



UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO



TRABAJO DE

INVESTIGACION CIENTIFICA DEL SERVICIO SOCIAL RURAL OBLIGATORIO

TEMA

Cobertura de partos institucionales en la comunidad de Mukden del Municipio de Bolpebra en las gestiones 2006-2010.

INTERNADO ROTATORIO DE LICENCIATURA DE ENFERMERIA

INTERNA: RUTH AGUADA SAUCEDO

COBIJA – PANDO – BOLIVIA

INDICE

Pág.

INDICE.....	1
INDICE DE GRAFICOS.....	2
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	6
MARCO CONCEPTUAL.....	7
SITUACION PROBLEMICA,OBJETO DE ESTUDIO.....	8
PREGUNTA DE INVESTIGACION,OBJETIVOS.....	12
JUSTIFICACION.....	13
MARCO TEORICO.....	14
HIPOTESIS.....	25
DISEÑO METODOLOGICO.....	26
PROPUESTA.....	27
PLAN DE ACCION.....	28
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	29
ANALISIS PROBLEMATICOS.....	30
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA.....	33
ANEXO.....	34

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

Pág.

CUADROS Y GRAFICOS N°1

Primeros controles pre natales.....37

CUADROS Y GRAFICOS N°2

Cuartos controles prenatales.....38

CUADROS Y GRAFICOS N°3

Números de partos atendidos.....39

CUADROS Y GRAFICOS N°4

Total de partos atendidos 2006 – 2010.....40

CUADROS Y GRAFICOS N°5

Total de CPN, cuarto CPN y partos atendidos.....41

CUADROS Y GRAFICOS N°6

Números de hijos de mujeres gestantes encuestadas.....42

CUADROS Y GRAFICOS N°7

Numero del lugar donde realizo su control pre natal.....43

CUADROS Y GRAFICOS N°8

Donde realizo su ultimo parto.....43

CUADROS Y GRAFICOS N°9

Por quién elige que su parto sea atendido.....44

CUADROS Y GRAFICOS N°10

Porque elige ser atendido en su domicilio.....45

DEDICATORIA.-

Dedico el presente trabajo a todos los estudiantes de la Universidad Amazónica de Pando del Área de Salud, a mis docentes que me brindaron su sabiduría; y al equipo que conforman el personal de salud del municipio de Bolpebra que me brindo su orientación mediante el trayecto de los tres meses de mi aprendizaje en el área rural.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por guiarme con sus valores.

A mi esposo, por saberme comprender y ayudarme a superar mis metas

A mis docentes, por ser buenos tutores de nuestras enseñanzas diaria

A mis compañeros, por ser buenos amigos y por brindarme su apoyo.

RESUMEN:

Este trabajo de investigación trata principalmente sobre los factores que inciden en las bajas coberturas de partos institucionales en la comunidad de Mukden del municipio de Bolpebra

Existe bastante afluencia de mujeres embarazadas al puesto de salud, la falta de infraestructura adecuada y falta de confianza al personal de salud, es una barrera que incide para que se pueda realizar atenciones de partos en el puesto de salud.

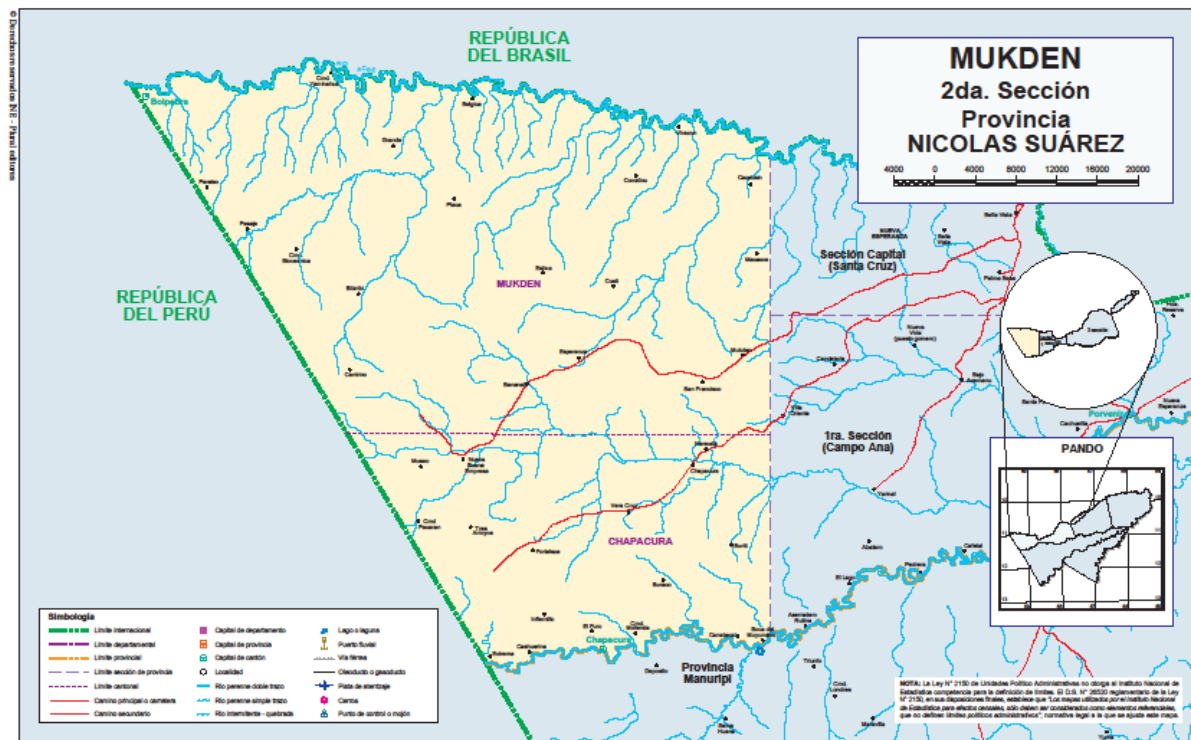
En un área ya sea puesto o centro de salud donde se promociona la salud se debe realizar procedimientos de gran importancia. Se tiene que tomar en cuenta la calidad de promoción de salud que realizan para el fomento de coberturas, es necesario tener una infraestructura muy adecuada para la atención de partos.

INTRODUCCION

Aunque el embarazo es un proceso fisiológico, no deja de representar un riesgo para la mujer, no solo en el aspecto de la sobrevivencia, sino en su capacidad reproductiva. Pese a las políticas y estrategias de salud, para reducir el riesgo reproductivo en el país, principalmente en el propósito de aumentar coberturas en el control prenatal y el parto institucional; los hechos muestran un panorama distinto al deseado principalmente en lugares alejados de los centros urbanos, es el caso de la comunidad de Mukden, municipio de Bolpebra donde los datos estadísticos resultado de la investigación estadística realizada, muestra coberturas bajas tanto en control prenatal como en parto institucional. En ese entendido el presente trabajo se realizó para determinar los motivos por el cual las mujeres embarazadas de la comunidad de Mukden no acuden al Puesto de Salud para que se les pueda realizar sus controles, se quiere identificar sobre todo las causas que interfieren para que las mujeres embarazadas acudan a recibir la atención de su parto en el Puesto de salud.

Para ese cometido ha sido necesario determinar las coberturas de atención de parto institucional y controles prenatales realizados en el ámbito del presente estudio analizando con sentido crítico y reflexivo, los datos estadísticos encontrados, y a través de entrevistas determinar las causas para que mujeres embarazadas de la comunidad sean renuentes a recibir atención institucional

I.- MARCO CONTEXTUAL.-



El estudio se realizó en la Comunidad de Mukden, perteneciente al Municipio de Bolpebra, provincia Nicolas Suares del departamento de Pando.

Es una Comunidad que cuenta con una Posta de Salud dependiente de un Centro de Salud que se ubica en el municipio de Bolpebra.

Es la segunda comunidad que cuenta con más población de las cuatro comunidades del Municipio.

I.1.-DESCRIPCION DE LA COMUNIDAD DE MUKDEN

I.2.-ASPECTO SOCIAL

I.2.1.-Contexto departamental

El departamento de pando fue creado el 24 de septiembre de 1938 durante el gobierno del Tcnel .Germán Busch, tiene una población de 52.525 habitantes (predominando la población masculina sobre la femenina) y una superficie de 63.827 km, con una densidad poblacional de 0,82 habitantes por kilómetros cuadrados y una tasa de crecimiento inter censal de 3,48%.

I.3.-ASPECTOS SOCIALES Y TENENCIA DE LA TIERRA

La comunidad de Mukden al igual que las demás comunidades campesinas del municipio se caracteriza por tener un territorio comun, como resultado del proceso de saneamiento realizado durante los últimos años, lo cual ha significado una conquista para cada uno de los comunarios.

El uso de sus tierras es de manera individual, ya que cuentan con parcelas de donde realizan actividades extra activas recolectoras de productos no maderables, la agricultura para el autoabastecimiento y la pecuaria en mínima escala.

La tenencia de tierras a nivel comunitario significa que ellos tienen la necesidad de establecer acuerdos internos sobre el uso de recursos naturales que poseen, lo cual es un desafío para la comunidad pensando en el equilibrio que quisieran lograr entre la sostenibilidad de sus recursos y la mejora de su calidad de vida.

Cada comunarios que reside dentro de estas tierras, que son nacidos y criados y se forman en aprendizaje en la escuela de Mukden tiene por derecho, por familia 500 hectáreas de tierra virgen. Que sirven para su trabajo diario y sustento de su familia.

I.4.-UBICACIÓN Y TAMAÑO

La comunidad de Mukden se encuentra ubicada a 40 kilómetros de la ciudad de Cobija; al sur limita con Nareuda, Villamarieta, y Litoral, al Norte limita con el Rio Acre, al Oeste con el hacendado Farah y Canahan y al Este con el hacendado Carlos Pinto y la comunidad 17 de Mayo.

I.5.- SALUD.-

Cuenta con un Centro de Salud Ubicado en la Comunidad de Bolpebra , el puesto de salud es dependiente de dicho centro , cuenta con un medico , una licenciada en enfermería , y 4 enfermeras distribuidas en el Municipio de Bolpebra, específicamente el Puesto de Salud de Mukden cuenta con una Auxiliar de Enfermería .

I.6.- POBLACIÓN.-

POBLACION COMUNIDAD MUKDEN

GESTION 2010

<1 año	1 año	< 2 años	2 -4 años	<5 años	5-14 años	65 y +	MEF	Emb. Esp.	Part. Esp	Nac. Esp.	Pobl. Adol.	Pobl. Masc.	Pobl. Fem.
8	8	16	24	40	75	8	62	10	8	8	70	167	137

Nuestra comunidad está conformada por 22 familias, que llegaron de diferentes regiones como la comunidad de Santa Rosa, Riberalta, del río madre de dios, La Paz y La frontera del Perú.

Cuenta con una población de 360 Habitantes según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Al principio los comunarios se establecieron en esta región para explotar goma, y posteriormente la castaña.

Se distinguen por ser cazadores y pescadores muy talentosos ya que son las prácticas que realizan con mucha frecuencia para conseguir sus alimentos, cultivan sus propios alimentos, construyen sus propias viviendas por lo que se consideran carpinteros y albañiles.

Algunos de ellos sabe algo de mecánica y las mujeres son confeccionistas. Algunos de ellos conocen muy bien las plantas medicinales que tienen dentro de su territorio.

1.8.- ASPECTOS CULTURALES

En estos tiempos, la gente que vive en la comunidad vino de diferentes lugares pero se consideran mayoritariamente campesinos.

Todos los pobladores hablan el castellano y algunas personas hablan el portugués. Se dedican principalmente a la recolección de castaña y la agricultura de subsistencia.

Su vestimenta típica es una blusa de corteza de castaña y falda de semilla de siringa y de Sirarí.

Sus platos típicos son variantes de diferentes comidas como el masaco de yuca, chanco asado, guiso de gallina criolla, cheruje de plátano con espinazo de huaso y de chanco del monte.

Dentro de estos aspectos tenemos los días festivos como (6 de agosto, 21 de septiembre día de la fundación de Mukden, etc.)

Todos los estudiantes realizan el desfile de tea con faroles por todas las calles de la comunidad.

Realizan sus acontecimientos sociales en el tutumo que queda ubicado en el centro de la comunidad; este tutumo fue realiza con manos propias de todos los comunarios de MUKDEN

1.9.- HISTORIA DE LA COMUNIDAD

La comunidad de Mukden a principios se encontraba más arriba donde se denomina nazareth. de donde se encuentra ahora. Sus primeros moradores fueron doña Juana don kalliqui quien tiene su tienda actualmente y don Nicolás y doña Emilia.

Primero todas las tierras que están viviendo actualmente pertenecían a la señora Juana y su esposo don Carlos Méndez quienes donaron a los comunarios que iban asentando por estos lugares. y así fue creciendo poco a poco. El señor Leopoldo Fernández cuando fue prefecto del departamento de pando les dotó a los comunarios de viviendas a cada familia que compone la comunidad de Mukden. Pero por problemas que no se conocen dejo algunas casas a medio construir que están abandonadas por falta de recursos económicos por parte de los moradores para poder arreglar y vivir en ellas.

II.- SITUACION PROBLEMÁTICA

Bajas coberturas de control prenatal y atención de parto institucional en la comunidad de Mukden

III.- OBJETO DEL ESTUDIO.-

Identificar a Mujeres gestantes que realizaron control prenatal y fueron atendidas en el parto, en la comunidad de Mukden en las gestiones 2006 al 2010.

IV.- PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuáles son las coberturas de partos institucionales en la comunidad de Mukden durante la gestión 2006 al 2010?

V.- OBJETIVO GENERAL

- Identificar el número de pacientes atendidas en trabajo de parto en el puesto de salud de la comunidad de Mukden.

VI.- OBJETIVO ESPECÍFICO

- Conocer la incidencia de partos domiciliarios de las mujeres gestantes de la comunidad de Mukden en las gestiones 2006 a 2010.
- Identificar las causas probables por las cuales las mujeres gestantes prefieren ser atendidas por las parteras tradicionales o el personal de salud según sea el caso.
- Promover y promocionar las atenciones de partos institucionales en los puestos de salud de nuestra comunidad.
- Conocer la afluencia de Mujeres embarazadas que acudieron a realizar sus controles prenatales en dichas gestiones.

VII.- JUSTIFICACION

La falta de conocimiento por parte de la población. Falta de promoción en la atención de la mujer gestante desde el inicio de su embarazo hasta el parto hace que este tema sea de interés del personal de salud por lo cual es necesario saber las causas por que las mujeres gestantes no acuden a un centro de salud.

Este tema de estudio es de gran importancia ya que el personal de salud promueve sus técnicas y habilidades en una atención de parto Los partos institucionales enriquecen la vida de todo el personal de salud ya que desarrollan técnicas y procedimientos es una decisión muy importante dentro de la vida de la madre y el RN y de todos sus familiares, ya que se sienten más seguros de la buena atención obtenida por el personal; con el logro de un parto dentro de nuestro puesto o centro de salud accederemos a mas confianza de nuestra población.

Puesto que el presente estudio de investigación, se desarrolla a partir de fuentes de registros, vivencias de los problemas en estudio mediante atención una experiencia de atención parto dentro de un domicilio

VIII.- MARCO TEORICO

EL EMBARAZO: es partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo.

Es necesario que la mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este período vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa, cuyo fruto es la creación de una nueva vida.

PRIMER TRIMESTRE:

Durante el primer mes de gestación apenas se producen cambios. Es el período en el que se produce la organogénesis del nuevo ser, que en su primera época se llama embrión y a partir del tercer mes, feto. En este primer mes es recomendable que la mujer deje de fumar, o que al menos reduzca su número de cigarrillos a un máximo de cuatro o cinco al día. Además, no debe abusar de las bebidas alcohólicas, ni tomar medicamentos, sin consultar previamente con su médico. Se evitará, en la medida de lo posible las vacunas y la exposición a cualquier tipo de radiaciones. Durante el segundo mes de gestación comienzan a aparecer los primeros cambios hormonales. Se producen síntomas propios de este período como los trastornos del aparato digestivo.

Se pierde la coordinación entre los dos sistemas nerviosos, el vago y el simpático, y se presentan los primeros vómitos y náuseas. Esta situación suele ir acompañada de abundantes salivaciones (ptialismo) y, a veces, de ligeros desvanecimientos. Puede ocurrir que los vómitos sean excesivos llegando a crear un estado de desnutrición. Si los vómitos y las sensaciones de náuseas son frecuentes, es recomendable que la ingestión de alimentos sea más frecuente y en pequeñas cantidades. Los alimentos sólidos o espesos reducen estos trastornos más que los líquidos. Se aconseja tomarlos fríos o a una temperatura ambiental, nunca calientes.

La mucosa bucal y las encías sufren modificaciones desde el inicio de la gestación. Las encías, debido a la acción hormonal se inflaman. Esto puede favorecer la aparición de caries o el empeoramiento de las ya existentes. Para eliminar posibles infecciones es imprescindible una cuidadosa higiene bucodental y visitar, de vez en cuando, al odontólogo. Las palpitaciones, un ligero aumento de la frecuencia respiratoria y hasta mareos, son frecuentes en este período. En este mes, la glándula mamaria sufre precoces modificaciones: los pechos aumentan de tamaño, y al palpar se notan pequeños nódulos, la areola del pezón se hace más oscura y aumenta la sensibilidad mamaria. También, a causa de la acción hormonal, la glándula tiroides puede aumentar su tamaño y provocar un ligero ensanchamiento de la base del cuello.

Durante el tercer mes de gestación las probabilidades de abortar son mayores, con lo que es importante tomar ciertas precauciones. La embarazada debe evitar llevar cargas pesadas, fatigarse o beber alcohol. Además, no emprenderá largos viajes en coche. Los viajes en avión sólo serán peligrosos en los casos en que se viaje a grandes alturas, ya que una disminución del oxígeno (hipoxia), puede provocar malformaciones congénitas. Las relaciones sexuales deben espaciarse durante todo el primer trimestre.

En el caso de que aparezcan dolores parecidos a una menstruación o hay hemorragia, por leves que sean, se deben extremar las precauciones. Quedan entonces prohibidos las relaciones sexuales y los viajes durante todo este período y se aconseja acudir al tocólogo ante cualquier síntoma, además de guardar reposo en cama. Con estas precauciones y los preparados hormonales que ahora existen se consigue, en la mayoría de los casos, salvar el embarazo.

De manera específica podemos decir que tanto la madre como el bebe sufren los siguientes cambios:

MES 1

El Bebé:

Día 1: fecundación. Día 4: el huevo llega al útero. Día 7: se inicia la implantación del huevo en la cavidad uterina. Se forma el tubo neural, primitiva médula espinal. Una extremidad se abulta: es la cabeza. Día 25: comienza a latir su corazón. Se le conoce como embrión. Mide 9 Mm. y pesa 0,5 grs.

La Madre: La pared uterina aumenta su espesor y vascularización. La placenta y cordón comienzan a formarse. Se segrega gonadotrofina corionica, la cual es detectada en la orina confirmando el embarazo. El útero tiene el tamaño de una pelota de ping-pong.

MES 2

El bebé: Se perfila su cara. Se forman sus ojos y tiene párpados. Crecen sus brazos y piernas. Sus huesos largos, sus órganos internos y su cerebro van desarrollándose. El embrión flota en su saco lleno de líquido amniótico. Mide 4 cm. y pesa 5 grs.

LA MADRE: El cordón umbilical tiene su forma definitiva. El líquido amniótico protege al feto, manteniendo constante la temperatura y facilitando sus movimientos. El útero tiene el tamaño de una pelota de tenis.

MES 3

El Bebé: Mueve brazos y piernas. Puede orinar. Se puede distinguir su sexo. Toma el nombre de feto, midiendo 10cm.y pesando 20 grs.

La Madre:

La cavidad uterina está llena de líquido amniótico que se renueva constantemente. La placenta es pequeña pero cumple su función de intercambio de nutrientes y productos de desecho y secreción de estrógenos y progesterona. El útero tiene el tamaño de un pomelo. La embarazada podrá sentir mareos y vómitos, cansancio, molestias en la pelvis, necesidad de orinar mas frecuentemente. Notará un aumento de tamaño en sus pechos acompañado de cambio de color en la areola. Su atención se centrara en los cambios físicos. Es frecuente que tenga cambios bruscos de humor y sentimientos contradictorios acerca de la maternidad.

SEGUNDO TRIMESTRE:

El segundo trimestre de la gestación es el más llevadero y el menos peligroso. El riesgo de aborto disminuye considerablemente, los vómitos cesan, aunque existen casos, muy raros, en los que persisten durante toda la gestación.

En el cuarto mes se produce un aumento del peso de la madre, el cual hay que controlar. Durante este mes el aumento no debe superar los 300 gramos semanales. El peso se debe controlar por lo menos una vez al mes, procurando hacerlo siempre en la misma báscula. En este mes, debido al ensanchamiento de la cintura, comienza la necesidad de vestirse con ropa pre-mamá, holgada y có moda. Pueden aparecer trastornos en la digestión a causa de una hormona llamada progesterona; ésta se hace más perezosa y provoca con frecuencia estreñimiento. Para combatirlo, es conveniente consultar al tocólogo, quién indicará el laxante más apropiado. En ocasiones un vaso de agua tibia en ayunas y una dieta adecuada es suficiente. Si el estreñimiento vaya acompañado de hemorroides, dilataciones venosas alrededor del ano, tendrá que evitarse necesariamente. Para ello se aplicará una pomada específica.

Durante este período se pueden practicar deportes que no supongan demasiado esfuerzo. Es recomendable practicar una gimnasia que favorezca la circulación periférica. Es muy recomendable la natación, en aguas templadas y sin demasiado oleaje, para que el esfuerzo sea menor.

A partir del quinto mes, cuando ya son evidentes los movimientos fetales, el control del peso se hace imprescindible, ya que su aumento comienza a ser considerable. En este segundo trimestre se suele aumentar unos 4 Kg. Para que la variación de peso se mantenga dentro de los límites normales, es fundamental conocer algunos aspectos sobre la dieta y una correcta alimentación. La embarazada debe comer para dos y no por dos. Hay que cuidar tanto la cantidad como la cualidad de los alimentos.

Los requerimientos en proteínas aumentan, siendo necesarios alimentos como la carne (mejor de vaca, ternera o pollo), el pescado blanco, los huevos, la leche y sus derivados como el yogur, etc. Las grasas deben reducirse de la dieta, pero no suprimirse. La aportación de minerales debe ser más alta, sobre todo la del hierro. Por eso resulta muy beneficioso tomar un comprimido diario de hierro junto con las comidas, aunque eso lo decidirá el tocólogo. Las necesidades de calcio también aumentan, por lo que deberá llevarse una dieta rica en productos lácteos como la leche y derivados. Los hidratos de carbono se deben tomar con moderación, y no abusar de los alimentos ricos en féculas, como legumbres, pan y dulces.

Resulta conveniente que la dieta sea abundante en frutas y verduras, porque junto con su riqueza en vitaminas favorecen la digestión y regulan el tránsito intestinal que ayuda a evitar el frecuente estreñimiento. En el sexto mes es frecuente encontrar anemia en la embarazada. Los tipos de anemia que pueden aparecer durante la gestación son: la anemia ferropénica y la anemia megaloblástica. La anemia ferropénica es la más frecuente, debida a una deficiencia de hierro. Por eso, como se ha dicho antes, es necesario un aumento de este mineral sobre todo a partir del quinto o sexto mes de gestación. La anemia megalobástica es menos frecuente, pero sus consecuencias son más peligrosas para la madre y para el feto. Son causadas por la disminución del ácido fólico.

Esta deficiencia se puede evitar con una dieta rica en verduras frescas y proteínas animales, que son las principales fuentes del ácido fólico. Se seguirá controlando el peso, teniendo en cuenta que el aumento ha de ser de 400 gr semanales aproximadamente. Las glándulas mamarias continúan aumentando de tamaño, por lo que deben cuidarse y prepararse para la posterior lactancia para evitar cierto tipo de grietas. En este mes es recomendable asistir a los cursos del denominado parto psico-profiláctico o parto sin dolor. La finalidad de estos cursos es la de preparar a la futura madre tanto física como psíquicamente para el parto, y hacerle ver que el parto es algo natural, y que puede evitarse el dolor durante éste.

De manera específica podemos decir que tanto la madre como el bebe sufren los siguientes cambios:

MES 4

El Bebé: Su piel es transparente y fina. Su intestino se llena de meconio. Traga líquido amniótico. Sus dedos tienen uñas y huellas dactilares. A veces tiene hipo. Mide 15 cms. y pesa 90 grs.

La Madre: El fondo del útero alcanza el hueso del pubis. La placenta cumple sus funciones de nutrición, respiración y secreción hormonal. El líquido amniótico aumenta. El útero tiene el tamaño de un coco.

MES 5

El Bebé: Su cuerpo se cubre de lanugo y vernix caseosa (fino vello y unto) Tiene pelo, pestañas y cejas. Se chupa el dedo. Duerme de 18 a 20 horas al día. Mide 25 cms. y pesa 245 grs.

La Madre: El útero alcanza el nivel del ombligo, teniendo el tamaño de un melón.

MES 6

El Bebé: Cuando está despierto se mueve mucho. Abre sus ojos. Adquiere grasa debajo de su piel. Mide 30 cms. y pesa 640 grs.

La Madre: El útero supera el nivel del ombligo, teniendo el tamaño de una sandía. Han desaparecido las nauseas y los vómitos. Se pueden sentir los movimientos del feto. A veces se sienten pequeñas molestias como ardor de estómago, constipación, congestión nasal. Puede engordar de 250 a 500 grs. a la semana. Se puede acrecentar el interés por el bebé, soñando con el día y noche. Los cambios físicos motivan sentimientos contradictorios. Sientes que el tiempo pasa rápidamente.

TERCER TRIMESTRE:

En el séptimo mes, las clases del denominado parto psico-profiláctico no deben suspenderse ni un solo día. El organismo, en esta etapa, se ha transformado considerablemente. Empieza a notarse sobremanera el tamaño del útero, lo que hace, en ocasiones, difícil encontrar una postura cómoda y adecuada para el descanso. En este sentido, es muy útil la práctica de algunos ejercicios de gimnasia que ayudan a corregir eficazmente las modificaciones (ortostáticas).

Durante este mes la piel de la embarazada sufre cambios, debidos a cambios hormonales. Empiezan a aparecer manchas de color del café con leche en la frente y en las mejillas. También hay un aumento de la pigmentación de los genitales externos. Ninguno de estos cambios es motivo de preocupación, ya que desaparecen por sí solos después del parto. Únicamente debe evitarse una exposición prolongada al sol. Dada la frecuencia de hiper-pigmentaciones y cloasma, son recomendables las cremas protectoras.

A estas alturas del embarazo el sistema urinario se ve especialmente alterado. En este caso, algunos médicos insisten en la necesidad de administrar antibióticos para evitar en la piel la onefritis aguda, aunque otros dicen que estas anomalías desaparecen entre la cuarta y sexta semanas después del parto. Ante la toxemia gravídica es fundamental vigilar la tensión arterial y observar con detalle la aparición de edemas, aunque la única forma de luchar contra ella radica en el esmerado control de las gestantes, es decir, en la profilaxis. También deben tenerse en cuenta los aumentos rápidos de peso y los análisis que indiquen la presencia de albúmina en la orina. De manera específica podemos decir que tanto la madre como el bebe sufren los siguientes cambios:

MES 7

El Bebé: Responde a los ruidos exteriores con movimientos. Empieza a faltarle sitio en la cavidad uterina. Algunos se colocan cabeza abajo. Mide 40 cms. y pesa 1500 grs.

La Madre: El útero aumenta notoriamente su tamaño. Disminuye la cantidad de líquido amniótico.

MES 8

El Bebé: Es el mes que acumula más grasa. Su piel toma la coloración que tendrá al nacer. Mide 45cm. y pesa 2500 grs.

La Madre: La parte superior del útero se palpa a unos 8 cm. del ombligo. La musculatura uterina comienza a contraerse.

MES 9

El Bebé: El lanugo se ha caído casi completamente. Logra oír sonidos exteriores disfrutando de la buena música. Sus pulmones están preparados para funcionar en el exterior. Mide 50cm. y pesa entre 3300 y 3500 grs.

La Madre: La altura del útero puede llegar a unos 33cm. Hay aumento en las contracciones uterinas. Pueden aparecer dolor de espalda, ardor de estómago, dificultad para respirar, hemorroides, tobillos hinchados y frecuentes ganas de orinar. La atención se centra en el parto. Hay una mayor necesidad de afecto, atención y cuidados. El tiempo parece detenerse.

PARTO NORMAL:

En condiciones normales, cuando el embarazo va llegando a su término, la madre y el hijo entran en la fase de preparación para el trabajo de parto. El bebé ha crecido y madurado lo suficiente para sobrevivir y adaptarse a la vida en el medio externo. El organismo de la madre, por su parte, ha experimentado numerosos cambios durante la gestación que la han preparado para el parto y la maternidad.

La labor del equipo de atención médica (médicos, enfermeras, obstétrica, etc.) comprende el control juicioso y prudente del curso del embarazo para detectar y dar solución a los factores denominados de alto riesgo que pueden poner en peligro la vida de la madre o del feto durante la gestación, el parto o el postparto, la preparación física y emocional de la mujer durante el embarazo para que comprenda y enfrente con naturalidad y sin miedo los cambios implicados en el proceso del parto y la crianza, y la vigilancia estrecha del proceso del parto para estar atentos a la aparición de situaciones anormales que entorpezcan el curso normal y que obliguen a la intervención sobre alguno de los factores o la terminación anticipada del proceso mediante la cesárea.

El trabajo de parto se desencadena por múltiples factores, que intervienen en la aparición de las contracciones uterinas del trabajo de parto y pueden ser tanto de origen materno como fetal. Se habla de los efectos de ciertas sustancias de la placenta, de la madre o del feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino. Al parecer, los efectos coordinados de todos estos factores son la causa de la aparición de las contracciones.

De manera general se puede decir que el parto es el proceso mediante el cual el feto, la placenta y las membranas dejan el útero, cruzan por el canal del parto y salen al exterior. Hay varios mecanismos implicados en el proceso y éste se divide en varias etapas que se explican a continuación:

PREPARTO:

Es el periodo de cerca de dos semanas que antecede al parto. Durante él, la mujer experimenta varios cambios que pueden ser indicios de la proximidad. El primero de ellos es el descenso del útero en el abdomen, que parece estar causado por el encajamiento de la cabeza fetal en la pelvis materna, principalmente en las primerizas. Esto trae un alivio relativo de la respiración y la digestión, que estaban siendo dificultadas hasta cierto punto por la presión de útero sobre el diafragma y el estómago. No obstante, el mismo fenómeno tiene el efecto de hacer reaparecer la frecuencia urinaria (polaquiuria) a causa de la presión de la cabeza del bebé sobre la vejiga de la madre. El segundo signo es el aumento de la frecuencia y la intensidad de las contracciones de preparación que normalmente hacen su aparición en el octavo

mes. Otro signo es el aumento de la descarga o flujo vaginal y la posible aparición de moco de color marrón o vino tinto (tapón mucoso) proveniente del cérvix. El cérvix sufre un proceso de maduración, por el cual su consistencia se hace más blanda y su posición cambia con relación al suelo pélvico. En las primíparas el cérvix primero se borra (adelgaza) y luego se dilata durante el trabajo de parto. En las multíparas, en cambio, puede haber dilatación en este periodo de preparto, y el borramiento se produce más adelante, cuando ya hay contracciones regulares y el bebé está descendiendo. Otro fenómeno corriente e interesante es un aumento momentáneo de energía que la madre usualmente aprovecha para arreglar la casa y dejar todo en orden.

TRABAJO DE PARTO VERDADERO:

Las contracciones tienen tres características: frecuencia, o sea el número de contracciones por unidad de tiempo; duración, o sea el tiempo que toma una contracción individual de comienzo a fin; e intensidad, o sea la fuerza de cada contracción, que en general es una medida subjetiva del endurecimiento de la pared uterina a la palpación. Se habla de trabajo de parto verdadero cuando la frecuencia es de tres contracciones en un periodo de diez minutos, la duración es de 45 segundos a un minuto y la intensidad es buena (la pared abdominal se palpa rígida). A partir de este momento comienza a contabilizarse el tiempo del parto.

El trabajo de parto en su totalidad puede tomar entre 8 y 12 horas en una primeriza, o entre 6 y 8 en una multípara y puede dividirse en tres etapas: el **primer periodo**, que va desde el momento en que se regularizan las contracciones hasta cuando se completan la dilatación y el borramiento; este periodo puede dividirse a su vez en dos fases, una inicial o de latencia, que va desde la regularización de las contracciones hasta los 5 o 6 cm de dilatación del cérvix, que es la más prolongada, principalmente en las primerizas, y otra final, denominada fase activa, que va desde los 6 hasta los 10 cm de dilatación; su duración es más corta y se caracteriza por el encajamiento y el descenso progresivos del bebé en el canal del parto; el **segundo periodo**, o **expulsivo**, comienza cuando la dilatación y el borramiento están completos y termina con la salida del niño. Su duración es variable y depende de la actividad de las contracciones, de la reserva de energía de la madre, del tamaño del bebé y del uso de anestesia o analgesia obstétrica. Puede estar entre 45 minutos y dos horas.

El **tercer periodo** del parto se denomina **alumbramiento** y va desde la expulsión del feto hasta la salida completa de la placenta y las membranas

En condiciones normales tiene una duración de pocos minutos, hasta un máximo de 45. En la actualidad se habla de un **cuarto periodo** que sería el de recuperación inmediata, es decir las primeras 2 horas del nacimiento del bebé, durante el cual debe haber una observación estrecha de la madre y el hijo

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PARTO:

Son varios los factores que intervienen en el trabajo de parto. Los cinco más importantes pueden resumirse como sigue: el pasajero (o sea, el feto, las membranas y la placenta), el canal del parto, las contracciones, la posición de la madre y su respuesta psicológica o emocional. Los primeros cuatro forman la base para la comprensión del trabajo de parto como un proceso, en tanto que el último, en el cual también intervienen factores culturales y educacionales, tiene enorme influencia sobre los otros cuatro y puede hacer que una misma experiencia sea percibida por una mujer y su familia como un acontecimiento natural de gran significado afectivo y poco o ningún sufrimiento físico o psicológico, o bien como un suceso negativo, doloroso, peligroso y atemorizante.

Cuando se habla del pasajero del trabajo de parto, se incluyen todas las estructuras que ocupan la cavidad uterina durante el embarazo. Es decir, bebé, placenta, membranas y líquido amniótico. En general se ha contemplado al pasajero como un sujeto pasivo que tiene muy poca participación en la

parte mecánica del trabajo de parto. Sin embargo, en condiciones normales las membranas y el líquido tienen una función importante ya que sirven como un amortiguador por delante de la cabeza del bebé durante su descenso por el canal del parto. La presión descendente ejercida sobre el bebé por las contracciones uterinas se transmite a la porción de líquido y las membranas que están situadas por delante de la cabeza y tiene el efecto que se describirá más adelante sobre el cuello uterino. Las membranas pueden romperse espontáneamente antes de que comience el trabajo de parto (ruptura prematura) o durante el curso de éste (ruptura precoz). Siempre que ocurre la ruptura, el trabajo de parto se estimula y la protección contra la infección que proporciona la membrana desaparece. En muchas ocasiones el médico obstetra es quien rompe la membrana durante el trabajo de parto para estimular las contracciones y provocar el encajamiento de la cabeza del bebé (amniotomía).

Puede decirse que hay dos factores del bebé que influyen sobre el curso del parto: su tamaño (especialmente el de la cabeza) y su posición:

Tamaño de la cabeza. Durante el embarazo y un tiempo después del parto los huesos de la cabeza del bebé no están solidificados. Se unen entre sí mediante uniones membranosas (llamadas suturas) y en los lugares donde los huesos se encuentran, quedan espacios también cubiertos por una membrana que se llaman fontanelas. Conforme la cabeza se introduce y desciende por el canal del parto, las suturas y fontanelas permiten que haya cierta superposición de los huesos del cráneo, con lo que se logra la adaptación de la cabeza al canal. Este fenómeno se denomina moldeamiento, que puede ser bastante notorio. La forma de la cabeza de los recién nacidos se recupera en unos pocos días.

Una vez que la cabeza ha salido del canal del parto, el resto del cuerpo y la placenta salen con facilidad porque los diámetros que presentan en relación con el cuerpo de la madre son mucho menores que los de la cabeza. En ocasiones, sin embargo, sobre todo en fetos de gran tamaño, la salida de los hombros puede suponer un problema.

Posición del feto. En la gran mayoría de los partos en la especie humana (96%) el feto viene de cabeza (en la llamada presentación cefálica o de vértice). El bebé adopta esta posición hacia el final del embarazo gracias al peso de su cabeza (la estructura más pesada de su organismo) y la forma de la pelvis materna. Por lo general, en las primíparas la cabeza del feto se encaja en la pelvis al cumplir el séptimo mes de embarazo. En las multíparas este evento puede tener lugar un poco más tarde. La denominada presentación de pelvis o podálica (es decir, aquella en la cual los pies o las nalgas del feto están encajados en la pelvis materna) es considerada en la actualidad por la mayoría de los médicos obstetras como de alto riesgo por el peligro que representa la retención de la cabeza en el último momento del parto. Por eso la presentación de pelvis y la llamada situación transversa, en la cual el bebé viene atravesado, son indicaciones de cesárea.

TIPOS DE PARTO Y SUS CLASIFICACIONES:

Clasificaciones de los nacimientos y también las alternativas de parto que puedes escoger para tener a tu bebé.

El parto es un momento muy especial en la vida de cualquier mujer. Puedes conocer cada una de sus etapas y prepararte para este proceso único. A continuación, te mostramos los distintos **tipos de parto:**



Parto normal con anestesia.

Nos referimos al tipo de parto en el cual el bebé sale a través de la vagina, pero, a diferencia del parto natural, en éste se utiliza anestesia y medicamentos para el dolor. Usar o no algún tipo de analgesia durante el parto depende de la mujer y de sus circunstancias personales.

Parto natural



Este **tipo de parto** significa riesgos mínimos porque no existe alteración alguna de la madre ni el feto por medio de medicamentos. El doctor basa su diagnóstico en los latidos del bebé y en la frecuencia e intensidad de las contracciones. Entre sus beneficios destaca el contacto inmediato del pequeño con su madre, desarrollando su autoestima, capacidad de entregar amor y relacionarse con el resto. Si optas por este **tipo de parto**, deberás prepararte para enfrentar los malestares propios de la fase final del embarazo por medio de cursos, yoga o hipnosis. Además, la anestesia puede hacer que la mujer controle su trabajo de parto y pre-parto con el mínimo dolor posible.

Parto en el agua



Se trata de una modalidad del **parto natural**, cuyo proceso es espontáneo. Una vez que la madre haya superado las dos etapas previas al nacimiento, dilatación y encajamiento; y se inicien las molestias, comienza la fase de hidroterapia, donde el agua circula por medio de filtros a 37 grados de temperatura. La higiene de este tipo de parto es lo que más preocupa a las mamás, sin embargo, está libre de infecciones. El agua caliente permite calmar los dolores y el bebé nace totalmente relajado.

Parto en cuclillas



En este tipo de parto la **posición en cuclillas** facilita la bajada del bebé, permitiendo un nacimiento más rápido, precisamente porque la madre recibe la ayuda adicional de la fuerza de gravedad. Entre sus ventajas cuentan el requerimiento de menos puje y una apertura mayor de la pelvis. Aunque debes consultar con tu médico, si el lugar dónde nacerá tu pequeño cuenta con los implementos necesarios para esta técnica.

Parto por cesárea



Este **tipo de parto** se realiza cuando el bebé viene con los pies o nalgas hacia abajo o en posición transversal. También al surgir emergencias como una **tensión fetal**, cavidad pélvica menor al tamaño del bebé, **sangrado vaginal** o infecciones virales activas que afecten al **cuello uterino**; entre otras. La cirugía consiste básicamente en una incisión en la pared abdominal y en el útero para extraer al bebé. Existen dos tipos de cisura: una que se realiza de forma longitudinal del ombligo al pubis; y otra

en forma transversal y a nivel suprapúbico.

La mayoría de los partos se desarrollan normalmente, sin embargo, pueden existir algunas complicaciones que podrían necesitar tratamiento especial. De todos modos, las potenciales dificultades podrán ser detectadas con antelación para recibir el tratamiento adecuado.

Clasificación de Partos:

Pero independientemente de la opción que elijas para **dar a luz**, el parto puede clasificarse según el tiempo de gestación:

- **Parto de término:** es el que ocurre entre las 37 y 42 semanas de gestación.
- **Parto pretérmino:** es el que ocurre entre las 28 y las 37 semanas de gestación.
- **Parto postérmino:** cuando el parto ocurre después de las 42 semanas de gestación.

También recibe una clasificación según la finalización:

- **Parto eutócico:** es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.
- **Parto distócico:** cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.

Otra clasificación que recibe el parto es según el comienzo:

- **Parto espontáneo:** cuando el feto presenta diversas variedades de presentación, diferentes a la vértice y no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión.

Parto inducido-estimulado: cuando es necesario inducir las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena.

La situación actual de este problema de salud en el mundo, muestra el 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo y de ellas el 90% son evitables, por tanto en estos países las mujeres corren de 50 a 100 veces, mayor un riesgo de morir durante su vida reproductiva que las mujeres del mundo desarrollado, y de estas muertes alrededor del 70% están relacionadas con el parto.

América Latina constituye una de las regiones del mundo con mayor progreso en el tema, al lograr que se realicen el 86% de partos institucionales y un 94% de cobertura a la atención prenatal, lo alcanzado aun no satisface las necesidades básicas fundamentalmente de los estratos más vulnerables de la sociedad. Por su parte Cuba logró un descenso acelerado y continuo de las muertes maternas, a partir del año 1959, lo que la ubica dentro de los cuatro países del continente americano, (Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay) con más bajas tasas en el indicador, después de Canadá y los Estados Unidos.³ Lo alcanzado es producto de la decisión del Estado desde el propio triunfo de la Revolución, al modificar aquí las situaciones socio económicas básicas, que aun hoy abruma a la mayor parte de las

familias y en particular a las mujeres en el mundo, entre las que sobresalen el derecho al trabajo, la educación, la seguridad social y la salud; a pesar de ello el sector salud cubano, reconoce la necesidad de estudiar las causas que han generado el estancamiento en la tendencia a la disminución que se evidenciaba en los últimos veinte años para la tasa de mortalidad materna.

Aunque el embarazo es un proceso fisiológico, no deja de representar un riesgo para la mujer, no solo en el aspecto de la sobrevivencia, sino en su capacidad reproductiva; resulta entonces este un evento que requiere de atención diferenciada por el sector salud, en coordinación con el resto de las estructuras de gobierno a nivel local y nacional.

IX.- HIPOTESIS.-

La falta de confianza de las mujeres gestantes ante el personal de salud y la pequeña infraestructura que tiene el puesto de salud de Mukden, para la atención de sus partos. Es un factor que influye a un descenso de coberturas de partos institucionales en el municipio de BOLPEBRA en la comunidad de Mukden durante las gestiones del 2006 – 2010.

X.- VARIABLES

X.1.-INDEPENDIENTE: (CAUSA)

La falta de confianza ante el personal de salud y la difícil accesibilidad puesto de salud.

X.2.- DEPENDIENTE: (EFECTO)

Influye a un descenso de coberturas de partos institucionales

XI.- DISEÑO METODOLOGICO

XI.1.- UNIVERSO Y MUESTRA

El universo: está representado por las mujeres gestantes que realizaron su control prenatal y partos de las gestiones 2006 – 2010 en la comunidad de Mukden..

La muestra: constituye el 30% del total del universo que representa

XII.- TIPO DE ESTUDIO:

Este será retrospectivo, cuantitativo,

XIII.- METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS.

Método:

Hipotético deductivo – Es una investigación basada en una hipótesis y el deductivo es un proceso que es útil principalmente para la lógica y las matemáticas, donde los conocimientos de las ciencias pueden aceptarse como verdaderos por definición.

Se utiliza en el conteo de los datos recogidos del SNIS del 2006- 2010

METODO ESTADISTICO porque Se utiliza en el conteo de los datos recogidos del SNIS del 2006- 2010.

ENCUESTA: es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuya opiniones impersonales interesan al investigador, vamos a utilizar a través de 5 preguntas a las mujeres gestantes de la gestión 2010.

INTRUMENTO: cuestionario- es un conjunto de preguntas seleccionadas de acuerdo con la naturaleza de la investigación.

La aplicación del instrumento será de forma directa a las mujeres gestante.

XIV.- PROPUESTA:

En la estrategia se debe involucrar a diferentes sectores: alcaldía del municipio, SEDES- PANDO. Para obter un ambiente exclusivamente para la atención de partos dentro del puesto de salud y realizar acciones de trabajo en prevención de infecciones pos partos para lograr coberturas de partos institucionales en la comunidad de Mukden.

XIV.1.- COMPONENTES DE LA PROPUESTA

- Desarrollo de proceso educativo de lo que son infecciones pos partos a las mujeres gestantes de la comunidad de Mukden.
- Capacitación frecuente al responsable del puesto de salud de lo que es asepsia y partos.

XIV.2.- EDUCACION:

La educación popular es una manera en que los grupos y clases sociales aprenden a reflexionar e interpretar críticamente sus propias formas de vida.

La educación popular se puede definir como una labor educativa diseñada para fomentar el sentido crítico de sus participantes y para permitir que tomen conciencia de cómo las experiencias personales de un individuo están conectadas con problemas sociales de índole más generalizada.

Se desea contar un ambiente limpio que tenga una cama normal una mesita una silla para que la mujer que se encuentra con trabajo se sienta cómoda.

Para alcanzar el objetivo del proyecto se debe capacitar primero al personal responsable del puesto de salud que sería la auxiliar de enfermería que tiene mayor contacto directo con la población, por medio de los profesionales de salud en cargados del programa de salud pública y salud sexual reproductiva.

PLAN DE ACCION

PROYECTO DE INVESTIGACION: Bajas coberturas de control prenatal y atención de parto institucional en la comunidad de Mukden.

EQUIPO: Interna en Lic. En Enfermería: Ruth Aguada Saucedo

BENEFICIARIOS: Mujeres gestantes de la comunidad de Mukden

Componentes	actividades	Propósito	Indicador de control	Medios de verificación	material	responsable
Educación sobre infecciones puerperales y del RN	Elaborar un programa de capacitación sobre temas de infecciones puerperales y del RN.	Brindar información a las mujeres gestante de la comunidad de Mukden	Programa de capacitación Elaborado en beneficios de las mujeres gestantes	Preguntas y respuestas	Papel bond tamaño Carta Cuadros e ilustraciones	Ruth Aguada Saucedo
	Elaborar un instrumento de encuesta	Evaluar los problemas y preferencias que tienen	Instrumento de test de información	Encuestas a las mujeres gestantes	Papel bond tamaño carta Tinta para impresora	Ruth Aguada Saucedo
	Elaborar un registro de asistencia	Obtener un medio de control	Registro de asistencia elaborado	Registro de Asistencia	Papel bond tamaño carta tinta para impresora	Ruth Aguada Saucedo
	Elaborar un instrumento de observación	Verificar el grado de conocimiento	Instrumento de observación elaborado	Instrumento de observación	Papel bond tamaño carta tinta para impresora	Ruth Aguada Saucedo

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Responsable	septiembre	Octubre	Noviembre
Elaboración del programa de capacitación	Ruth Aguada	15 - 20		
Visitas domiciliarias	Ruth Aguada	10- 12		
Elaboración de instrumentos	Ruth Aguada		6 -7	
Elaboración de asistencias	Ruth Aguada		11	
Coordinación y socialización con día, hora, lugar.	Ruth Aguada		26- 27	
Ejecución del programa	Ruth aguada			9
Clausura				15- 20

XV.- ANALISIS PROBLEMICO.

El Puesto de Salud de Mukden cuenta con una población asignada de 360 habitantes por el SNIS `para la gestión 2010, se tomara en cuenta las poblaciones de los 5 años anteriores para realizar una comparación en relación a Mujeres en Edad Fértil (MEF), Primeros Controles Prenatales (PCP), 4to. Control Prenatal, Partos Institucionales y Partos atendidos por partera y personal de salud.

POBLACION ASIGNADA AL PUESTO DE SALUD DE MUKDEN

GESTION 2010.

Grupo Atareo	N°	%
< 1 año	8	2
1 año	8	2
< 2 años	16	5
2-4 años	24	7
< 5 años	40	11
5-14 años	75	21
15-64 años	181	50
65 y +	8	2
Total	360	100

Fuente:SNIS

La población asignada por el SNIS nos indica que el 50% está dado por el grupo etarios de 15 a 64 años (edad económicamente activa) seguido de 5 a 14 años con el 21%, los menores de 5 años con el 11% y el resto de los grupos etarios con el 2 %.

XVI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Por la realización de este trabajo se puede llegar a conocer un tema de vital importancia para todos, tanto hombres como mujeres, que es el embarazo y que es un parto normal y cuál es la importancia de un parto normal ya, sea institucional o domiciliario y atendido por partera capacitada o personal de salud. Es un tema de vital importancia para los padres porque en un parto domiciliario no tienen toda la higiene o asepsia necesaria para proporcionar una buena atención de partos sin problemas colaterales de infecciones, ya que ambos están involucrados en todos los pasos del mismo, y la información de este trabajo va dirigida a los dos.

Se tocaron puntos como el proceso del embarazo, mes a mes, detallando en cada uno los procesos y cambios que ocurren, cuales son las características que presenta tanto el bebé como la madre en cada mes y cuáles son los cambios a nivel biológico que suceden.

La falta de conocimiento sobre los riesgos que pueden sufrir las mujeres gestantes al realizar su parto en las comunidades, la falta de los materiales necesarios para poder realizar o atender un parto, la asepsia y antisepsia tanto del instrumental que se utiliza para realizarlo, el acceso al Puesto de salud que hay que recorrer distancias largas desde el domicilio hasta llegar al puesto, o del personal de salud, puesto que no cuentan con un medico constante , y solo están a merced de ser atendidos por una auxiliar de enfermería y en el mejor de los casos por una licenciada .

La falta de medios de transporte adecuados, puestos de salud alejados, el escaso número de personal de salud (Médicos) pone en riesgo la vida de la madre y el recién nacido, esto induce a que las mujeres gestantes tomen la decisión de que su parto lo realice la persona más cercana a su domicilio, como ser, una partera, y en el peor de los casos un familiar.

Se pone en riesgo la vida de las mujeres gestantes y del recién nacido al no contar con los materiales necesario para poder atender un parto, no se cuenta con una buena asepsia y antisepsia de los instrumentales que se utilizan , esto nos puede llevar a una infección postparto y posteriormente a la muerte .

Concientizar a las autoridades municipales y departamentales sobre la importancia de la atención a la mujer embarazada y al recién nacido, concientizar al personal de salud sobre orientación y principalmente dar confianza a las mujeres embarazadas para que asistan a sus controles prenatales y posterior atención de su parto en el puesto de salud.

La falta de hospitales de primer y segundo nivel en el departamento de pando es un obstáculo para poder realizar una referencia de las mujeres gestantes con alto riesgo obstétricos (ARO), puesto que solo contamos con un hospital de segundo nivel que se encuentran en el municipio de cobija.

Nos impide que podamos como personal de salud poder referir adecuadamente y oportunamente a las mujeres embarazadas por la lejanía y la falta de recursos económicas de la gestante.

Se debe contar con los medios adecuados para brindar una atención adecuada con calidad y calidez y con profesionales capacitados y especializados para la atención de partos en el departamento de pando.

Se cuenta con un seguro universal materno infantil que lastimosamente si bien dota de todos los insumos no todos pueden acceder por la distancia que existe, por el mal estado de las carreteras, pese a que la población tiene conocimiento de los beneficios que este le brinda.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- www.navegalia.com
- www.buenasalud.com
- www.mmhs.com
- www.medicosecuador.com
- www.mundobebe.com.uy
- www.mujeractual.com
- www.saludhoy.com
- - UNFPA. Millennium Development goal 5. Improve Maternal Health. Disponible en: http://www.unfpa.org/icpd/goals/goal_5.htm.

Consultado 27 Enero 2008

2- CUMBRE MUNDIAL 2005. Compromiso mundial a proporcionar acceso universal a servicios de salud reproductiva para 2015.

Disponible en: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=680&NewsType=1&Language=2>
Consultado 27 Enero 2008

3- UNICEF. Estado mundial de la infancia 2008. Tabla 8. Situación de las Mujeres. 2008. p 142.

4- Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 1995. Mortalidad materna según causas 1970 – 1995, Disponible en:

<http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5001=mostrar^m39&tag5009=STANDARD&tag5008=10&tag5007=Y&tag5003=anuario&tag5021=e&tag5022=1995&tag5023=39>

Consultado 27 Enero 2008

5- Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 1995. Mortalidad materna según causas 1970 – 1995, Disponible en:

<http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5001=mostrar^m1502&tag5009=STANDARD&tag5008=10&tag5007=Y&tag5003=anuario&tag5021=e&tag5022=2006&tag5023=1502>

Consultado 27 Enero 2008

6- Estrategia cubana para la salud en el año 2015. Editora de Ciencias Médicas. 2006.

ENCUESTAS

MUNICIPIO DE BOLPEBRA

Partos institucionales en el puesto de salud de la comunidad de Mukden

Nombre completo:.....

Edad:.....

1.- ¿cuántos hijos tiene?

>5 - <5

2.- ¿donde realizo su control pre natal?

- a), puesto de salud de Mukden
- b). Centro de salud en cobija
- c), ninguno

3.- ¿donde realizo su último parto?

- a).puesto de salud Mukden
- b).hospital Roberto Galindo
- c).domicilio

4.- ¿por quien eligió ser atendido su parto?

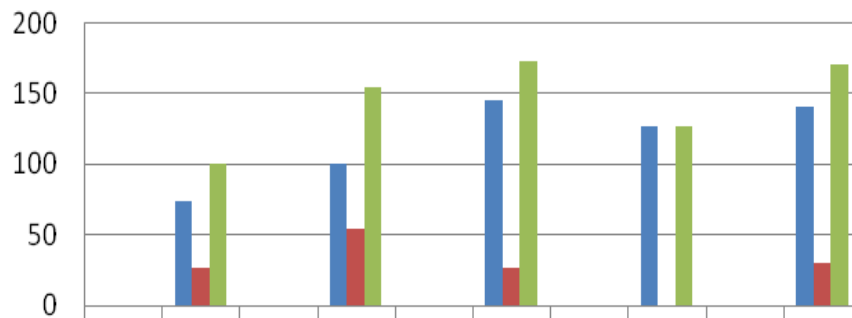
- a).personal de salud
- b).partera capacitada
- c). por familiar

5.- Porque elige ser atendida en su domicilio

- a).confianza
- b). apoyo psicológico por parte familiar
- c). la posta es muy pequeña
- d). difícil acceso a la posta
- e). se siente más cómoda

ANEXOS

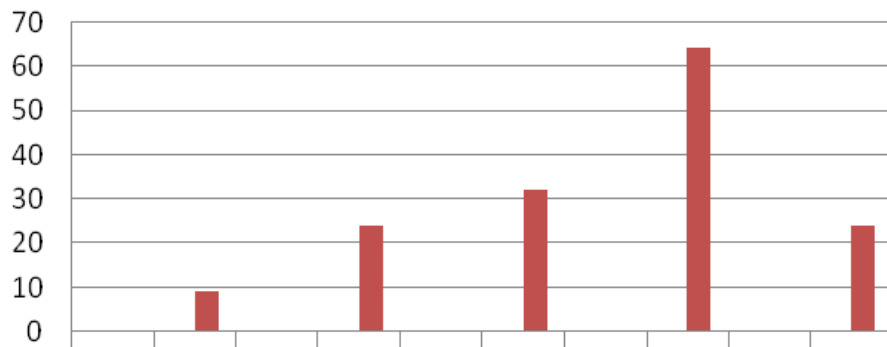
**Grafico N° 1 Primeros Controles Prenatales
Gestiones 2006 - 2010
Comunidad Mukden**



	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%
Antes 5 mes	8	73	11	100	16	145	14	127	14	140
Apartir 5 mes	3	27	6	54	3	27	0	0	3	30
Total	11	100	17	154	19	172	14	127	17	170

Grafico N° 1 El grafico nos muestra que en la gestión 2006 se cumplió la meta programada llegando al 100% de captación de Mujeres con su Primer control prenatal, el 2007 se capto 11 Mujeres con su primer control prenatal llegando al 100% y 6 CPN a partir del 5 mes en total se lleo al 154% sobrepasando lo programado, el 2008 se capto 16 mujeres con su CPN nuevos y a partir del 5 mes 3 llegando al 172% sobrepasando lo programado, el 2009 se capto 14 mujeres con su primer CPN llegando a 127% sobrepasando lo programado, el 2010 se capto 14 primeros CPN y 3 a partir del 5 mes llegando a un 170% sobrepasando lo programado por el INE.

**Grafico N° 2 4to. Control Prenatal
Gestiones 2006 - 2010
Comunidad Mukden**



	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%
■ CPN Nuevos	11		17		19		14		17	
■ 4to CPN	1	9	4	24	6	32	9	64	4	24

Grafico N° 2. Nos muestra que en la gestión acudieron a su primer control prenatal solo 1 llevo hasta su 4to. CPN., el 2007 de 17 Mujeres que acudieron a su primer control prenatal solo 4 llegaron a su 4to. CPN., el 2008 de 19 mujeres solo llegaron al 4to. CPN. 6 mujeres, el 2009 de 14 llegaron a su 4to. CPN 9 mujeres gestante y es la cifra más elevada de estas 5 gestiones en estudio.

**Grafico N° 3 Numerode Partos Atendidos
Gestiones 2006 - 2010
Puesto de Salud Mukden**

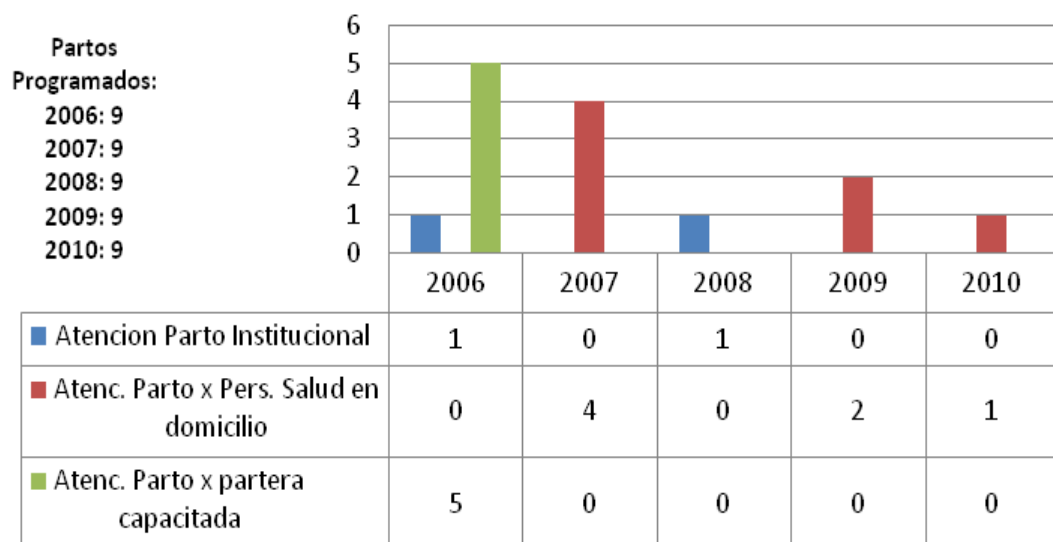


Grafico N° 3. Nos muestra que en la gestión 2006 se atendió 1 parto Institucional y 5 por partera capacitada, en la gestión 2007 se atendieron 4 partos por personal de salud en domicilio, el 2008 se atendió 1 parto institucional, el 2009 se atendieron 2 partos por personal de salud en domicilio.

**Grafico N° 4 Total de Partos Atendidos
Gestiones 2006 - 2010
Comunnidad Mukden**

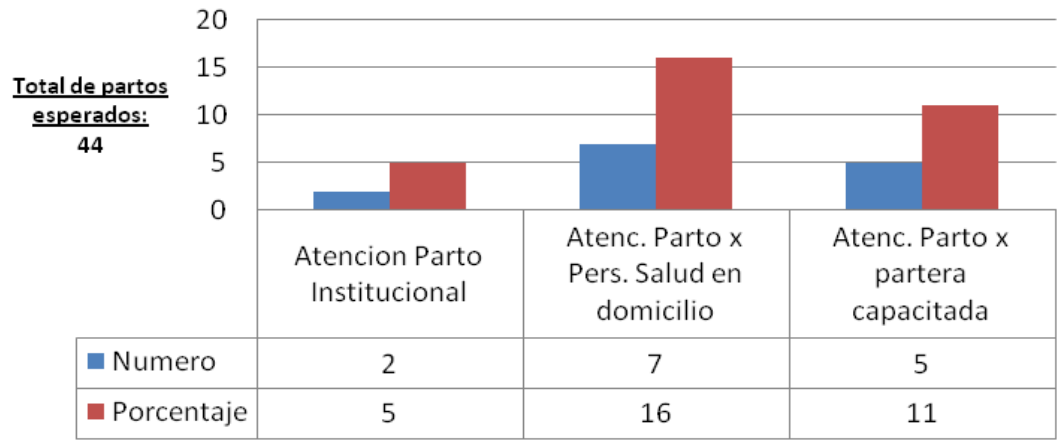


Grafico N° 4 En las gestiones en estudio se aprecia que los partos por personal de salud en domicilio fueron 7 haciendo el 16% del total, seguido por los partos atendidos por partera capacitada 5 haciendo el 11% del total, por último los partos institucionales fueron 2 haciendo el 5% del total.

**Grafico N° 5 Tota de CPN, 4to. CPN y Partos Atendidos
Gestiones 2006 - 2010
Puesto de Salud Mukden**

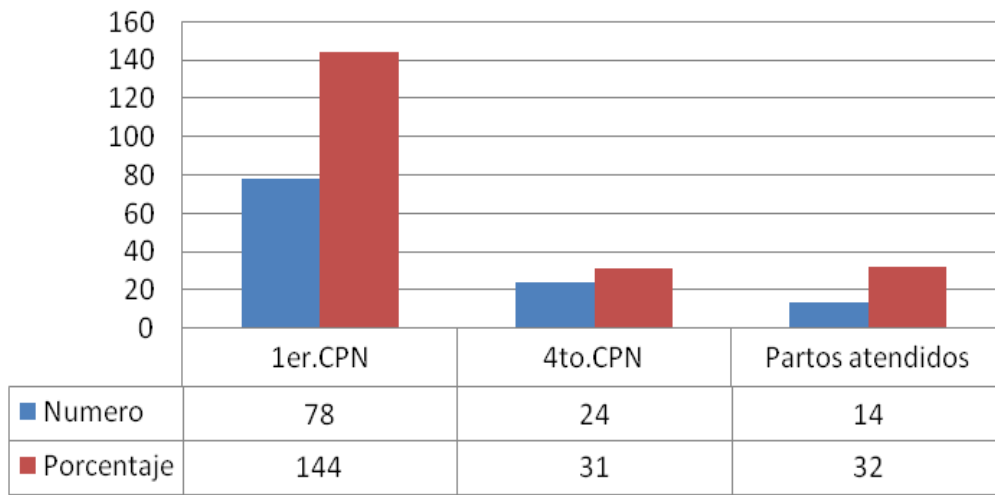


Grafico N° 5, En las 5 gestiones de estudio se realizaron 78 Controles Prenatales Nuevos llegando al 144% de estos Llegaron al 4to. Control Prenatal 24 mujeres gestantes haciendo el 31% y solamente se llegaron a realizar su parto en el puesto de salud 14 mujeres gestantes haciendo el 32%.

RESULTADOS OBTENIDOS MUJERES EMBARAZADAS ENCUESTADAS COMUNIDAD MUKDEN EN LA GESTION 2010

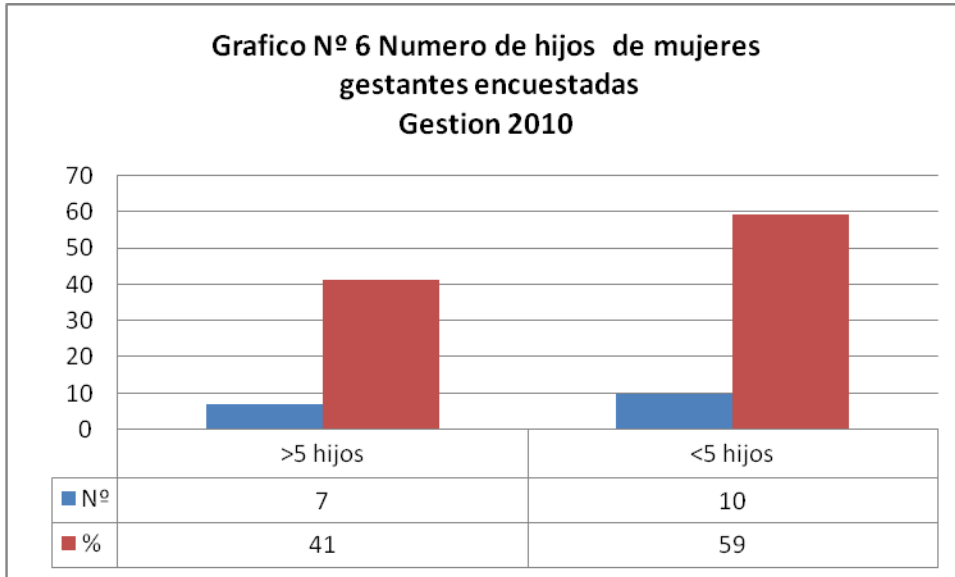


Grafico N° 6.- De las 17 mujeres encuestadas en la comunidad de Mukden 7 mujeres embarazadas tuvieron más de 5 hijos haciendo el 41%, 10 mujeres embarazadas tuvieron menos de 5 hijos representando el 59 % del total de las mujeres encuestadas.

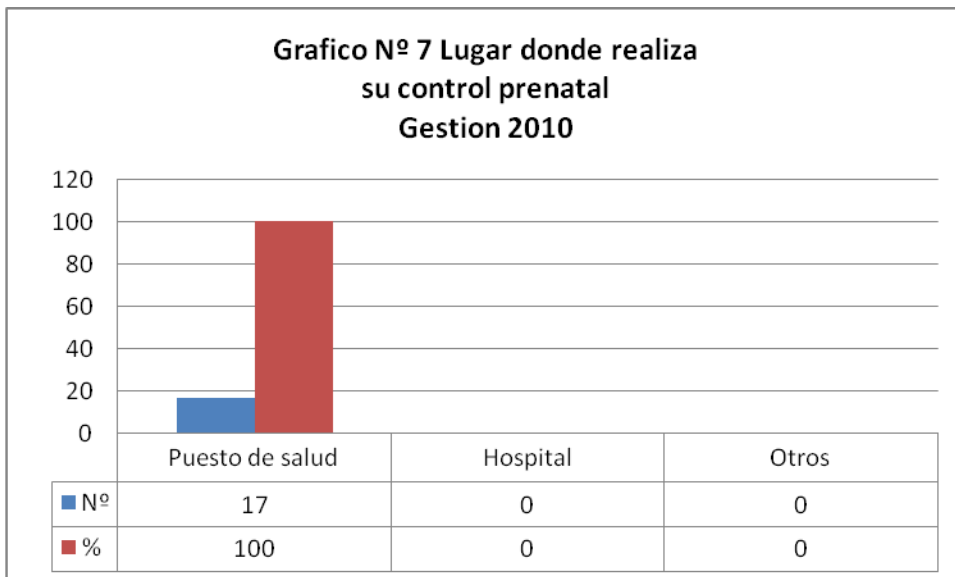
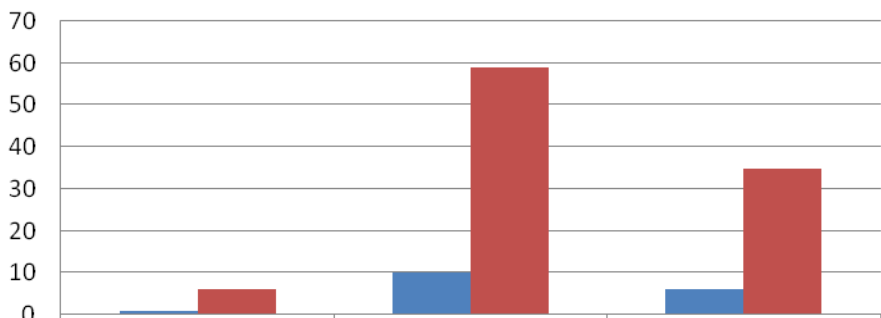


Grafico N° 7 Se puede observar que un 100% de las mujeres embarazadas realizan su control prenatal en el puesto de salud Mukden.

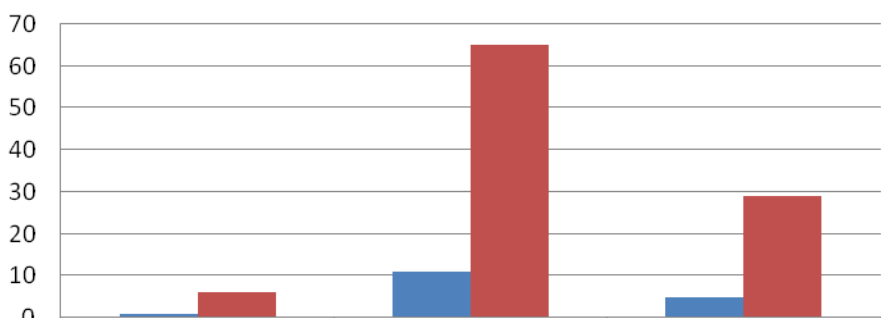
Grafico N° 8 Donde realizo su ultimo parto



	Puesto de salud	Hospital	Domicilio
■ N°	1	10	6
■ %	6	59	35

Grafico N° 8 Se observa que realizaron su ultimo parto en el hospital haciendo un porcentaje de 59% del total de las mujeres embarazadas, el 35% fueron atendidos en su domicilio y el 6 % en el puesto de salud.

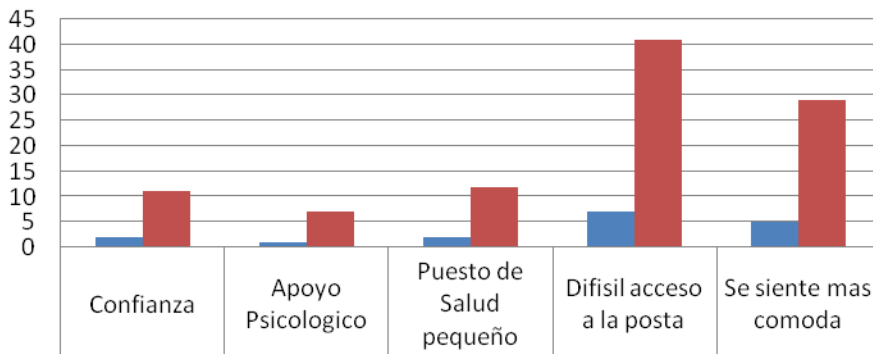
Grafico N° 9 Por quien elige que su parto sea atendido Gestion 2010



	Personal de salud	Partera capacitada	Por familiar
■ N°	1	11	5
■ %	6	65	29

Grafico N° 9 El 65% de las mujeres encuestadas prefieren ser atendidos por partera capacitada, el 29 % por algun familiar y el 6% por el personal de salud.

**Grafico 9 Por que elige ser atendido en su domicilio
Gestion 2010**



■ Nº	2	1	2	7	5
■ %	11	7	12	41	29

Grafico N° 10 El difisil acceso a la posta de salud es un factor que influye en un 41% de las mujeres embarazadas el cual al no poder llegar al puesto de salud un 29% se siente mas comoda en su domicilio y un 11 % tiene confianza con la persona que atendera su parto y un 7% recibe el apoyo psicologico por parte de sus familiares .

CUADROS



PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MUKDEN



EDUCACION Y INFORMACION A LAS MUJERES GESTANTES



PLAN DE ACCION A LAS MUGERES GESTANTES DE LA COMUNIDAD DE MUKDEN



EDUCACION A ESTUDIANTES DEL UNIDAD EDUCATIVA DE MUKDEN SOBRE EMBARAZO



CHARLAS EDUCATIVA EN LA COMUNIDAD SOBRE INFECCIONES EN EL PARTO Y POST PARTO.



VISITAS DOMICILIARIAS A TODO EL MUNICIPIO DE BOLPEBRA



Atención de un parto domiciliario por un personal de salud en la comunidad de Mukden, de la señora Maritza Nativi de 32 años de edad. Con 40 semanas de gestación.



Atención de la profilaxis umbilical y las medidas antropométricas y el peso del RN.



Fomento de la lactancia materna y el apego precoz entre la madre y el RN.



Atencion del Alumbramiento con gran facilidad,sin complicaciones, con una placenta completa,conteniendo los 24 cotiledones y el anmios y corion completa.



Al día siguiente la administración de la BCG al RN,y valoración de la púérpera fisiológica.