DE LA ASISTENCIA

Watson basa su teoría del ejercicio profesional de la enfermera, en el componente fenomenológico dinámico relacionado con las personas que participan en este proceso, formulando un sistema de valores humano – altruista que se adquieren en las primeras fases de la vida, facilita la promoción de una asistencia de enfermería integral que favorece la salud en la población de pacientes y en la promoción del bienestar ayudando a adoptar conductas de restauración de la salud logrando satisfacción al prestar esta ayuda.

2.1.1. Desarrollo de una relación de ayuda – confianza

El desarrollo de una relación de ayuda – confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el éxito de la asistencia transpersonal. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de los sentimientos positivos y negativos implicando congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz. La congruencia supone una conducta real, honesta, genuina y auténtica.

La empatía es la capacidad de experimentar y comprender las percepciones y sentimientos de las otras personas y de comunicarle ésta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra mediante un tono moderado al hablar, un gesto abierto y relajado con expresiones faciales congruentes con otras formas de comunicación. La comunicación eficaz comprende elementos cognitivos, afectivos y de respuesta conductual.

2.1.2. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal

Permite mantener al paciente informado, por tanto, traslada la responsabilidad del bienestar y la salud de su persona al propio paciente. La enfermera favorece éste proceso con técnicas de aprendizaje – enseñanza diseñada, para permitirle alcanzar dotes de auto cuidado, determinar sus necesidades personales y fomentar su desarrollo personal.

2.1.3. Provisión de un entorno de apoyo y protección

Watson opina que las enfermeras tienen mayores responsabilidades, por ello, deben reconocer la afluencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas. En el entorno interno, está el bienestar mental, espiritual y las convicciones socioculturales de las personas, entre los factores del entorno externo están la comodidad, la confidencialidad, la seguridad de un ambiente estético y limpio.

Para Watson la enfermera debe estar preparada ante los posibles sentimientos tanto positivos como negativos, con el fin de facilitar el desarrollo de los pacientes en actividades que comprenden desde la promoción de la salud hasta la adopción de acciones preventivas, ésta meta se alcanza enseñando a los pacientes a asumir cambios personales que favorezcan su salud, ofreciéndoles apoyo en cada situación, instruyéndoles el método de resolución de problemas y revelándoles su capacidad de esforzarse y adaptarse a las pérdida que experimenta.

2.2. REFERENTES TEORICOS DEL PROCESO DE PARTO

Existen evidencias prehistóricas de la atención del parto en restos neolíticos y precolombinos que datan aproximadamente de siglos atrás, siendo denominada como una de las atenciones médicas más antiguas que beneficiaron a la

especie humana, las mismas que fueron atendidas por parteras tradicionales empíricas de todas las sociedades. En algún momento de la evolución humana, la atención del parto traspasó la barrera médica por la presión selectiva de tener servicios domiciliarios adecuados y humanizados respetando sus valores culturales.

El control prenatal y el parto institucional dentro las sociedades empezaron a generar conciencia sobre la importancia del parto asistido, para sí coadyuvar en la disminución de los riesgos obstétricos durante el proceso del parto con la finalidad de evitar la morbi-mortalidad materno infantil.

Todo ello ha llevado a una adherencia positiva de las mujeres gestantes a la asistencia al parto institucional con la implementación del seguro Universal Materno Infantil (SUMI), para que en el futuro se logre concientizar a todas las mujeres sobre los beneficios de éste seguro.

Para cumplir con el objetivo de disminuir la inasistencia al parto institucional, se plantea la propuesta de intervención para fortalecer las coberturas del parto institucional mediante programas de capacitación a la mujer embarazada mediante el equipo de salud con apoyo de la Dirección del Centro de Salud.

2.2.1. ESTRATEGIAS DE ADECUACIÓN CULTURAL DE LA MATERNIDAD

La adecuación cultural de los servicios de salud representa una estrategia fundamental para superar las barreras culturales que dificultan el acceso de la mujer a los servicios de salud.

Es prioritario ofrecer una atención de calidad a mujeres y niños, reflejando sus expectativas, necesidades, tradiciones, respetando la diversidad de creencias y prácticas culturales con relación al embarazo, parto y el puerperio. El mejoramiento de las condiciones de vida será posible a través de la puesta en

marcha de una estrategia de humanización de la atención y adecuación cultural de los servicios de salud.

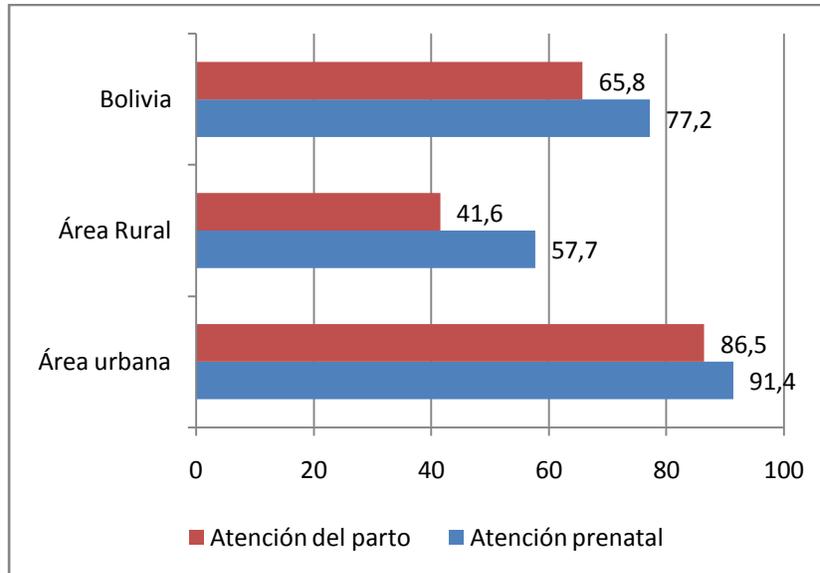
2.2.2. MUJER Y EMBARAZO

La presencia de la mujer es decisiva en el desarrollo social y económico del país. La salud y el bienestar de las mujeres son de suma importancia por ser el núcleo fundamental de la familia y la comunidad, por sobre todo por ser el sostén para las generaciones futuras.

El nacimiento de un niño o niña, es un acontecimiento que representa la culminación exitosa del proceso de gestación y reproducción humana. Según las políticas del gobierno nacional, toda mujer tiene derecho al cuidado materno básico durante el embarazo y el parto a través del Seguro Universal Materno Infantil. Estos comprenden la atención prenatal de calidad y un parto limpio y seguro en los diferentes Centros de Salud.

Muchos estudios demuestran que la atención prenatal temprana y regular es importante tanto para la salud de las madres como para sus bebés. En Bolivia, según las normas de atención prenatal y asistencia del parto en servicio de salud, se define como una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas con las embarazadas con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008, la cobertura del control prenatal en general es alta por que el 77% de mujeres asisten a sus controles prenatales, mientras que en el área rural este porcentaje desciende a 58%, según la misma fuente la atención del parto por médico se ha incrementado a 66% a nivel nacional, los porcentajes en el área rural son más bajos 42% tal como se establece en el siguiente gráfico.



Fuente: Plan estratégico nacional para mejorar la salud Materna perinatal y neonatal en Bolivia 2009 - 2015

2.2.3. CONTROL PRENATAL

Es la atención médica periódica que se presta a la embarazada con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, prevenir y tratar las complicaciones maternas fetales, preparar física y psíquicamente para el parto y la atención de su hijo a fin de disminuir los riesgos de morbilidad materna, fetal y perinatal (4).

El control prenatal es el cuidado de salud de la madre y el niño por nacer, tiene como finalidad obtener un niño sano, nacido en término de nueve meses con un peso normal, que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su niño. En este sentido, Schuwarcs en su libro Obstetricia señala que: “El control pre natal es igual a vigilancia prenatal, asistencia prenatal, a la serie de contactos entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener de esta manera una adecuada preparación para el parto y la posterior crianza del niño (5)”

Por tanto, el control pre-natal se centra en:

- **Precoz:** el control deberá iniciarse lo más temprano posible en el primer trimestre de la gestación, con la finalidad de permitir la ejecución oportuna de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control prenatal, además con la finalidad de identificar embarazos de alto riesgo y planificar eficazmente el manejo de cada caso.
- **Periódico:** la frecuencia de controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada, para determinar si presentan embarazos de alto riesgo, las cuales requerirán un mayor número de consultas y las de bajo riesgo requieren un número menor de consultas. Algunas normas fijan un número de cinco consultas entre las semanas veintitrés y veintisiete y una cada cuatro semanas a partir de la semana veintisiete. Otras normas plantean un número mayor de controles prenatales, uno de cada tres semanas entre las semanas veintisiete y treinta y seis, luego uno de cada dos semanas desde las treinta y seis hasta el término.
- **Completo:** garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la mujer y el producto en curso.
- **Extenso:** para realizar un control prenatal efectivo no se requieren instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; Sin embargo, se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente.

2.2.4. La consulta en el control prenatal

Debe ser: precoz, periódico, completo, amplia cobertura y gratuito.

- **Precoz:** cuanto más antes se inicie la atención prenatal, tanto mayor será la posibilidad de detectar los factores de riesgo.
- **Periódica:** la OMS recomienda un mínimo de 5 controles prenatales: la primera consulta antes de las 20 semanas el número de controles prenatales podrá ser incrementado de acuerdo a la evolución del embarazo (4).

2.3. SIGNOS DE PELIGRO QUE DEBE CONOCER LA EMBARAZADA

- Dolor o cólico abdominal o pélvico.
- Contracciones uterinas frecuentes o sensación indolora.
- Hemorragia vaginal.
- Eliminación de exudado acuoso.
- Disminución importante de los movimientos fetales.
- Cefalea intensa o visión borrosa.
- Vómitos persistentes, escalofríos o fiebre (12).

2.3.1. Complicaciones comunes del embarazo que deben prevenirse mediante un buen cuidado prenatal

- Anemia por deficiencia de hierro o ácido fólico.
- Infecciones de vías urinarias y pielonefritis.
- Hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia).
- Trabajo de parto y parto prematuro.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Enfermedades de transmisión sexual y su efecto en el recién nacido.

- Macrosomía fetal.
- Isoinmunización Rh.
- Presentación pélvica al término.
- Hipoxia o muerte fetal por parto prolongado o nacimiento de postérmino(12).

2.3.2. Tipo de educación que debe recibir la paciente embarazada

Asesoría sobre el embarazo, el trabajo de parto y el parto, el cuidado del niño y la maternidad, así como las complicaciones comunes de la gestación y la mejoría general de la salud que es parte integral del cuidado prenatal.

Esta información puede presentarla la enfermera o el médico a través de breves sesiones de grupo mediante videos o carteles (mientras la gestante aguarda en la sala de espera) proveerlas de libros y folletos para que pueda leer e informarse. Es vital que el contenido del material de lectura se redacte en forma apropiada para las gestantes, caso contrario el beneficio será nulo (12).

2.4. PRE-PARTO

Es el periodo de actividad uterina creciente que corresponde a las últimas semanas de la gravidez. Después de las treinta semanas de gestación se produce un aumento gradual de la intensidad y la frecuencia de las contracciones de braxtonHicks, las que invaden áreas progresivamente mayores del útero a la vez que adquieren un ritmo más regular. Entre ellas se registran las pequeñas contracciones del tipo a, cuyo número disminuye a medida que el parto progresa, las contracciones del útero constituyen uno de los factores que causan la maduración progresiva del cuello uterino que ocurre durante el parto(5).

2.5. TRABAJO DE PARTO

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene por objeto, la salida del feto por las vías genitales maternas.

El trabajo de parto se divide en tres periodos:

- El primer periodo corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino.
- El segundo periodo corresponde a la expulsión del feto.
- El tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales (Placenta y membranas); se lo denomina periodo placentario o de alumbramiento.

Se denomina “fenómenos activos” del trabajo de parto a las contracciones uterinas y a los pujos, y “fenómenos pasivos” a los efectos que aquéllos tienen sobre el canal del parto y el feto (5).

2.5.1. Diagnóstico diferencial entre trabajo de parto verdadero y falso

Antes de que comience el trabajo de parto verdadero, las mujeres pueden mostrar un “trabajo de parto falso” la enfermera debe diferenciar entre esta entidad y las contracciones uterinas eficaces, por que las contracciones del parto verdadero producirán un grado demostrable de dilatación del cuello en el curso de unas horas, en tanto, que las contracciones del parto falso no modificarán tal estructura. En ésta situación el punto más importante para diferenciar entre el parto falso y verdadero es saber si las contracciones uterinas tienen como consecuencia el borramiento y la dilatación cervical, las contracciones falsas pueden comenzar incluso tres o cuatro semanas antes de

la terminación del embarazo las mismas que pueden estar acompañadas de molestias (13).

2.6. PARTO

Función del organismo femenino por medio de la cual se expulsa el producto de la concepción desde el útero por el canal del parto hacia el exterior. Cuando el parto se inicia sin que hayan intervenido agentes externos, se denomina espontáneo, en caso contrario se considera provocado o inducido. Si evoluciona sin que haya ninguna desviación fisiológica, se denomina normal o eutócico; si durante el parto ocurriera alguna alteración se lo considera distócico. Si termina bajo la sola influencia de las fuerzas naturales, se llama espontáneo o natural; si hubo alguna intervención manual o instrumental, se trata de un parto artificial.

Si durante el parto de iniciación espontánea se practicó la amniotomía en forma precoz, o se administraron a la madre oxitócicos, analgésicos, anestésicos o tranquilizantes, se habla de parto médico, dirigido o corregido(5).

2.6.1. Medidas asistenciales y apoyo durante el parto

Es importante que la enfermera tenga una actitud de apoyo y empatía hacia la mujer, para interpretar los datos de la evolución del parto y hacer con toda pericia algunas técnicas. Hay que señalar que la “atención de apoyo” no solamente incluye aspectos emocionales, sino también, asistencia física en el conjunto global de la asistencia, y que contribuya al bienestar y la comodidad de la madre y a su equilibrio emocional.

La comodidad de la mujer mejora si se le aplica un baño de esponja, se la limpia la boca, si se masajea la espalda y se da una explicación antes de cualquier técnica, para hacerla sentir que es una persona digna de toda atención(13).

2.6.2. Descripción del parto

Parto es el momento de la expulsión del feto (mayor a 500 gramos), por vía vaginal después de cumplidas las 20 semanas de gestación. Es de bajo riesgo cuando el embarazo ha tenido una evolución normal y ha alcanzado de 37 a 41 semanas de gestación, donde no se han detectado factores que puedan alterar su acontecimiento normal o fisiológico. Es espontáneo cuando en su iniciación no ha intervenido agentes externos, ó caso contrario se denomina provocado o inducido (6).

Durante la atención del parto en servicio de salud, existen tareas que deben cumplirse durante los diferentes periodos del trabajo de parto como: el periodo de dilatación, periodo expulsivo, alumbramiento y el puerperio (6).

2.6.3. Fases preliminares del parto

Para una mejor interpretación la embarazada suele acercarse al parto con dos temores específicos: ¿será normal mi bebé, cuán doloroso será el parto? Estas preocupaciones ocupan un lugar preferente en el pensamiento de la mujer y las personas que participan en el cuidado de la madre y el feto, por lo que, el personal de salud deberá inspirar confianza de ser amigos de la madre y que desean evitarle todo dolor posible dentro los límites de seguridad para la madre y su hijo.

Así como indica MotherCare: “El miedo es el principal productor del dolor en un parto que podría ser normal, probablemente el miedo pueda ejercer un efecto perjudicial en la calidad de las contracciones uterinas y en la dilatación del cuello uterino” (7).

“Otro de los factores que entorpecen el acceso al Centro de Salud es la no valoración cultural de la concepción de la salud y enfermedad de los pueblos

originarios, entender que el blanco representa la muerte, los ambientes fríos y limpios, con colores claros no coincidentes con sus creencias y tradiciones” (8).

2.6.4. Preparado de la paciente para el parto

La orientación básica de la enfermera ha sido la asistencia directa, pero para éste momento debe ampliar sus responsabilidades, para incluir las necesidades del obstetra y otros profesionales afines, por tal razón, la enfermera debe captar no solo las “pistas” que le envía la parturienta, sino también las del resto del personal de salud (13).

Durante la preparación de la paciente para el parto, es importante tomar los siguientes aspectos:

Que el personal de salud busque el equilibrio de las medidas higiénicas adecuadas de la embarazada según su cultura.

Asegurar respeto a los valores sociales y culturales, con la finalidad de favorecer la evolución del trabajo de parto, más que la estricta observancia de medidas higiénicas

Orientar constantemente sobre los procedimientos a efectuarse en un ambiente de confianza que favorezca una actitud de cooperación entre la paciente y el equipo de salud.

Estimular la participación del esposo y familiares para que acompañen a la embarazada durante el trabajo de parto, parto y post parto.

Procurar que la paciente tome confianza y actúe espontáneamente.

Dentro éste marco la investigación se enmarca en los aspectos de salud, tomando en cuenta a Mauricio Lefcovich para quien “la concientización, el liderazgo comprometido, la adecuación cultural, la motivación del personal, la

calidad de vida en el trabajo y la creatividad aplicada”, son aspectos fundamentales para el buen desarrollo de la preparación del parto.

2.6.5. Edad materna y paridad

Se considera a las embarazadas de 20 a 30 años como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal y neonatal aumenta tanto en las madres adolescentes como en las que tienen más de 35 años.

2.6.6. Primiparidad precoz

Se considera así cuando el primer parto ocurre antes de los 17 años de edad puede existir maduración y estallido folicular y por lo tanto fecundación, pero el embarazo sorprende a la joven con un aparato genital insuficientemente desarrollado infantil. Puede haber abortos o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido. En el parto pueden sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano (5).

2.6.7. Primiparidad tardía

Cuando la mujer tiene su primer parto después de los 30 años de edad se la rotula de primípara añosa. El útero, que durante tantos años ha estado recibiendo periódica y cíclicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales: elasticidad y contractibilidad al sufrir degeneración fibrosa. La falta de extensibilidad del músculo uterino puede ser causa de interrupción de la gestación. En el parto y alumbramiento, el útero se contrae con escasa energía (hemorragias consecutivas)(5).

2.6.8. ATENCION DEL PARTO

Conceptos básicos:

- Conocimiento estricto de la asepsia y antisepsia.
- Responsabilidad y capacidad para asistir partos.
- Manejo conservador para obtener el mayor número de partos espontáneos.

2.6.9. Asistencia del parto

Conducta al iniciar el parto:

- Examen minucioso y completo de la parturienta.
- Examen físico general, temperatura, hidratación, pulso y tensión arterial y examen obstétrico.

Conducta durante el periodo dilatante.

- Si corresponde, enema evacuante.
- Evaluación espontánea de la vejiga.
- Rasurado parcial de los genitales.
- Lavado vulvoperineal.
- Permanencia en cama si presenta bolsa rota, debe deambular si esta íntegra la bolsa.
- Alimentación líquida e hidratación.

Conducta especial durante el periodo dilatante

- Controlar las contracciones.
- Control de los latidos fetales.
- Apoyo psicofísico.
- No permitir los pujos hasta que se complete la dilatación.
- En lo posible, no practicar amniotomía y evitar el uso de tranquilizantes, analgésicos, anestésicos y oxitócicos (5).

Conducta durante el periodo expulsivo

- Rotura artificial de la bolsa.
- Vigilancia continúa de las contracciones y los latidos fetales.
- Apoyo Psicofísico.

Conducta durante el desprendimiento.

- Preparación aséptica del campo y del material.
- Posición semisentada.
- Apoyo psicofísico.
- Protección del periné.
- Episiotomía en nulíparas.
- Expulsada la cabeza, se deslizan las circulares si las hubiera (5).
- Desprendimiento de los hombros traccionando la cabeza tomada por los parietales, primero hacia abajo, luego hacia arriba y de nuevo hacia abajo.

2.7. PARTO INSTITUCIONAL

Se denomina parto institucional a aquel parto atendido en el servicio de salud comprendida por la atención del equipo multidisciplinario de salud, no incluye el parto domiciliario atendido por partera o algún familiar aunque estas hayan sido capacitadas por el personal de salud.

2.7.1. Parto natural

El parto es un proceso natural de vida reproductiva de la mujer, en la mayoría de los casos, los partos evolucionan normalmente sin requerimiento de extraños para no sufrir agresiones innecesarias al cuerpo y la dignidad de la mujer, desde ésta perspectiva el embarazo y el parto son eventos naturales y momentos felices para la parturienta y la familia.

2.7.2. Parto humanizado

El parto humanizado enfatiza la preservación de dignidad de la parturienta, lo cual, debe realizarse en un ambiente cálido, respetuoso, confortable cómodo y limpio, un trato que establezca un diálogo constructivo entre el personal de salud y la parturienta. Asimismo, se debe tomar en cuenta la vivencia de la mujer en los diferentes momentos del parto, tanto en su sentir y vivir.

Por tanto, el parto humanizado facilita que ésta experiencia sea agradable, así como los sentimientos y emociones durante este proceso.

2.8. COMPLICACIONES DEL PARTO.

2.8.1. Parto precipitado.

Es peligroso porque quizá no permita dar tiempo a la mujer de llegar al hospital. El parto precipitado es más probable en multíparas, en mujeres que han usado fajas apretadas que obligaron a la parte que se presenta a descender a las pelvis durante los últimos meses de la gestación, y en mujeres cuyos tejidos pélvicos están relajados.

2.8.2. Nacimiento precipitado.

Aumenta el peligro de lesión para la madre y el niño, la mujer puede sufrir desgarros extensos del cuello uterino, vagina, perineo y también puede experimentar hemorragias y choque. El niño puede asfixiarse al nacer debajo de las ropas de la madre o en el líquido amniótico; puede sufrir lesión intracraneal o fractura del cráneo al ser expulsado con fuerza cuando la madre está de pie también es posible que el cordón umbilical se desgarre o desprenda, también se presenta cuando se ha administrado analgesia excesiva y no se vigila cuidadosamente a la mujer, o cuando trata de defecar haciendo fuerza.

2.8.3. Parto prolongado

Suele considerarse que hay parto prolongado cuando los tres periodos tardean más de 24 horas en completarse. Las contracciones pueden hacerse débiles, irregulares e inespecíficas.

El parto prolongado no significa parto anormal, si no hay signos de trastorno fetal y materno, un parto demasiado prolongado puede causar fatiga de la madre y trastornos fetales que exige tratamiento activo por quienes la atienden.

2.8.3.1. Distocia por anomalías de las fuerzas expulsivas

Es cuando las contracciones del útero se tornan perezosas, débiles, irregulares y por ello ineficaces, se dice que es inercia uterina.

2.8.3.2. Anomalías del feto y sus anexos

- **Posición occipital posterior:** probablemente la causa fetal más común de distocia sea la posición occipital posterior ocurre en 40, 50 por 100% de los casos, pero por fortuna se corrige espontáneamente antes del parto y no da motivo a preocupación.
- **Presentación de cara:** cuando la parte más baja del feto en el conducto de parto es la cara, en lugar de estar flexionada como en la presentación de vértice, la cabeza se halla en extensión completa, esta presentación de cara es una anomalía que ocurre aproximadamente en una de cada 250 partos.

- **Presentación transversa:** estas presentaciones no son comunes, pues ocurren en menos de uno en cada 200 partos como en el caso de embarazos gemelares, no es raro que el segundo feto se presente de esta manera.

Las causas de estas presentaciones son embarazo múltiple, feto muerto, pre madurez, monstruosidad fetal, polihidramnios, tumores pélvicos, placenta previa y pelvis deforme.

- **Presentación de cordón umbilical y prolapso de cordón:** El prolapso de cordón puede presentarse en cualquier en quien es defectuoso el ajuste de la parte que se presenta con la pelvis, es favorecida por la múltiparidad, embarazo gemelar, presentación de nalgas, transversa, pre madurez, cordón largo, abdomen colgante donde el feto puede morir por asfixia causada por compresión de los vasos del cordón.
- **Presentación de nalgas:** ocurre como en 3 por 100 partos a término en la cual el feto está sentado en el estrecho pélvico con las piernas en posición de acucillada.

CAPITULO III

3. REVISION BIBLIOGRAFICA

3.1. Atención y vigilancia del embarazo

Carlos Eric González Becerril, Coatepec México, 2012

Menciona que con la difusión continua de los servicios de atención prenatal en el primer nivel de atención en salud, con ayuda del personal de salud, sobre todo de los cuidadores de la salud y la comunidad en general, se obtendrá mayor participación de las embarazadas para la asistencia al control prenatal y parto al establecimiento de salud de primer nivel de atención(2).

3.2. El control prenatal una reflexión urgente

Flor de María Cáceres Manrique. Colombia, 2009.

Reflexionar sobre las barreras de acceso al control prenatal, es una estrategia para detectar tempranamente los riesgos del embarazo e instaurar el manejo adecuado para prevenir complicaciones y preparar a la gestante para el parto, no todas las gestantes logran acceder al control prenatal por diferentes razones, la mayoría ajenas a su voluntad.

Resultados: percepción de la calidad del control prenatal, como buena corresponde al 68%, las consultas adecuadas un 50%, la cobertura de atención de control prenatal por parte del médico al 87%, por parte de las enfermeras el 7%, y sólo un 64% de las gestantes recibió información y orientación sobre las complicaciones en el embarazo, algunas gestantes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal de salud.

Conclusiones: profundizar el control prenatal es una estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar atención adecuada a la gestante y disminuir la morbi-mortalidad de madres y niños.

A pesar de que el control prenatal es una prioridad en todos los planes y programas de salud, no todas las mujeres asisten, y quienes lo hacen, muestran insatisfacción con el servicio, esto se debe a ciertos factores individuales y barreras de acceso a los servicios de salud.

3.3. Por una maternidad sin riesgos

Ransom Elizabeth y Yinger Nancy EE.UU. 2002.

Las mujeres dejarán de morir por el embarazo y el parto cuando puedan planear el momento de tener hijos, dar a luz con la asistencia de personal salud capacitada y tener acceso al tratamiento de alta calidad si surgen complicaciones. Esto es posible incluso en lugares de bajos ingresos, pero se requiere la realización de mejoras continuas en los sistemas de salud. (3)

Las mujeres con frecuencia no tienen autoridad para tomar la decisión de buscar atención médica durante el embarazo, ello, es sólo uno de los aspectos de la maternidad sin riesgo. En muchos países las mujeres tienen poca educación, su nutrición es deficiente y carecen de autoridad para tomar decisiones, además de tener limitados recursos e insuficiente acceso a los servicios de salud.

La reducción del riesgo materno exige un compromiso, en el hogar, la comunidad, el país y a nivel internacional. Es decir, un compromiso por reducir la desigualdad y mejorar la autonomía de las mujeres para asegurar que el embarazo y el parto sean experiencias sin peligro, gratificante y de alegría plena. (3)

3.4. Factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en mujeres gestantes

Chura Ninfa Amanda La Paz - Bolivia 2006.

El Centro de Salud Pucarani, tiene una escasa demanda en la atención del parto institucional, ésta se atribuye a factores sociales que limitan el uso del Centro de Salud, debido a ello, la prestación de servicios es inapropiada por factores culturales, trayendo como consecuencia la intervención de las parteras (usuyiris) que asisten a la mujer durante el parto.

Concebir al niño como algo natural debe ser la concepción acorde a sus vivencias culturales, creencias, costumbres y ceremonias rituales dentro su cosmovisión natural. Las instituciones responsables de la salud no están desarrollando sus políticas de atención con un enfoque intercultural, para ser atendido son sometidas a procedimientos totalmente ajenos y agresivos a su cultura, observándose una insatisfacción y malestar desde el primer acercamiento de las usuarias al Centro de Salud. De la misma manera, se muestran actitudes indiferentes, ausencia de cordialidad, escasa afectividad y problemas de comunicación en el idioma, factores que repercuten en la comunidad, dificultando la atención del parto institucional.

Resultados:

La tasa de cobertura del parto institucional fue el 21,5% lo que representa una alta tasa de inasistencia al parto en servicio de salud.

El 44% de las mujeres entrevistadas señalaron que su último parto fue atendido en su domicilio por un partero o partera.

El 67% de las mujeres prefieren, solicitar ayuda para la atención de su parto al partero o partera y el 33% solicita ayuda al hospital.

Conclusiones: se ha podido identificar en las mujeres de Pucarani, la existencia de actitudes y percepciones culturales diferenciadas de las prácticas convencionales del parto, relacionadas con el sistema de la cosmovisión andina, en especial en las mujeres en estado de gestación y el parto.

Las mujeres valoran las experiencias del parto en casa, al considerar como positivos por la tranquilidad, confianza y presencia de los seres queridos en el hogar.

3.5. Factores culturales que influyen en la asistencia al control prenatal

Chambi Ayala Seberiano Víctor La Paz-Bolivia, 2007.

Centro de Salud Bella Vista de la Red Sur, se realizan considerables esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios de salud, identificando que existen conflictos de interculturalidad en la atención integral a las gestantes, así como las creencias ancestrales que toma en cuenta la medicina tradicional y la medicina científica. Las coberturas de control prenatal no han alcanzado los objetivos trazados por el Centro de Salud de primer nivel de atención.

Resultados:

La procedencia al control prenatal al Centro de Salud Bella Vista es en un 44.1% del área rural y el 53.9% del área urbana.

Las mujeres que asisten al control prenatal con instrucción del nivel primario es el 25.5%, con instrucción del nivel secundario el 40.2%, con formación técnica el 23,5% y con nivel universitario el 10%.

El 60.8 % de las gestantes indican que es accesible el Centro de Salud, sólo el 39.2 % menciona que no es accesible.

El 39.2 % de las mujeres gestantes menciona que el médico sí les recomendó cuidarse, un 26.5 % indica que ignora y no aceptan cuidarse el 2 %.

Conclusiones: las usuarias del área urbana tienen mayor accesibilidad al servicio de salud por la distancia, de la misma manera el nivel educativo es factor determinante, como el estado civil, quienes toman mayor conciencia en la asistencia a un servicio de salud.

Es imperiosa la necesidad que el personal de salud conozca las costumbres y tradiciones del contexto para una mejor atención a las usuarias.

CAPITULO IV

JUSTIFICACION

El presente estudio pretende identificar las principales causas de inasistencia al parto institucional de las gestantes que realizaron los controles prenatales durante el primer semestre del 2011. La asistencia de las gestantes al servicio de salud va disminuyendo a medida que el proceso del embarazo llega a su final, además, muestra un tendencia a disminuir las cobertura de atención de parto institucional a un 10.8%, por tanto, es hora de poner en práctica las nuevas políticas de salud emitidas por el nuevo Estado Plurinacional de Bolivia, como recomienda la (salud familiar comunitario con interculturalidad) SAFCI, brindar atención oportuna con trato humanizado a la población de gestantes durante el proceso del control prenatal y parto asistido por el personal de salud dentro de un servicio de salud con calidad y calidez de atención.

En el Centro de Salud en estudio, las principales causas probables detectadas para la inasistencia al parto institucional se deben a una serie de cuestiones como: falta de confianza hacia el personal de salud porque no les trata con respeto, no les explican los procedimientos ginecológicos que le realizarán, inaccesibilidad al Centro de Salud por falta de transporte en horas de la noche, falta de orientación e información sobre la importancia del parto institucional, así como por cuestiones socioculturales. Sin embargo, otras mujeres mencionan que han sido transferidas por el personal médico de turnos nocturnos y fin de semana a otros hospitales, como si ellas estuvieran cursando un embarazo de alto riesgo obstétrico, las cuales terminaron teniendo a sus bebés en sus domicilios con atención familiar o intervención de parteras.

Tras haber dado a luz fuera del Centro de Salud, estas mujeres retornan al quinto y décimo día para su control de puerperio y solicitar la vacuna para el recién nacido. Es ahí, donde se interviene con la presente investigación, a

través de indagaciones a mujeres que no asistieron al parto en servicio de salud, para así determinar las causas de la inasistencia al parto en servicio de salud.

Por tanto, la presente investigación se enmarca desde diferentes visiones con la finalidad de aportar de manera adecuada a la mejora de coberturas de partos institucionales.

Relevancia social: las acciones de la propuesta de intervención para fortalecer el parto institucional en el Centro de Salud en estudio, permitirán motivar a las mujeres gestantes a asistir al parto institucional; asimismo, logrará mayor participación y coordinación del equipo de salud para brindar información y educación continúa sobre la importancia de la asistencia al parto institucional. Para ello, se organizará grupos de apoyo con los representantes de la comunidad del Distrito Municipal N°16 y el equipo de salud, con la finalidad de lograr mayor confianza y accesibilidad al servicio de salud, para que la gestante tenga motivación y predisposición para retornar al parto institucional.

Relevancia en la atención de la salud: el Centro de Salud debe desarrollar actividades educativas en salud, basadas en la elaboración y aplicación de estrategias en salud, para fortalecer la asistencia al parto institucional, con la finalidad de mejorar la cobertura de partos y de ésta manera lograr los objetivos institucionales.

Relevancia actual: el proceso administrativo actualmente, fundamenta su trabajo en la efectividad, el mismo que se refiere a la capacidad institucional de responder a los requerimientos del entorno social. El nuevo enfoque de la atención del parto institucional es un sistema complejo por la procedencia de las gestantes y por las cuestiones socioculturales, las mismas que influyen para la inasistencia al parto institucional.

Ante esta situación se considera que la propuesta de estrategias de fortalecimiento, permitirá concientizar, motivar y hacer que tome confianza la gestante para la asistencia al parto institucional en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, con el propósito de fortalecer la cobertura de partos según los objetivos trazados por el Ministerio de Salud y Deportes de alcanzar el 67 % de atención de partos a nivel del departamento de La Paz.

CAPITULO V

5. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, durante el primer semestre del 2011, algunas gestantes abandonaron el control prenatal en los últimos trimestres, lo que generó como consecuencia la inasistencia al parto institucional con una tendencia a disminuir la cobertura de atención de parto institucional a un 10.8%, por tanto se pretende identificar las causas de inasistencia al parto en el Centro de salud de primer nivel de atención el cual es uno de los problemas prioritarios, de esta premisa parte la necesidad de un estudio que identifique las causas de inasistencia al parto institucional.

Según el Sistema Nacional de información en salud (SNIS), la cobertura promedio de consultas prenatales representa el 100%, esta cifra es alta con relación a los partos institucionales que llega al 46%. Es decir, de cada 100 mujeres que realizan su control prenatal, sólo 46 mujeres retornan al parto en servicio de salud. (1)

La mortalidad materna en el área rural y las zonas periurbanas de la ciudad de La Paz, son indicadores que muestran y reflejan el acceso que tienen las mujeres al servicio de salud en los diferentes Centros Maternológicos. Las tasas de morbi-mortalidad materno infantil aumentan por factores de riesgo como: hemorragias durante el parto y puerperio inmediato, así como complicaciones obstétricas de preeclampsia y eclampsia, ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias y otros.

“En Bolivia, el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto o post-parto es muy alto; de acuerdo a la Encuesta Post-censal de Mortalidad

Materna (EPMM, 2000), el riesgo alcanza a 11 por cada 1000 mujeres en edad fértil, extremos bastante marcados entre departamentos, mientras que en Potosí llega a 19 por cada 1000 mujeres, en Tarija es tres veces menos (6/1000). Asimismo, las disparidades entre áreas geográficas es de 1 a 5 (área urbana: 5/1000; área rural 23/1000). Según esta misma encuesta la razón de mortalidad materna es de 230 por 1000 nv.” (1).

En el 2000, el 53% de las muertes maternas se produjo en domicilio, aunque no menos relevante fue que el 37% de éstas ocurrieron en los servicios de salud (1). Por tanto, en áreas rurales o periurbanas, gran parte de los casos de mortalidad materno infantil son por la inasistencia al parto institucional, debido a la negligencia, desconocimiento, distancia o inconvenientes de acceso a un Centro de Salud. Por tanto, ha sido fundamental investigar las causas de inasistencia al parto institucional en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo durante el primer semestre del 2011.

Los resultados obtenidos en el Centro de Salud en estudio muestran que el 58.3% de las mujeres que retornaron al Centro de Salud después de haber dado a luz fuera del Centro de Salud, no estaban satisfechas con el trato que brindó el personal de salud, debido a que éstas mujeres manifestaron que no existió buen trato del personal de salud, de la misma manera, indicaron que no se brindó mucha información y orientación sobre la importancia del parto institucional. Situaciones que ocasionaron dar a luz en sus domicilios o en otros Centros de Salud de mayor infraestructura.

Para las fuentes documentales se ha recurrido a las estadísticas de atención de parto institucional en el Centro de Salud en estudio. Datos poco investigados para mejorar la cobertura de atención de partos. El desafío radicó en determinar las causas de inasistencia al parto institucional, ya que, la temática del parto en servicio de salud constituye una problemática actual del sistema de salud.

El nuevo sistema nacional de salud, demanda que todos los servicios se articulen y confluyan en un gran sistema de salud, para la atención integral de la salud con un concepto intercultural al binomio madre y niño. La acción conjunta de la salud es una necesidad del nuevo Estado Plurinacional, donde la calidad y competitividad son las claves del éxito en un Centro de Salud de primer nivel de atención.

Con la finalidad de responder a las necesidades de la sociedad, es necesario que los Centros de Salud de primer nivel de atención reorienten sus normas, protocolos de atención para la mejora continua de la atención a la gestante, que accede al servicio de salud y proyectar a partir de lo mencionado, los mejoramientos en la atención del parto en servicio de salud. Debido a que toda mujer gestante debe recibir cuidados basados en una asistencia técnica competente y humanizada. Una paciente bien tratada, informada se sentirá con la predisposición de coadyuvar en el proceso del control prenatal y el parto en un Centro de Salud de primer nivel de atención.

5.2. PREGUNTA DE INVESTIGACION

En base a las consideraciones mencionadas se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles serán las causas para la inasistencia al parto institucional de las gestantes que realizaron el control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo en el primer semestre del 2011?

5.3. HIPÓTESIS

La inasistencia al parto institucional será mejorada a través de la aplicación de una estrategia de planificación de enfermería en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo de la Red de Salud N° 4 Este, en la gestión 2012.

5.4. OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas de inasistencia al parto institucional de las gestantes que realizaron el control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo en el primer semestre del 2011.

5.5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Cuantificar el grado de instrucción, el grupo etario y número de embarazos.
- Establecer la información y educación recibida sobre la importancia del parto institucional.
- Identificar el grado de satisfacción por el trato que brindan en el servicio de salud
- Determinar los lugares de preferencia para la atención de partos.
- Proponer una estrategia de mejora para fortalecer la cobertura de partos institucionales en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo.

5.6. TIPO DE ESTUDIO

Uno de los aspectos fundamentales en toda investigación es la discusión sobre el tipo de estudio que va a realizarse en busca de la respuesta al problema y lograr los objetivos planteados.

En tal sentido, el tipo de estudio seleccionado para la presente investigación es el *estudio descriptivo*, que busca describir situaciones, especificar propiedades importantes de personas, grupos, o comunidades o cualquier fenómeno objeto de estudio (10), desde el punto de vista científico el estudio descriptivo, permitió describir y recolectar datos de mujeres que no asistieron al parto institucional.

El Centro de Salud en estudio a pesar de tener altas coberturas en los primeros controles prenatales, a la finalización del proceso del embarazo las gestantes van abandonando el control prenatal y por ende el parto institucional, por tanto, las coberturas de partos son bajas alcanzando sólo el **10.8 %**, en relación a los primeros controles prenatales del **43.3%**. Por tanto, el estudio descriptivo *de corte transversal* se limitó en un tiempo determinado de enero a junio del 2011, la misma que permitió identificar las causas de inasistencia al parto institucional mediante las variables identificadas, determinando la magnitud de los factores que incidieron para la inasistencia al parto institucional.

La presente investigación también se fundamenta en el tipo de estudio retrospectivo y prospectivo, el estudio retrospectivo ayudó a realizar indagaciones de hechos ocurridos con anterioridad en el transcurso de un tiempo con relación al problema de investigación planteado, mientras que el estudio prospectivo facilitó la estructuración de la propuesta de intervención para fortalecer y motivar la asistencia al parto institucional al servicio de salud de primer nivel de atención.

5.6.1. TÉCNICAS

Como primera estrategia se utilizó la revisión de historias clínicas y cuadernos de registro para determinar el porcentaje de inasistencia al parto institucional, de mujeres que sí realizaron el control prenatal, como segunda estrategia se realizó visitas domiciliarias a algunas mujeres que no asistieron al parto institucional.

5.6.2. INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

El instrumento aplicado para la presente investigación fue el cuestionario con trece preguntas cerradas, estructuradas con lenguaje claro y sencillo en función a las variables planteadas con consentimiento informado, la misma fue avalada por la Dirección del establecimiento de salud para ser aplicada a mujeres que no asistieron al parto institucional, las cuales retornaron al control de puerperio tras haber dado a luz fuera del Centro de Salud.

Las preguntas cerradas, establecieron las respuestas nominales, las mismas que definieron categorías para cada una de las respuestas con delimitación, estas a su vez fueron dicotómicas por incluir dos o tres alternativas de respuestas (10). Para la tabulación e interpretación de los datos se utilizó paquetes Microsoffoffice Word y Excel.

5.6.3. POBLACION

La población de referencia para la presente investigación comprende 252 mujeres gestantes que realizaron los primeros controles prenatales en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo durante el primer semestre del 2011.

5.6.4. LUGAR

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo de la Red de salud N° 4Este, distrito municipal N° 16.

5.6.5. MUESTRA

Se denomina muestra a un subconjunto del conjunto total que es la población (10). La investigación se realizó a 60 mujeres que no asistieron al parto institucional, que sin embargo han realizado los controles prenatales en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo en el primer semestre del 2011, y retornaron al Centro de Salud después de haber dado a luz fuera de la institución en estudio, para control de puerperio y para la solicitud de las vacunas

5.6.6. TIPO DE MUESTREO

Se optó por el muestreo simple al azar, debido a que permitió conocer todas y cada uno de los elementos de la población con la misma probabilidad de estar incluidas en la muestra escogida (10). Por tanto, el total de mujeres a las que se aplicó el cuestionario corresponde a 60, las mismas que no asistieron al parto institucional al Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo en el primer semestre del 2011.

5.6.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.6.7.1. Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes que asistieron a su primer control prenatal.
- Mujeres que retornaron al Centro de Salud después de haber dado a luz fuera del Centro de Salud en estudio.
- Mujeres que han sido transferidas a otros hospitales o dieron a luz en sus domicilios, las mismas que realizaron el control prenatal.

5.6.7.2. Criterios de exclusión

- Mujeres que sí asistieron al parto institucional al Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo durante el primer semestre del 2011.

5.6.8. UNIDAD DE ANÁLISIS

Mujeres que no asistieron al parto institucional de enero a junio en la gestión 2011.

5.6.9. ASPECTOS ETICOS

Los principios éticos establecidos para trabajar con seres humanos implican el consentimiento previo de las gestantes conservando el anonimato, para participar en la investigación, así como la autorización de la Dirección del Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo.

5.6.10. METODOS

Para abordar el problema se utilizó métodos teóricos de la ciencia a través de la revisión y análisis bibliográfico. Para la recolección de datos y su seguimiento, se aplicó el cuestionario a mujeres que no asistieron al parto institucional.

Tras la obtención de resultados del cuestionario aplicado a mujeres que no asistieron al parto institucional, ésta permitió el procesamiento, análisis e interpretación de los resultados con apoyo de los programas de Microsoffoficce Excel y Word.

5.12. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

CUADRO N° 1

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE | DIMENSION | INDICADORES |
|---|--|-----------------|--|
| Inasistencia al parto institucional | Por probable desconfianza hacia el personal de salud la cual genera la inasistencia de la gestantes para el parto institucional, el objetivo de la asistencia al parto es con el fin de precautelar el bienestar del binomio madre y niño, brindar una adecuada atención para la preparación del parto institucional si la embarazada acude al servicio de salud de manera continua. | N° de embarazos | ¿Cuántas veces se ha embarazado? |
| | | Información | ¿Usted ha recibido información, orientación en salud durante sus controles? |
| | | Preferencias | ¿En qué establecimiento de salud prefiere que sea atendida su parto? |
| Falta de confianza y orientación de las gestantes | Las buenas relaciones interpersonales son las que producen confianza y credibilidad, se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Debe permitir | Comunicación | ¿Recibió información y sobre la importancia del parto institucional? |
| | | Transferencias | ¿Por qué no acudió al C.S.dePampahasi para su parto? |
| | | Trato amable. | ¿El personal le trata con respeto? ¿El personal se dirige a usted por |

| | | | |
|--|--|-----------------|--|
| | <p>alcanzar la satisfacción de la usuaria, tomando en cuenta su integridad, creencias, decisiones personales y su forma de pensar.</p> <p>Ser oportunos para brindar un buen servicio, con amabilidad y vocación para motivar el acceso al parto institucional.</p> | | su nombre? |
| | | Infraestructura | ¿Por qué eligió, otros servicios de salud para su parto? |

CAPITULO VI

RESULTADOS

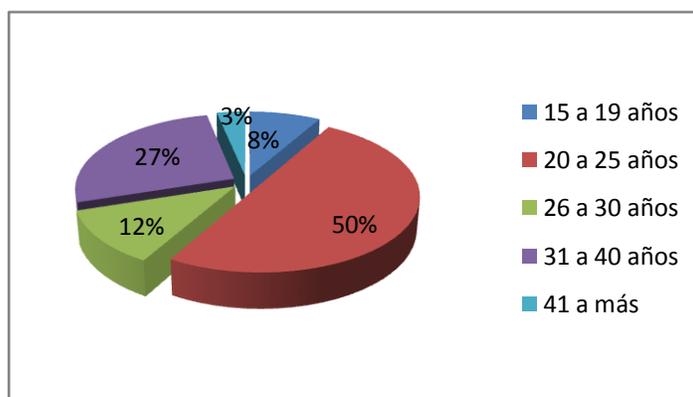
TABLA N° 1

GRUPO ETARIO DE MUJERES QUE NO ASISTIERON AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011

| | Frecuencia | % | % Válido |
|---------------|------------|--------------|-------------|
| 15 a 19 años | 5 | 8.3 | 8.30 |
| 20 a 25 años | 30 | 50 | 50.00 |
| 26 a 30 años | 7 | 11.7 | 11.70 |
| 31 a 40 años | 16 | 26.7 | 26.70 |
| 41 a más años | 2 | 3.3 | 3.30 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N°1



Análisis: la edad predominante de mujeres que no asistieron al parto en servicio de salud está comprendida entre la edad de 20 a 25 años en 50%, seguido de la edad de 31 a 40 años en un porcentaje de 27% las adolescentes en 8%, y el 3% mujeres añosas.

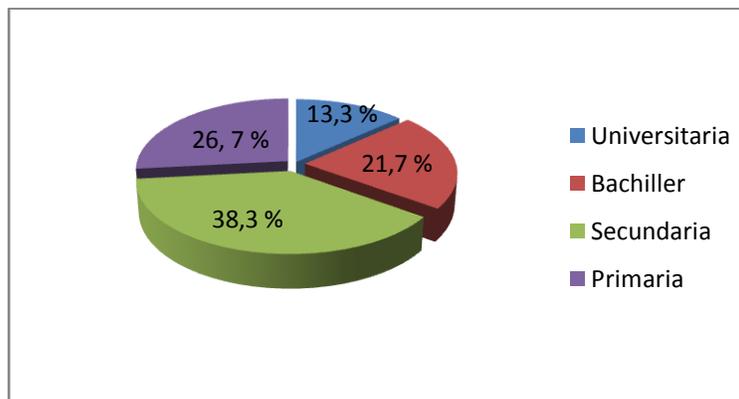
TABLA N° 2

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES QUE NO ASISTIERON AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011

| | Frecuencia | % | % Válido |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------|
| Universitaria | 8 | 13.3 | 13.30 |
| Bachiller | 13 | 21.7 | 21.70 |
| Secundaria | 23 | 38.3 | 38.30 |
| Primaria | 16 | 26.7 | 26.70 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 2



Análisis: el 38.3 % de las mujeres que no asistieron al parto en servicio de salud tienen un nivel de educación secundaria, el nivel primario el 26.7%, cursó hasta el bachillerato el 21.7%, de las mujeres y lograron acceder a la formación universitaria fue de 13.3%.

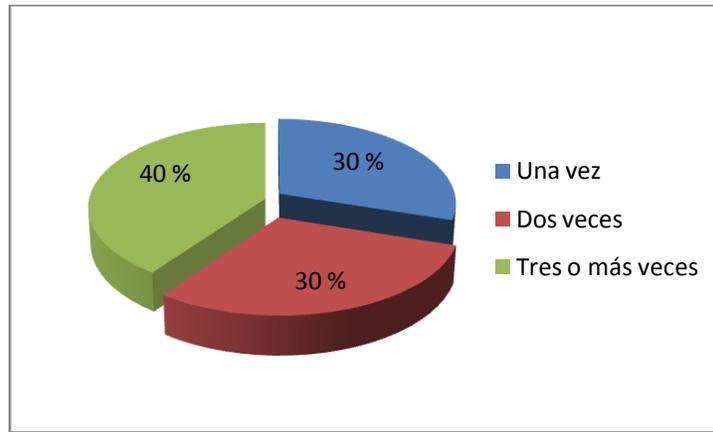
TABLA N° 3

NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS MUJERES QUE NO ASISTIERON AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011

| | Frecuencia | % | % Válido |
|------------------|-------------------|--------------|-----------------|
| Una vez | 18 | 30 | 30.00 |
| Dos veces | 18 | 30 | 30.00 |
| Tres o más veces | 24 | 40 | 40.00 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 3



Análisis: el 40% de las mujeres que no asistieron al parto institucional tuvieron más de tres embarazos, seguido del 30% de las mujeres con dos embarazos anteriores y el 30% también corresponden a mujeres que se habían embarazado una sola vez.

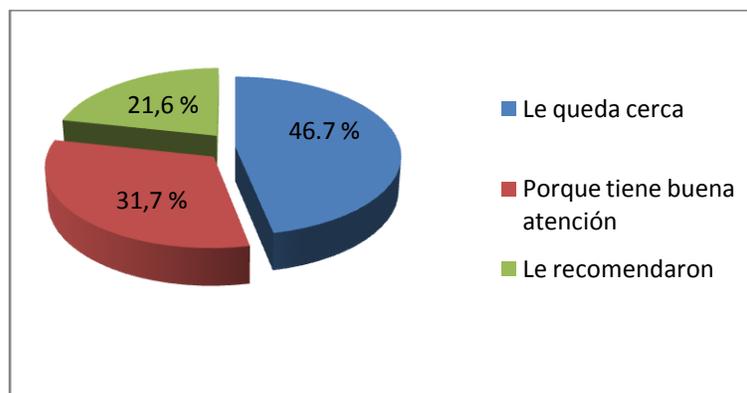
TABLA N° 4

ASISTENCIA A LOS PRIMEROS CONTROLES PRENATALES DE LAS MUJERES QUE NO ASISTIERON AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011

| | Frecuencia | % | % Válido |
|-----------------------------|-------------------|--------------|-----------------|
| Le queda cerca | 28 | 46.7 | 46.70 |
| Porque tiene buena atención | 19 | 31.7 | 31.70 |
| Le recomendaron | 13 | 21.6 | 21.60 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 4



Análisis: el 46.7 % de las mujeres asistieron a su primer control prenatal por la cercanía al Centro de Salud, 31.7% por que recibieron buena atención y un 21.6 % asistieron por recomendación de otras personas ajenas a la institución.

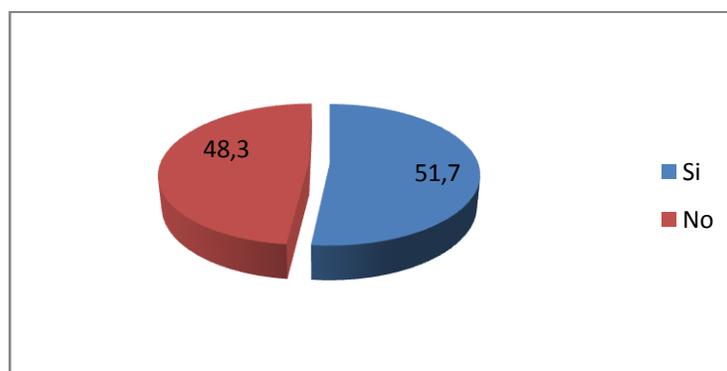
TABLA N° 5

INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN RECIBIDA DE LAS MUJERES QUE NO ASISTIERON AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011

| | Frecuencia | % | % Válido |
|--------------|-------------------|--------------|-----------------|
| Si | 31 | 51.7 | 51.70 |
| No | 29 | 48.3 | 48.30 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 5



Análisis: el 51,7% de las mujeres recibió información y orientación durante el control prenatal, el 48.3% no recibió ninguna información sobre el proceso del control prenatal y la importancia del parto institucional.

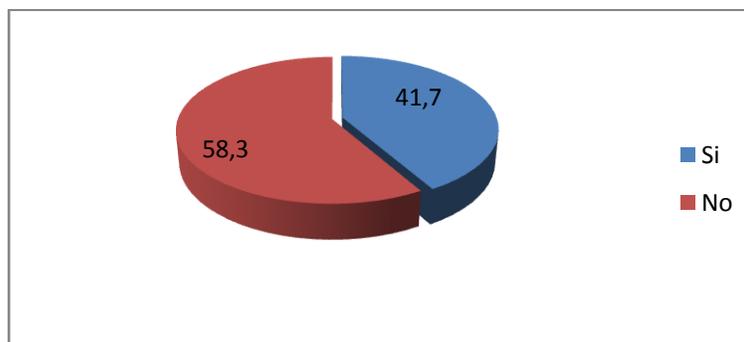
TABLA N° 6

SATISFACCIÓN POR EL TRATO QUE BRINDAN EN EL C.S. A LAS MUJERES QUE NO ASISTIERON AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011

| | Frecuencia | % | % Válido |
|--------------|-------------------|--------------|-----------------|
| Si | 25 | 41.7 | 41.70 |
| No | 35 | 58.3 | 58.30 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N°6



Análisis: las mujeres que no asistieron al parto en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, el 58.3% no está satisfecha por el trato recibido y el 41.7% sí está satisfecha con el trato recibido.

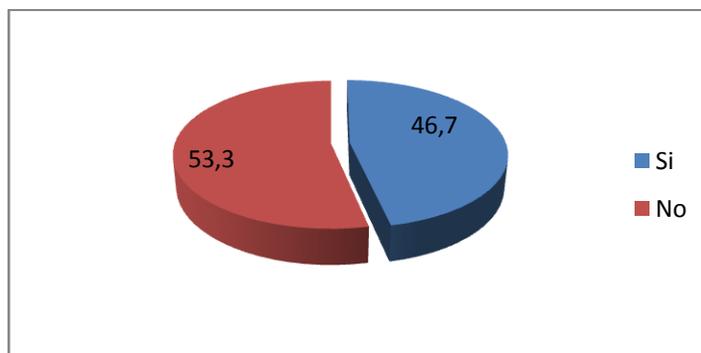
TABLA N° 7

EL PERSONAL DE SALUD TRATO CON RESPETO A LAS MUJERES QUE NO ASISTIERON AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011

| | Frecuencia | % | % Válido |
|--------------|-------------------|--------------|-----------------|
| Si | 28 | 46.7 | 46.70 |
| No | 32 | 53.3 | 53.30 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 7



Análisis: el 53.3% de las mujeres indican que el personal de salud no les trata con respeto, es uno de los motivos para la inasistencia al parto, institucional y el 46.7% indica que son tratadas con respeto y algunas de ellas si asistieron al parto.

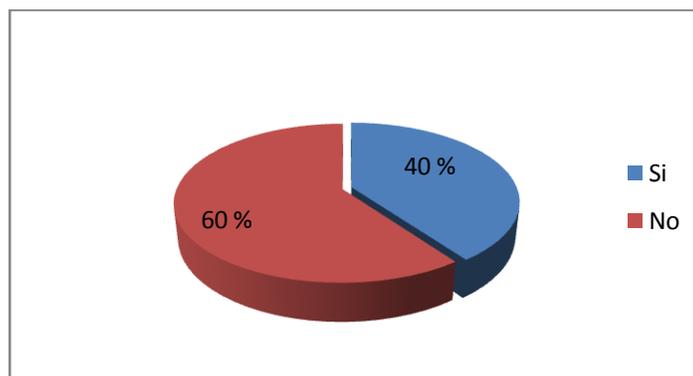
TABLA N° 8

**EL PERSONAL DE SALUD SE DIRIGE POR SU NOMBRE A LA
GESTANTEEN EL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011**

| | Frecuencia | % | % Válido |
|--------------|-------------------|--------------|---------------------|
| Si | 24 | 40 | 40.00 |
| No | 36 | 60 | 60.00 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 8



Análisis: el 60% de las mujeres manifestaron que el personal de salud no se dirige por su nombre, sólo el 40% afirma que sí les llaman por su nombre a las mujeres que no asistieron al parto institucional.

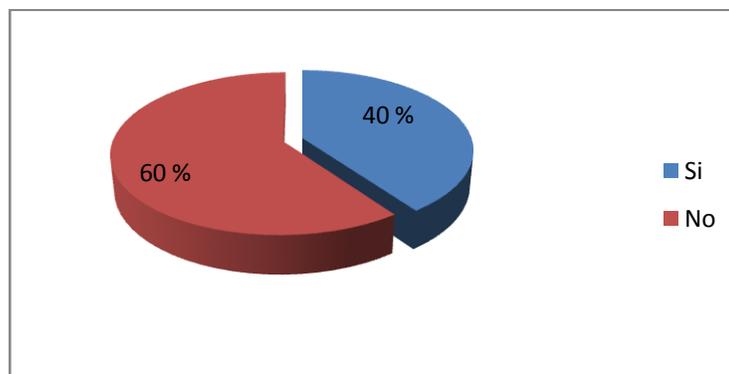
TABLA N° 9

EL PERSONAL DE SALUD LE EXPLICO LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZARLE A MUJERES QUE NO ASISTIERON AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011

| | Frecuencia | % | % Válido |
|--------------|-------------------|--------------|-----------------|
| Si | 24 | 40 | 40.00 |
| No | 36 | 60 | 60.00 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N°9



Análisis: las mujeres en un 60 % indican que el personal de salud no explica los procedimientos ginecológicos y laboratorios que le realizarán durante el control prenatal, sólo el 40% indica que sí les explica los procedimientos que le realizarán.

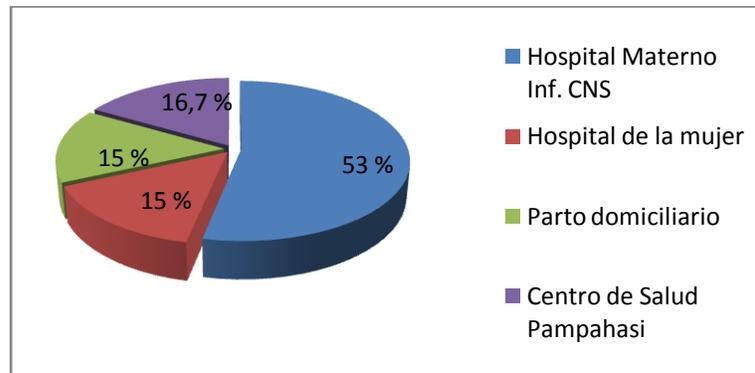
TABLA N° 10

PREFERENCIAS PARA LA ATENCIÓN DE PARTO DE MUJERES QUE NO ASISTIERON AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011

| | Frecuencia | % | % Válido |
|-------------------------------------|-------------------|--------------|-----------------|
| Hospital Materno Infantil C.N.S. | 32 | 53.3 | 53.30 |
| Hospital de la mujer | 9 | 15 | 15.00 |
| Parto domiciliario | 9 | 15 | 15.00 |
| Centro de Salud M.I. Pampahasi Bajo | 10 | 16.7 | 16.70 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N°10



Análisis: la mayor preferencia es 53.3% por el Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud, el 16.7% prefiere el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, curiosamente un 15% prefieren tener sus partos en el Hospital de la mujer y parto domiciliario con la asistencia de la partera y esposo.

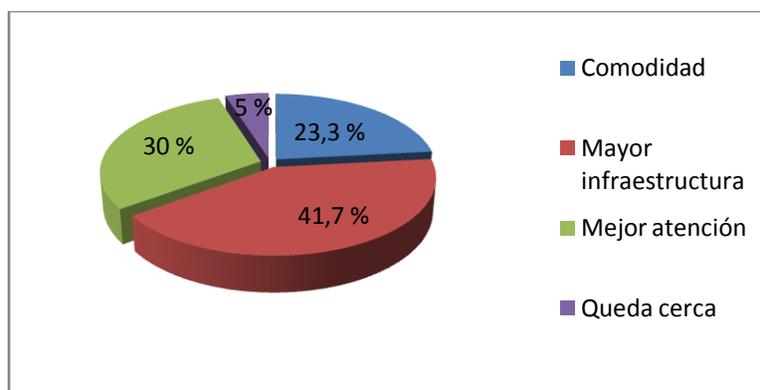
TABLA N° 11

CAUSAS DE ELECCION DE OTROS SERVICIOS PARA EL PARTO DE LAS MUJERES QUE NO ASISTIERON AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011

| | Frecuencia | % | % Válido |
|-----------------------|-------------------|--------------|-----------------|
| Comodidad | 14 | 23.3 | 23.30 |
| Mayor infraestructura | 25 | 41.7 | 41.70 |
| Mejor atención | 18 | 30 | 30.00 |
| Queda cerca | 3 | 5 | 5.00 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 11



Análisis: el 41.7 % eligió porque tiene mayor infraestructura, el 30 % eligió otros servicios por la mejor atención, el 23.3 % por la comodidad y un 5% eligió porque le queda cerca.

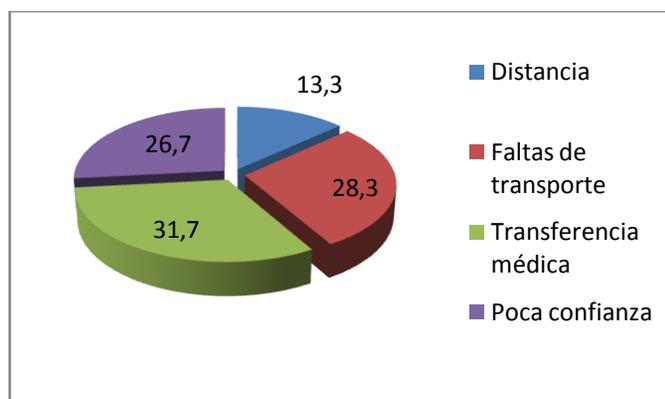
TABLA N° 12

**CAUSAS DE INASISTENCIA AL PARTO INSTITUCIONAL C.S.M.I.
PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DE 2011**

| | Frecuencia | % | % Válido |
|----------------------|-------------------|--------------|---------------------|
| Distancia | 8 | 13.3 | 13.30 |
| Falta de transporte | 17 | 28.3 | 28.30 |
| Transferencia médica | 19 | 31.7 | 31.70 |
| Poca confianza | 16 | 26.7 | 26.70 |
| TOTAL | 60 | 100 % | 100% |

Fuente: Elaboración propia

GRAFFICO N° 12



Análisis: el 31.7% de las mujeres indican que fueron transferidos a otros hospitales, el 28.3% no asistió al Centro de Salud por falta de transporte, el 26.7% menciona que no tienen confianza hacia el personal de salud y sólo el 13.3% no asistió por la distancia.

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

Para la presente investigación se tomo el fundamento filosófico y ciencia de la asistencia de Jean Watson, la misma que basa su teoría del ejercicio profesional de la enfermera en el componente fenomenológico dinámico entre las enfermeras y los pacientes es crucial para el éxito de la asistencia, la enfermera debe estar prepara ante los posibles sentimientos positivos y negativos.

El planteamiento de la ayuda y confianza entre la enfermera y el paciente es decisivo para la asistencia transpersonal, una relación de confianza, que sin duda, promueve la expresión de sentimientos positivos y negativos. Es ahí, donde entra la capacidad profesional de la enfermera para generar una comunicación eficaz con el propósito de acentuar la confianza en la paciente y que no sienta inseguridad, este aspecto ha sido descuidado en el Centro de Salud en estudio, debido a que las mujeres gestantes que asisten a los controles prenatales no están satisfechas por el trato que brinda el personal de salud el cual genera desconfianza por la condición social a la que pertenecen.

Asimismo, Watson plantea que las enfermeras tienen mayores responsabilidades, por ello, deben estar preparadas para facilitar el desarrollo de las actividades de promoción hasta la adopción de acciones preventivas, esta meta se alcanza enseñando a las mujeres a asumir cambios personales que favorezcan su salud y el bienestar del binomio madre niño.

Contrastando con la posición de Watson en cuanto a los entornos internos y externos, Flor de María Cáceres Manrique, indica que es importante reflexionar sobre las barreras de accesibilidad al control prenatal, para detectar los riesgos y evitar complicaciones durante el embarazo y preparar a la gestante para el

parto. Es ahí, donde debe intervenir la percepción de la calidad de control prenatal, para que de esa manera se pueda cumplir con los objetivos del control prenatal a través de una adecuada información u orientación sobre las complicaciones del embarazo y parto.

En el Centro de Salud en estudio, recibieron información durante el control prenatal el 51.7 % y el 48.3% no recibió información durante sus controles prenatales, debido a que el personal de salud no ha enfatizado la información sobre la importancia del control prenatal, debido a ello en el Centro de Salud en estudio, sólo se ha alcanzado el 10.8% de partos institucionales en el primer semestre del 2011.

En cuanto a la satisfacción del trato recibido por las gestantes, el 58.3% no está satisfecha, lo cual genera desconfianza en la accesibilidad al Centro de Salud y sólo el 41.7% sí está satisfecha con el trato recibido.

El Investigador Carlos Eric Gonzáles Becerril, menciona que con la difusión continua de los servicios de atención prenatal en el primer nivel de atención en salud, con ayuda del personal y la comunidad en general, se obtendrá mayor participación de las embarazadas para el acceso del parto institucional, Sin embargo en el centro de salud no hay una difusión continua y menos aun el apoyo de la comunidad.

Al respecto Chura Ninfa Amanda, estableció que la cobertura del parto institucional en el Centro de Salud Pucarani sólo se dio en un 21.5%. Sin embargo, en el Centro de Salud en estudio, se logró alcanzar una cobertura mínima de atención de partos institucionales del 10.8% en el 1er. Semestre de la gestión 2011, a través de ambos estudios se ve que existe una alta inasistencia al parto institucional.

Chambi Ayala Severiano Víctor, plantea que la asistencia al control prenatal en el Centro de Salud Bella Vista es del 53.9%, en cambio, en el Centro de Salud Pampahasi Bajo en el primer control prenatal durante el primer semestre se alcanzó sólo el 43.3%, lo que demuestra que en el Centro de Salud en estudio se tiene poca afluencia al primer control prenatal; sin embargo, al cuarto control prenatal llegan sólo el 26.2% de las mujeres embarazadas.

Los investigadores Ransom Elizabeth y Yinger Nancy establecen que es importante dar a luz con la asistencia del personal capacitado y tener acceso a la atención de calidad, para ello, se requiere continuas mejoras en los sistemas de salud. Con relación al Centro de Salud en estudio, se ha visto que existen preferencias de infraestructura y comodidad para la atención del parto, como ser el hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud con un 53.3%, así como la preferencia de partos domiciliarios en un 15%.

CAPITULO VIII

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. CONCLUSIONES

La muestra aplicada fue de simple al azar, el número de cuestionarios empleados alcanzó a 60 mujeres, de una población de 252 mujeres que realizaron su primer control prenatal y no acudieron al parto institucional al Centro de Salud de Pampahasi Bajo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran una serie de factores sociales que predominaron para la inasistencia de las embarazadas al parto institucional, entre estas causas está la edad de las mujeres que predominan entre los 20 a 25 años alcanzando un 26.7%.

El grado de instrucción que más predominó fue el nivel secundario con un 38.3%, seguido del nivel primario con el 26.7%. Las mujeres que no han concluido su bachillerato, mostraron en gran medida una frustración por el grado de consciencia que se debe tener con relación a la importancia del parto institucional.

En el número de embarazos de las mujeres en estudio predomina entre tres o más embarazos con un 40%. Este grupo de mujeres afirma que el tener a sus bebés en sus domicilios y ser asistidas por las parteras trae beneficios para seguir brindando ayuda en su hogar y no descuidar a sus otros hijos.

En cuanto a la asistencia a los primeros controles prenatales, el 46.7% de las mujeres en estudio, manifestaron que asisten a éstos controles debido a que el Centro de Salud les queda cerca o porque viven temporalmente en calidad de inquilinas en esta zona.

Se ha visto con mucha preocupación que sólo el 51.7% de las mujeres gestantes recibieron información durante el proceso del control prenatal. Sin embargo, el 48.3% no recibió ninguna información sobre el proceso del control prenatal y la importancia del parto institucional. Estas falencias también fueron los factores determinantes para que la embarazada no asista al parto institucional en el Centro de Salud de primer nivel de atención.

A lo largo del estudio, se ha visto con mucha preocupación que el 58.3% de las mujeres, no está satisfecha con el trato recibido por parte del personal de salud, (auxiliares de enfermería, administrativos, médicos y enfermeras) debido que éste equipo de profesionales no se sitúa en la posición de las mujeres que pertenecen a un grupo social de clase media para abajo, lo cual, sin duda impide el buen desarrollo de la prestación de servicios hacia las usuarias.

Otro de los aspectos determinantes para la inasistencia al parto institucional, es que el personal de salud no les trata con respeto a las gestantes, debido a que muchos de ellos desconocen las verdaderas realidades en las que viven este grupo de mujeres. Por esta razón el 53.3% de las mujeres prefieren dar a luz en otros Centros de Salud o en sus domicilios para encontrar el calor humano afectivo.

Un aspecto importante para la gestante de éste Centro de Salud, es que el personal de salud no se dirige por su nombre a la gestante, debido a que éste detalle de llamar por su nombre a la gestante, hace entrar en mayor confianza a las mujeres, ya que, a través de ella sienten más confianza hacia el personal de salud y sentirse protegidas, debido a ello, el 60% de las mujeres refieren que el personal de salud no les conoce y no les trata con amabilidad esto sin duda genera desconfianza.

El 60% de las mujeres que dieron a luz fuera del Centro de Salud manifestaron a lo largo del tiempo de estudio, que en muchas ocasiones durante la atención

del control prenatal, el personal de salud no les explicó con bastante claridad sobre futuros procedimientos a seguir para el buen seguimiento del embarazo, ya que, les hablan con terminologías demasiado complejas, nada comprensibles para las usuarias, y esto sin duda generó el abandono de los controles prenatales para acudir a otros centros de salud.

Algo que llamó la atención durante la investigación fue que el 53.3% de las mujeres que realizan su control prenatal en el Centro de Salud, muestran un interés por dar a luz en el Hospital Materno Infantil, sólo el 16.7% del total de éstas mujeres prefieren dar a luz en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, esta preferencia se da exclusivamente por la mayor infraestructura.

Entre las causas de elección de otros servicios para el parto institucional, el 41.7% de las mujeres manifiestan que los hospitales de tercer nivel de atención cuentan en cuanto a infraestructura con mayores comodidades, lo que no se da en un centro de salud de primer nivel de atención. Este aspecto debe llamar la atención para mejorar los espacios de infraestructura del Centro de Salud en estudio.

El 65% de las mujeres manifestaron que por la poca predisposición del equipo de salud en el Centro de Salud en estudio, ellas prefieren acudir a otros hospitales para la atención de su parto, ya que estos servicios de salud se prestan en cualquier horario del día o la noche, en cambio, sienten que en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, en horas de la noche no podrán ser atendidas, es una de las causas para buscar otros servicios de salud.

Entre otras causas de inasistencia al parto institucional al Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, están las transferencias médicas que se realizan, las mismas que alcanzan un 31.7%.

8.2. RECOMENDACIONES

La atención del parto institucional, debe ser asumida por la Dirección y el equipo de salud, a través de la conformación de equipos comprometidos con la mejora en el trato humano y la calidad de atención, respetando sus valores, creencias, manteniendo la privacidad y confidencialidad de las mujeres.

Debe mejorar las relaciones humanas del personal de salud con las gestantes en base al respeto y la igualdad de condiciones para lograr confianza hacia el personal de salud, situarse en la posición de ellas, puesto que pertenecen a un grupo social de clase media para abajo algunas de ellas son migrantes del área rural.

Proporcionar motivación y confianzas con campañas educativas continuas dirigidas a las gestantes, a través de sesiones de grupo mediante videos, carteles mientras la gestante aguarda en la sala de espera, proveerlas de materiales educativos adecuadas (afiches bípticos) sobre las prácticas seguras de salud materna paragarantizar el parto institucional en el Centro de Salud de primer nivel de atención.

Proponer la implementación del formulario de valoración de la comunicación interpersonal y orientación para la embarazada que asiste al Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo.

Proponer la creación de un comité de evaluación donde se planifique y monitoree las normativas y protocolos de atención del sistema de salud, los cuales refuercen la identidad profesional y contribuyan a una atención de calidad en el Centro de Salud de primer nivel de atención.

Solicitar vía dirección del establecimiento de salud, al Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, la mejora de los consultorios, ampliación de la

infraestructura y la adecuación de la sala de partos para brindar mayor confort a la parturienta durante su estadía en el establecimiento de salud.

El personal de enfermería debe utilizar el método científico para respaldar las acciones y tener seguridad de su cumplimiento. Es importante que la enfermera tenga una actitud de apoyo y empatía hacia la mujer, la comodidad de la mujer mejorará si se la explica con mucha atención los procedimientos que la van a realizar, con el propósito de hacerla comprender que es una persona digna de toda atención.

CAPITULO IX

9. PLAN DE ACCION

9.1. PROPUESTA DE INTERVENCION PARA FORTALECER LA COBERTURA DE ATENCION DE PARTO INSTITUCIONAL

9.1.2. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la participación del equipo de salud para brindar información y orientación en salud a la mujer gestante en la consulta médica, con la finalidad de motivarlas para el parto institucional en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo.

9.1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar afiches, volantes y trípticos para el acceso a la información y orientación de las gestantes.
- Programar sesiones educativas en salud para las gestantes.
- Proponer la aplicación del formulario de valoración de la comunicación interpersonal y orientación en el control prenatal y el trabajo de parto.

9.2. EJES DE LA PROPUESTA

La propuesta toma como eje central, la participación del equipo de salud para fortalecer la cobertura de atención de partos, brindando información, orientación, confianza y buen trato a las gestantes.

9.2.1. ESTRATEGIA 1: FOMENTAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Uno de los propósitos importantes, es brindar confianza a las gestantes para que accedan al servicio de salud, con la finalidad de que ellas reciban información necesaria en la consulta prenatal, para ello, se propone las siguientes:

Líneas de acción

- Implementar programas educativos en salud materna para las gestantes.
- Fortalecer la comunicación del equipo de salud con las gestantes, brindando buen trato y acortar el tiempo de espera para la consulta médica.

9.2.2. ESTRATEGIA 2: FOMENTAR LA ASISTENCIA AL PARTO INSTITUCIONAL EN LOS SERVICIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION

La asistencia al parto institucional, debe enfatizar la preservación de la dignidad de la parturienta lo cual debe realizarse en un ambiente cálido, respetuoso, confortable, cómodo y limpio un buen trato que establezca un dialogo, constructivo entre el equipo de salud y la parturienta.

Líneas de acción

- Fortalecer el logro de un ambiente de confianza para las gestantes.
- Crear entornos cálidos para que la gestante encuentre mayor bienestar y confianza.

9.2.3. ESTRATEGIA 3: PROVEER SERVICIOS DE SALUD ACCESIBLES A LAS GESTANTES

Captar la atención de partos institucionales de las gestantes que realizaron el control prenatal en el centro de salud mediante las siguientes:

Líneas de acción

- Organizar ferias de salud y charlas educativas de orientación.
- Conformar equipos de capacitación con temas de salud materna.

9.3. A LA DIRECCION

Para la buena prestación de servicios de salud, es necesario un diagnóstico con la participación de todo el equipo de salud.

Por tanto se recomienda:

- Hacer que la dirección del servicio de salud apoye y reconozca periódicamente el buen desempeño del personal.
- Proporcionar todos los materiales necesarios para el desarrollo eficiente del trabajo.
- Proporcionar capacitación y actualización permanente del personal en servicio.
- Valorar continuamente el trabajo desarrollado por el personal de salud.
- Dar oportunidades de asumir mayores responsabilidades.
- Ofrecer al personal de salud, oportunidades de liderazgo.
- Informar los logros positivos de personal de salud o del trabajo desempeñado en la institución.
- Incentivar el trabajo en equipo.

- Compartir y prestar atención a las sugerencias, puntos de vista y posibles soluciones planteadas por el trabajador.
- Buscar incentivos reales (permisos, salidas, viajes y otros).
- Retroalimentación periódica de la información obtenida (del monitoreo, de las evaluaciones del desempeño), etc.

Fuente: Guía de supervisión, monitoreo y evaluación

9.4. AL EQUIPO DE SALUD

Reforzar al equipo de salud con cursos de actualización sobre las normas vigentes y protocolos de atención para el buen desempeño de su actividad en el establecimiento de salud.

9.5. PARA LAS GESTANTES

Se elaboró un plan de acceso al servicio de salud, para que las gestantes tengan buena atención en salud en horarios adecuados y continuos, con un funcionamiento acorde a las necesidades de las usuarias.

- Fijar un calendario de actividades educativas en salud.
- Establecer el horario de atención de especialidades.
- Fortalecer la atención de servicios en salud los fines de semana y feriados.
- Hacer conocer los números telefónicos del Centro de Salud para el llamado de emergencias obstétricas.
- Facilitar números telefónicos del personal salud para las emergencias.
- Gestionar la prestación de servicios de ambulancias de la Red 165 para las emergencias.
- Publicar en el panel, el listado de los médicos de los diferentes turnos.

- Fomentar las buenas relaciones humanas en la atención.
- Fijar áreas de atención confortables para las embarazadas y sus familiares.
- Acondicionar la sala de pre partos para la estadía de la parturienta durante el trabajo de parto y parto.
- Garantizar la satisfacción y el trato amable hacia la mujer embarazada para lograr su confianza.

Fuente; elaboración propia

9.6.A LAS AUTORIDADES DE SALUD DEL MUNICIPIO

Hacer gestiones para que el Gobierno Municipal Autónomo de La Paz apoye con profesionales especializados en Trabajo Social, Nutrición y Psicología para la concientización a las embarazadas que asisten a los controles prenatales y apoyen también con material audiovisual, afiches, volantes y otros materiales educativos que serán provechosos para la capacitación, orientación e información sobre la importancia del control prenatal y el parto institucional en el Centro de Salud de primer nivel de atención tal como establece el SAFCI (Salud familiar comunitario intercultural), y el SUMI (Seguro Universal Materno Infantil).

9.7. FORMULARIO DE VALORACION DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y ORIENTACIÓN PARA LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PAMPAHASI BAJO

CONTROL PRENATAL

| PROCEDIMIENTOS | | |
|--|-----------|-----------|
| INGRESO DE LA PACIENTE | SI | NO |
| Llama personalmente a la paciente y le trata con amabilidad | | |
| Estimula el acompañamiento del esposo a la consulta médica | | |
| Saluda a la paciente y a la pareja con la mano | | |
| Ofrece asiento y comodidad a la paciente y a la pareja | | |
| Se sienta y adopta la posición adecuada (cara a cara) | | |
| PREGUNTA Y ESCUCHA | | |
| Pregunta y anota los datos generales de la paciente (Nombre, edad, escolaridad y estado civil) | | |
| Pregunta el motivo de la consulta | | |
| Recaba Historia Clínica y Carnet Perinatal | | |
| Escucha atentamente el problema expuesto | | |
| Realiza PREGUNTAS ABIERTAS y de sondeo sobre el problema expuesto | | |

| PROCEDIMIENTOS | | |
|---|-----------|-----------|
| | SI | NO |
| Pregunta sobre los antecedentes obstétricos y perinatales: | | |
| - No. de Gestaciones | | |
| - No. de Partos | | |
| - No. de Abortos | | |
| - No. de Cesáreas | | |
| - No. de Nacidos Vivos | | |
| - Antecedentes de Nacidos Muertos (Óbitos) | | |
| - Fecha del último Parto | | |
| - Antecedentes de gemelares | | |
| Pregunta la Fecha de Última Menstruación y calcula la Fecha Probable de Parto | | |
| Calcula correctamente la Edad Gestacional | | |
| Pregunta sobre vacunas (D.T.) y hábitos alimentarios (si fuma...) | | |
| Verifica y anota los resultados de hemoglobina y el VDRL en la HCPB y el carnet perinatal | | |
| Registra adecuadamente los datos en la HCPB y el carnet | | |
| OBSERVA Y PALPA | | |
| Le explica el examen clínico y/o gineco-obstétrico | | |
| Pide el consentimiento de la paciente, esposo y/o sus familiares | | |
| Pesa y talla a la paciente | | |
| Toma los signos vitales (presión arterial, pulso, temperatura) | | |
| Evalúa el estado general de la paciente (Bueno, regular, malo) | | |
| Realiza el Examen Físico General | | |

| | | |
|---|--|--|
| Examina la piel y las conjuntivas oculares | | |
| Examina la boca, los dientes y la faringe | | |
| Examina las mamas | | |
| Mide la altura uterina | | |
| Realiza las Maniobras de Leopold (a partir de las 20 semanas) | | |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Ausulta los latidos cardíacos y detecta movimientos fetales (a partir de las 20 semanas de embarazo) | | |
| Realiza PAP | | |
| IDENTIFICA PROBLEMAS | | |
| Identifica y anota el alto riesgo obstétrico | | |
| Identifica complicaciones obstétricas | | |
| TOMA LA ACCION REQUERIDA | | |
| Orienta a la paciente sobre el cuidado de su embarazo, incluyendo signos de peligro | | |
| Solicita y/o interpreta exámenes de laboratorio: - Hemoglobina y Hematocrito - Grupo Sanguíneo y Rh - Examen general de orina - RPR/VDRL - Glicemia | | |
| Indica tabletas de sulfato ferroso c/ ácido fólico - 90 | | |
| Orienta sobre el consumo de tabletas de hierro | | |
| Indica la vacuna de Toxoide Tetánico de acuerdo a norma | | |
| PROCEDIMIENTOS | SI | NO |
| Explica y entrega material impreso sobre educación de la salud. | | |
| Indica los controles periódicos y la necesidad de parto en servicio de salud en caso de embarazo de alto riesgo | | |
| Brinda información a la paciente para el parto: | | |
| Explica sobre la posición de libre elección durante el parto | | |
| Explica sobre la devolución de la placenta | | |
| Explica sobre la participación del esposo o algún familiar durante el trabajo de parto | | |
| Explica sobre la necesidad de abrigo durante el parto (en caso necesario) | | |
| Explica sobre la importancia de la lactancia materna | | |
| Explica sobre la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual | | |
| Planifica los próximos controles indicando el día y la hora de la próxima consulta | | |
| Registra la información completa en la H.C. y Carnet Perinatal | | |
| Elogia y agradece a la paciente por su visita | | |

(Adaptado de la guía de supervisión monitoreo y evaluación de MotherCare)

9.8. FORMULARIO DE VALORACION DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y ORIENTACIÓN PARA LAS PATURIENTAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PAMPAHASI BAJO

ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO

| PROCEDIMIENTOS | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| AL INGRESO DE LA PACIENTE | | |
| Saluda a la paciente amablemente | | |
| Asegura la privacidad en el consultorio de admisión: | | |
| - Ofrece lugar para cambiarse | | |
| - No permite interrupciones | | |
| PREGUNTA Y ESCUCHA | | |
| Pregunta sobre el motivo de su consulta | | |
| Escucha atentamente el problema expuesto | | |
| Solicita el Carnet Perinatal y realiza un análisis del mismo | | |
| Realiza preguntas abiertas para indagar antecedentes sobre su embarazo | | |
| Realiza preguntas para indagar sobre el inicio del trabajo de parto: | | |
| Eliminación del tapón mucoso | | |
| Inicio de dolores abdominales más fuertes | | |
| Salida de líquido o sangre por los genitales | | |
| Consumo de medicamentos, mates y otros | | |
| Pregunta y verifica la Fecha de la última Menstruación | | |
| Verifica los antecedentes perinatales anotados en la HCPB y el Carnet Perinatal | | |

| PROCEDIMIENTOS | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| Pregunta sobre consumo de líquidos y últimos alimentos. | | |
| Pregunta sobre las deposiciones (orina, heces), cuando fue la última vez | | |
| OBSERVA Y PALPA | | |
| Le explica a la paciente en qué consiste el examen clínico y/o ginecológico | | |
| Pide el consentimiento de la paciente y/o sus familiares | | |
| Pesa y talla a la paciente | | |
| Toma los signos vitales (presión arterial, pulso, temperatura) | | |
| Examina el estado general y físico de la paciente | | |
| Examina la piel y las conjuntivas oculares | | |
| Examina las mamas (estado, tipo de pezones, otros ...) | | |
| Mide la altura uterina | | |
| Realiza las Maniobras de Leopold: | | |
| Busca el fondo uterino y el polo en ubicado en él | | |
| Busca y ausculta el latido fetal | | |
| Realiza tacto vaginal: | | |
| Evalúa la dilatación y borramiento cervical | | |
| Evalúa la presencia, cantidad y duración de las contracciones uterina | | |
| Verifica la salida por los genitales de algún líquido anormal (sangre, moco, líquido amniótico, etc...) | | |

| | | |
|--|--|--|
| IDENTIFICA PROBLEMAS | | |
| Realiza los diagnósticos primarios (paridad, edad gestacional, | | |
| Identifica y anota el alto riesgo obstétrico, posibles complicaciones | | |
| TOMA LA ACCION REQUERIDA | | |
| Explica a la paciente y los familiares lo que ha encontrado durante el examen detalladamente (cómo se encuentra ella y su bebé) y cuál es la conducta que tomará | | |
| Hospitaliza a la paciente con su autorización | | |
| Prepara a la paciente para el parto humanizado: Pregunta y respeta las preferencias culturales para el parto | | |
| Indica la alimentación e ingesta de líquidos | | |
| Evalúa periódicamente el progreso del trabajo de parto con el Partograma | | |
| Durante el periodo expulsivo apoya el pujo espontáneo | | |

(Adaptado de la guía de supervisión monitoreo y evaluación de MotherCare)

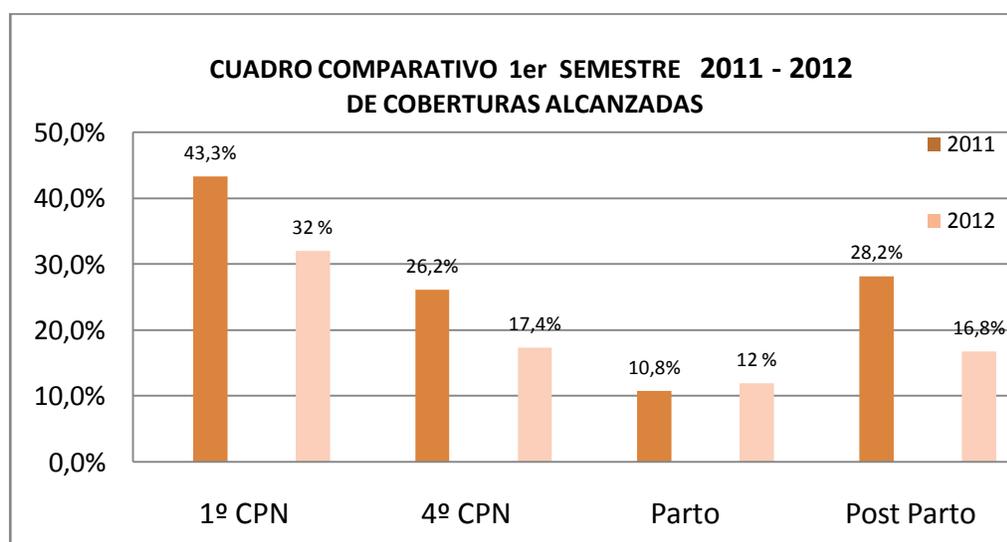
9.9. PROGRAMA DE CAPACITACION PARA LAS GESTANTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PAMPAHASI BAJO

| Temas | Objetivos | Contenidos | Medios de enseñanza | Recursos | Responsables |
|---|--|---|---|--|---------------------|
| Control prenatal | Fomentar el control prenatal periódico, Las gestantes serán capaces de asimilar y manifestar sus deseos y expectativa sobre los beneficios del control prenatal | Seguro Universal Materno Infantil Importancia del control prenatal Señales de peligro Complicaciones durante el embarazo Mortalidad materna | Videos Láminas Acción participativa | Data Show Laptop Pizarra | Equipo de salud |
| Complicaciones durante el proceso del embarazo | Serán capaces de asimilar identificar y describir las señales de peligro durante el proceso del embarazo | RPM Anemia Placenta previa Hemorragias Preeclampsia Eclampsia y otros | Videos Láminas Acción participativa | Data Show Laptop Pizarra | Equipo de salud |
| Parto en servicio de salud | Las gestantes serán capaces de asimilar la importancia del parto institucional en el centro de salud de 1er nivel de atención. | Definición del parto normal Propósito de la atención del parto Clasificación de la práctica del parto normal Lugar del parto Apoyo durante el parto Fases de la atención del parto | Videos Láminas Acción participativa | Data Show Laptop Pizarra | Equipo de salud |

**9.10. RESULTADO DE COBERTURAS ALCANZADAS EN EL CENTRO
SALUD MATERNO INFANTIL PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE DEL 2012**

| Indicador | Población general | Enero | febrero | marzo | Abri l | May o | Juni o | Tota l | % Semestra l |
|-----------------------------|-------------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|--------------------|
| 1er.contr ol prenatal | 582 | 31 | 29 | 41 | 14 | 35 | 37 | 187 | 32% |
| 4to. Control prenatal | 516 | 21 | 14 | 25 | 6 | 10 | 14 | 90 | 17.4% |
| Parto | 518 | 8 | 9 | 13 | 9 | 12 | 11 | 62 | 12% |
| Post parto | 518 | 12 | 13 | 16 | 9 | 19 | 18 | 87 | 16.8% |

Fuente: Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo



Fuente: Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo

Mediante este cuadro se ve claramente que el nivel de afluencia a los controles prenatales ha disminuido considerablemente en relación al primer semestre del 2011, si bien se muestra un leve aumento en la atención partos en servicio, ésta se debe a que el personal de salud está tomando consciencia sobre la importancia de la educación que debe recibir la usuaria para la atención del parto en un centro de salud de primer nivel de atención. Asimismo, hacer notar que el paro médico de la presente gestión ha influido en gran medida para la disminución de la atención de los controles prenatales y partos institucionales.

Con la finalidad de determinar la validez de la propuesta planteada en la presente investigación, se ha organizado a un grupo de 14 mujeres a quienes se las ha capacitado durante dos días sobre la importancia de los controles prenatales y el parto institucional. Para este propósito se ha recurrido a la utilización de algunas estrategias planteadas en la propuesta de la investigación como ser: carteles, bípticos, cuadros y otros materiales gráficos.

Terminado el taller piloto, se realizó una post-encuesta para corroborar la importancia de éstos instrumentos de comunicación y difusión, las mismas que arrojaron como resultado, que el material de difusión impreso que se facilitó en blanco y negro a través del Centro de Salud para la capacitación a las gestantes sobre la importancia del parto institucional, estas tuvieron un alto impacto, pese a la sencillez de las imágenes visuales a un solo color. Tras la presente experiencia y por las sugerencias de las usuarias este material debe imprimirse a full color y en formatos grandes.

En cuanto al cumplimiento de los objetivos y expectativas de capacitación ofrecidas en el material impreso, las usuarias consideran que sí bien han sido bastante beneficiosas por el amplio conocimiento y la dinámica emprendida por la facilitadora para hacer conocer sobre la importancia de los controles prenatales y el parto institucional en un centro de salud de primer nivel de

atención, estas deben ser de manera constante y continua con la finalidad de brindar mayor información mediante el material impreso y audiovisual. Asimismo, denotar que el ginecólogo obstetra del Centro de Salud y actual director a.i. mostró bastante interés para que esta experiencia sea de manera consecutiva con la participación de todo el equipo de salud, previa elaboración de cronogramas de capacitación.

En síntesis, se concluye que ésta primera experiencia de capacitación a las gestantes para el control prenatal y el parto institucional, ha sido de gran beneficio para la colectividad de las usuarias, quienes solicitaron dar continuidad a estas actividades educativas con un lenguaje sencillo y de fácil comprensión con la finalidad de generar conciencia para la asistencia al parto institucional.

RECONOCIENDO LOS SIGNOS DE PELIGRO



Está hinchada.



Está sangrando.



Tiene dolor de cabeza.



Tiene fiebre.



Está débil o se ha desmayado.



Tiene vómitos continuos.



Está pálida, cansada.



El centro de Salud Materno Infantil

Pampahasi Bajo

Red N° 4 Este

IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA AL PARTO INSTITUCIONAL EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

*La Paz- Bolivia
2012*

Que es el parto normal

Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos, socioculturales, su inicio es espontáneo se desarrolla y termina sin complicaciones con el nacimiento del bebé.

El parto también llamado nacimiento es la culminación del embarazo el periodo de salida del bebé del útero materno.

Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino

El parto natural se categoriza en tres fases:

- Borramiento y dilatación del cuello uterino
- El descenso y nacimiento del bebé
- Abundamiento de la placenta



En cualquier momento tú embarazo o parto puede volverse peligroso para ti y para tu bebé

ES IMPORTANTE

Acudir al establecimiento de salud, te atenderemos tu parto

¡ES TU DERECHO!



Te invitamos al Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, atendemos todos los días inclusive sábados domingos y feriados las 24 horas del día

¡ASISTE TE ESPERAMOS!

EL CENTRO DEL PROCESO DEL EMBARAZO ES MUY IMPORTANTE PARA LAS MUJERES QUE PASAN POR EL PASAJE DE VIDA Y LA SALUD

Por lo tanto acude al Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo Brindamos atención en

salud a todas las embarazadas con el programa SUMI

- ✓ Peso talla
- ✓ Toma de signos vitales (presión arterial, pulso temperatura)
- ✓ Evaluación del estado general de la embarazada (Bueno regular malo) Se examina la boca los dientes
- ✓ Se examina las mamas
- ✓ Se realiza todas las pruebas de laboratorio y el examen ecográfico

Es Gratuito!!

CAPITULO X

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Plan Estratégico Nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia 2009 – 2015: La Paz – Bolivia, Edición MSD; 2010. Pag.16, 17

2.- E-mail. Webmasterisem@salud-gob.mx

3.- RANSOM Elizabeth I. y YINGER Nancy V. Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Edición Population Reference Bureau, 2002.

4.- GOMEZOrdoñez Vitalio. Guías en obstetricia, obstetricia aplicada con enfoque práctico: La Paz-Bolivia, Ed. ABBASE Ltda. Casilla N° 817, 2004. Pag.1

5.- SCHWARCS S. Obstetricia: Buenos Aires - Argentina, Edición El ateneo; 1996.

6.- SEDES – LA PAZ. Manual de Servicio social de salud rural obligatorio: La Paz – Bolivia, Edición Sedes La Paz, 2005.

7.- CAREMother. Hacia una atención integral y humanizada de la mujer. No. 1: Cochabamba – Bolivia, Edición USAID; 1998.

8.- QUISPE Elías. Factores culturales de mujeres gestantes que interfieren el acceso al SUMI en el Municipio de la Asunta primer semestre 2007. Para obtener la especialidad en interculturalidad y salud. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2007.

9.- MEJÍAAlbáñez Raúl. Metodología de la investigación: La Paz – Bolivia, 2da. Edición, 2005.

10.- HERNÁNDEZSampieriRoberto, FERNÁNDEZ Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar Metodología de la investigación: México D.F., México: Ed. Mc. Graw Hill; 2003.

11.- MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL. Bolivia – SNIS 2003 Estadísticas de salud: La Paz – Bolivia, Ed. MSPS; 2003.

12.- FREDERICKSON Helen L. MD, WILKINSHaugLouiseMD,PhD. secretos de la ginecoobstetricia: Mc graw-Hill Interamericana, México segunda edición 2001.

13.- MASTROIANNI – Martin – Reeder Enfermería Materno Infantil: editorial Harla México, décimo quinta edición 1983.

BIBLIOGRAFIA

ALVARADO J. Manual de obstetricia (asistencia y control de la gestación, parto y puerperio normales): Lima – Perú, Ed. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 1994.

ASHFORD Lori Un sufrimiento oculto: discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados: (fotocopia). Washington – EE. UU. Boletín informativo; 2002.

BOOKMILLER, Mae y otros Enfermería Obstétrica: Ed. Interamericana 5ta. Ed. México, 1968.

CANALES H. F. Metodología de la investigación: Ed. O.M.S., OPSS., 1989.

CAREMother. Manejo de complicaciones obstétricas y perinatales; curriculum de capacitación guía del participante libro II: Bolivia. Ed. Estampa Gráfica; 1998.

CAREMother. Guía de supervisión, monitoreo y evaluación, para mejorar los programas de atención materna y perinatal I y II niveles de atención: La Paz – Bolivia. Ed. USAID; 2000.

CHAMBI Ayala Severiano V. factores culturales que influyen en la asistencia al control prenatal, Centro de Salud Bella Vista de la Red Sur, La Paz-Bolivia 2007.

CHURA Ninfa Amanda. Factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en mujeres gestantes con control prenatal en el Centro de Salud Pucarani durante el primer semestre gestión 2006. Investigación y propuesta de intervención para optar al título de especialidad en interculturalidad y salud. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2006.

CUSTARRELLA Luca –ZANGARIAlessia “YachayTinkuy”. Salud Intercultural en Bolivia y América latina edición, Prohisaba- Cooperación Italiana, Bolivia 2009.

DIBBITSInike. “Lo que puede el sentimiento” la temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur: La Paz – Bolivia, Ed. Hisbol; 1994.

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, MINISTERIO DE JUSTICIA, VICEMINISTERIO DE JUSTICIA INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINA Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. La Paz – Bolivia, 2007.

MANUAL No. 2 de atención de parto natural y humanizado: La Paz – Bolivia, Ed. MSPS; 1997.

MARRINERTomey Ann – RAILEAlligood Martha.“Modelos y teorías en enfermería” 4ta edición HarcourtBrace España 1999

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES Guía para la atención intercultural de la salud materna: La Paz – Bolivia, Ed. MSD; 2005.

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL. Plan nacional de supervivencia – desarrollo infantil y salud materna: La Paz – Bolivia, Ed. MSSP; 1991.

MINITERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL. Gerencia de salud pasos para la planificación estratégica y desarrollo organizacional: La Paz – Bolivia, Ed. MSPS; 2000.

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL. Política y estrategias de desarrollo de los recursos humanos en salud: La Paz – Bolivia, Ed. MSPS; 2000.

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL. Reglamento seguro básico de salud (SBS): La Paz – Bolivia, Ed. MSPS; 2001.

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL. Bolivia – SNIS 2003 Estadísticas de salud: La Paz – Bolivia, Ed. MSPS; 2003.

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL. Plan nacional de maternidad y nacimientos seguros: La Paz – Bolivia, Ed. PSPS; 2004.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Programa nacional de salud sexual y reproductiva 2004 – 2008 estrategias de orientación: La Paz – Bolivia, Ed. MSD; 2004.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Guía operativa para aplicación en servicios de la Resolución ministerial 0496 y su Reglamentación sobre prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna neonatal: La Paz – Bolivia, Ed. MSD; 2005.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Boletín mensual de producción de servicios N°. 10 atención a la mujer embarazada: La Paz – Bolivia, Ed. MSD; 2006.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Anuario estadístico de salud SNIS - VE: La Paz – Bolivia, Ed. MSD; 2007.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. INE Encuesta nacional de demografía y salud: La Paz – Bolivia, Ed. ENDSA; 2008.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Salud sexual y reproductiva: La Paz – Bolivia, ed. MSD; 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Atención del parto normal, una guía práctica: La Paz – Bolivia, Ed. JICA; 2005.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Servicios de salud con enfoque de género en el marco de la atención primaria de salud: La Paz – Bolivia, Ed. G.M.L.P, 2004

PINEDA Elia Beatriz y otros. Metodología de la investigación manual para el desarrollo del personal de salud: 2da. Edición; 1994pag. 91, 27

TAHIPAMU, TALLER DE HISTORIA Y PARTICIPACIÓN DE LA MUJER. Hagamos un nuevo trato: La Paz – Bolivia, Ed. Hisbol; 1994.

UNICEF. Unicef para la vida: La Paz – Bolivia, Ed. Quipus; 1992.

ANEXOS

CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | MESES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|--|
| | OCT.2010 | NOV. 2010 | DIC.2010 | ENE. 2011 | FEB. 2011 | MAR. 2011 | ABR. 2011 | MAY. 2011 | JUN. 2011 | JUL. 2011 | AGO 201 1 | SEPT2011 | OCT. 2011 | NOV. 2011 | DIC. 2011 | JUN. 2012 | OCT. 2012 | MAR.2013 | |
| Revisión cuadernos de registro y SNIS | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elección y aprobación del perfil de tesis (2006) | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicitud a la dirección del c. s.pararecolección de datos | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión bibliográfica | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | |
| Planteamiento del problema | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | |
| Definición de objetivos | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| Consentimiento informado | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicación del cuestionario | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño metodológico | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Análisis e interpretación de datos | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | |
| Presentación de resultados | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | |
| Revisiones y correcciones de documento por la tutora | | | | X | X | X | X | | X | X | | X | X | X | X | | | | |
| Redacción informe tesis | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|
| Revisión del informe final de la tesis | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | |
| Entrega de la memoria corregida de tesis a tribunales | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | |
| Defensa de la tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |

CUESTIONARIO

Causas de inasistencia al parto institucional de gestantes que realizaron el control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, primer semestre 2011.

I. Objetivo.- La presente tiene por objetivo determinar las causas de inasistencia al parto institucional.

La información de la encuesta es de carácter anónima.

II. Instrucción.- lea cuidadosamente anote y marque con una **X** la respuesta correcta.

III. Datos generales:

1.- **¿Cuántos años tiene?**

2.- **¿Cuál es su grado de instrucción?**

- a) Universitaria
- b) Bachiller
- c) Primaria
- d) Ninguna

3.- **¿Cuántas veces se ha embarazado?**

- a) Una vez
- b) Dos veces
- c) Tres o más veces

IV. Atención:

4.- **¿Por qué asiste a los controles prenatales al Centro de Salud?**

- a) Le queda cerca
- b) Porque tiene buena atención
- c) Le recomendaron

5.- **¿Usted ha recibido orientación o información en salud durante sus controles?**

- a) Si
- b) No

6.- ¿Se siente satisfecha con el trato que le dan en el Centro de Salud?

- a) Si
- b) No

7.-¿El personal de salud del Centro le trata con respeto?

- c) Si
- d) No

8.-¿El personal del Centro cuando se dirigen a usted lo hacen por su nombre?

- a) Si
- b) No

9.- ¿El personal de salud le explica los procedimientos que debe realizar durante el control prenatal?

- a) Si
- b) No

10.- ¿En qué Centros de Salud prefiere que sea atendida su parto?

- a) Hospital Materno Infantil
- b) Hospital de la mujer
- c) Parto domiciliario
- d) Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo

11.- ¿Por qué eligió, otros Centros de Salud para su parto?

- a) Comodidad
- b) Mayor infraestructura
- c) Mejor atención
- d) Queda cerca

12.- ¿Quién le atendió el parto fuera del Centro de Salud?

- a) Médico
- b) Partera (o)
- c) Familia

13.- ¿Por qué no acudió al Centro de Salud de Pampahasi para su parto?

- a) Distancia
- b) Falta de transporte
- c) Transferencia médica
- d) Poca confianza

Gracias por su participación

La Paz, 12 de enero de 2011

Señora

Dra. Raquel Herrera Llanos

DIRECTORA CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PAMPAHASI BAJO

Presente.-

Ref: **Solicitud de autorización para realizar la investigación**

De mi consideración:

Por intermedio de la presente hago llegar a usted mis saludos más cordiales por la importante labor que está desempeñando en bien la sociedad.

El motivo de la presente es para hacerle conocer que estoy elaborando mi tesis de maestría en gerencia y gestión en la Universidad Mayor de San Andrés. Para este propósito he elegido como tema de investigación “Causas de inasistencia al parto institucional de gestantes que realizaron el control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo en el primer semestre de la gestión 2011”.

Para este efecto solicito a su autoridad concederme realizar el estudio respectivo con las mujeres que hicieron el control prenatal y no retornaron al parto en servicio de salud, de la misma manera solicito instruya a quien corresponda el acceso a la información de archivo.

Esperando su amplia colaboración me despido de usted con las consideraciones más distinguidas.

Lic. Estela Vela Quispe

Jefe de enfermeras

C.S.M.I. Pampahasi Bajo

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
UNIDAD DE POSGRADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO:Causas de inasistencia al parto institucional de gestantes que realizaron el control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, en el primer semestre del 2011.

Señora:

Como cursante de la maestría en Gerencia y Gestión de Enfermería realizó una investigación con el propósito de determinar cuáles son las causas de inasistencia al parto institucional en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, de las señoras que han realizado su control prenatal en éste Centro de Salud.

Por lo expuesto solicito llenar el cuestionario de acuerdo a las instrucciones, los resultados permitirán buscar estrategias para mejorar la calidad de atención durante el control prenatal y durante el proceso de parto, lamisma que es voluntaria por ser de orden académico, la información que se recibirá será confidencial.

Agradecida por su apoyo.

Yo estoy de acuerdo para participar en el estudio .

La Paz, marzo de 2011

Instrumento validado por la Dirección del Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo.

RESULTADO DE COBERTURAS ALCANZADAS EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PAMPAHASI BAJO 1er SEMESTRE 2011

| Indicador | Población general | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Juni | Total ejecutado | % semestral |
|------------------------------|--------------------------|--------------|----------------|--------------|--------------|-------------|-------------|------------------------|--------------------|
| 1er. Control prenatal | 582 | 66 | 48 | 50 | 25 | 35 | 28 | 252 | 43.3 % |
| 4to. Control prenatal | 516 | 26 | 17 | 26 | 31 | 16 | 19 | 135 | 26.2 % |
| Parto | 518 | 16 | 12 | 5 | 7 | 6 | 10 | 56 | 10.8 % |
| Post Parto | 518 | 45 | 16 | 33 | 16 | 17 | 19 | 146 | 28.2 % |

Fuente: Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo

PRESUPUESTO

Para la implementación de la propuesta de intervención, con la finalidad de fortalecer el parto institucional en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, se trabajará con mujeres embarazadas que hacen su control prenatal en el Centro de Salud para que cumplan al cien por ciento con el parto institucional. Los recursos humanos serán el equipo de salud.

Recursos económicos

La implementación de la propuesta de intervención para fortalecer el parto institucional en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, con mujeres que hacen su control prenatal en éste Centro y asistan en su totalidad al parto institucional, será necesario contar con recursos económicos, para cubrir gastos en materiales de escritorio y otros, para ello, se recurrirá al coauspicio de la Sub Alcaldía de Villa San Antonio y la Dirección del Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo.

El costo total para la implementación de la propuesta de intervención para fortalecer el parto institucional en el Centro de Salud Materno Infantil Pampahasi Bajo, tiene un costo de 1077 bolivianos, de cuyo monto el 80 % de los gastos será cubierto probablemente por la Dirección del establecimiento de salud y el 20 % por el personal de salud.

REQUERIMIENTO Y PRESUPUESTO DEL MATERIAL A UTILIZARSE

| Detalle | Cantidad | Precio unitario Bs. | Precio total Bs. |
|---|----------|---------------------|------------------|
| Hojas pliego de papel sábana | 50 | 1 | 50 |
| Hojas pliego de papel bond | 30 | 1 | 30 |
| Cartulina rojo y amarillo tamaño oficio | 10 | 3 | 30 |
| Cuadernos | 50 | 2 | 100 |
| Fólderes | 50 | 1,5 | 75 |
| Marcadores gruesos | 50 | 5 | 250 |
| Fotocopias | 120 | 0,10 | 12 |
| Láminas educativas | 50 | 1 | 50 |
| Plastoformo | 20 | 6 | 120 |
| Cortador de plastoformo | 8 | 10 | 80 |
| Estilete | 2 | 20 | 40 |
| Pliego de cartulina | 50 | 2 | 100 |
| Lapiceros | 5 | 20 | 100 |
| Borrador | 4 | 10 | 40 |
| Lápiz | 4 | 5 | 20 |
| Goma eva | 4 | 5 | 20 |

TOTAL 1077 Bs.

Fuente: Elaboración propia

Pueden existir algunos materiales no detallados que en su momento serán necesarios incorporarlos.

FOTOS DE CAPACITACIÓN



FOTOS DE CAPACITACIÓN



FOTOS DE CAPACITACIÓN



FOTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

