

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**  
**UNAN MANAGUA**  
**RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DIARIO”**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Tesis para optar al título de**  
**Especialista en dirección de servicios de salud y epidemiología**  
**Factores que influye en el parto domiciliario, comunidad San Francisco y Punta Gorda,**  
**Bluefields año 2017.**

Autor: Lic. Donald Chow Mairena.

Tutor Metodológico: Lic. Wendy Putschie Lenn.

MSC Salud Pública

Asesor Metodológico: Dr. Francisco José Obando Álvarez

MSC Salud Pública.

**Managua, Nicaragua marzo 2019**



## **Contenido**

Dedicatoria .....	1
Agradecimiento .....	2
Resumén .....	3
Introducción .....	1
Antecedentes .....	3
Justificación.....	5
Planteamiento del problema .....	6
Objetivos .....	7
Objetivo General .....	7
Objetivos Específicos.....	7
Marco Teórico .....	8
Diseño Metodológico .....	23
Resultados .....	31
Discusión y análisis .....	33
Conclusión.....	37
Recomendaciones.....	38
Bibliografía .....	39

## **Dedicatoria**

### **A Dios Todopoderoso.**

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis  
Objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### **A mi madre.**

A mi difunta madre de quien aprendí ser un hombre luchador para que mis sueños se hagan  
realidad.

### **A mi Esposa e Hija:**

Por su paciencia y comprensión cuando he tenido largas jornadas de trabajo y su  
Continua motivación a seguir adelante.

## **Agradecimiento.**

Agradezco mi familia por su apoyo moral incondicional, por sus ánimos para sobre  
Pasar los obstáculos que se me presentaron en el camino.

Agradezco al comité de becas del SILAIS RACCS por la oportunidad que me brindaron de  
continuar profesionalizándome.

Agradezco a los docentes por sus grandes aportes que han favorecido y los consejos que  
me han hecho una mejor persona.

Agradezco a la Master: Wendy Putchie Lenn por guiarme en la realización y culminación  
de este trabajo y darme los aportes en la conducción de este trabajo investigativo.

Al Dr. Francisco Obando por dedicación y tiempo en brindarme sus aportes en mejorar el  
trabajo investigativo.

## **Resumén.**

Es un estudio Descriptivo, de corte transversal con enfoque cualitativo. El objetivo de este estudio es determinar los principales factores que influyen en el parto domiciliario en la comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio Bluefields – RACCS año 2017

Los resultados obtenidos reflejan que entre los factores socio económico el principal factor es el ingreso económico de la pareja con un salario que oscila entre 1000-3000 C\$ en el (64%), en relación a los factores obstétricos el (59%) tiene 3-5 partos, en cuanto a factor cultural influye la vergüenza, con un (33%) y el (20%) el esposo o la pareja no la dejan ir, a la unidad de salud.

Dentro los factores institucionales el que más influyó, es el miedo a la cesárea con un 33%, seguido del temor a la episiotomía con un 24%.



## **Introducción.**

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en los países en vías de desarrollo el 40% de los partos tienen lugar en el domicilio, siendo uno de los factores de muerte materna, representando el 99% de estas, relacionado a la falta de acceso a los servicios de salud, la pobreza y las prácticas culturales. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

En las Américas las muertes maternas están relacionadas al incumplimiento de la primera demora por la influencia de la familia en la toma de decisión para buscar ayuda, además de la participación y aceptación de la partera como primera instancia, esto condiciona la primera demora y por ende la ocurrencia de partos domiciliarios.

En Nicaragua en el 2017 obtuvo una tasa 12 % de partos domiciliarios. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Según datos obtenidos por la oficina de estadística del SILAIS de la Región Costa Caribe Sur en el año 2017 reportó una tasa de 32% partos atendidos en el domicilio.

En las comunidades de Punta Gorda en el año 2017 presentó un 51% parto domiciliario y San Francisco 23%.

El municipio de Bluefields cuenta con una red de servicios de salud, estos a su vez se subdividen en GISI (Grupo Integrales de Salud Intercultural) para brindar atención de salud más accesible a la población tomando en cuenta la implementación del Modelo de Salud Intercultural.

Bluefields cuenta con 154 comunidades, entre ellas se encuentra la comunidad de Punta Gorda y San Francisco, están conformadas por 22 comunidades respectivamente. Para el año 2017 se registraron un total de 185 partos atendidos en el domicilio, de estos 38 fueron en la comunidad de San Francisco y 147 de Punta Gorda.

El estudio realizado fue descriptivo de corte transversal con enfoque cualitativo realizado en el Municipio de Bluefields en las comunidades de San Francisco y Punta Gorda.

Con el objetivo de obtener información acertada a la realidad que día a día enfrenta tanto el Ministerio de Salud, las familias y la comunidad, se decide llevar a cabo el presente estudio para determinar los principales factores que influyen en el parto domiciliario de la comunidad San Francisco y Punta Gorda del Municipio Bluefields – RACCS durante el año 2017, los resultados obtenidos permitirán brindar aportes a las autoridades competentes para la oportuna toma de decisiones.



## Antecedentes

A nivel Internacional se destacan estudio de casos y controles realizado en Callao Perú, por Carolina Tarqui y Alejandro Barreda, con el Objetivo de identificar los factores de riesgo personales e institucionales asociados con la elección y preferencia del parto domiciliario, siendo los principales: la continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención de parto, el poco entendimiento en el diálogo establecido entre proveedor-usuaria y el domicilio como lugar previsto de parto son los factores que están altamente asociados con el parto domiciliario.

Torrez Iglesias en el 2012 en Bolivia estudió los factores socioculturales que determinan la elección del parto domiciliario, los resultados del estudio determinaron que el 50% de las mujeres eligieron el parto domiciliario, porque existe más confianza y se siente más tranquila por estar cerca de sus otros niños, un 40% respondió que parirán sus hijos nuevamente en el domicilio por vergüenza al personal de salud y temor a someterse a procedimientos médicos, no obstante el 10% refieren parir en el domicilio por no tener acceso a los servicios de salud (Torres Iglesias, 2012)

En Guatemala en el año 2014, López Vázquez estudio la baja cobertura de parto institucional en el cantón San Luis Sibila, municipio de Santa Lucia la Reforma Totonicapán, con el objetivo de investigar sobre la preferencia de parto domiciliario, encontrando que la edad de las entrevistadas oscilada 21-30 años de edad y el 52% las mujeres no sabían leer ni escribir, el 69% estaban casadas y el 52% pertenecen a la religión evangélica. Respecto a los antecedentes obstétricos el 78% tienen de uno a cinco embarazos y en relación a quien toma la decisión donde se va atender el parto en 62% refieren que el esposo tiene la última palabra, el 100% refirieron que no tiene acceso a los servicios de salud y por tal razón prefieren quedarse en casa por la situación geográfica. (López vasquez, 2014)

(Yunga Alban, 2016) afirmaron sobre factores asociados al embarazo y su incidencia de parto domiciliario en la parroquia de Mulalillo Ecuador, con el objetivo de determinar la incidencia en las mujeres embarazadas del parto domiciliario los resultados obtenidos en

mujeres indígenas desconocen la importancia de realizarse controles prenatales el 18% presentaron restos placentarios, el 56% de las pacientes pertenecen al estrato socio-económico medio. El factor socio-económico el tiempo que se demora la embarazada en llegar a la unidad de salud. (p. 54)

Estudios realizados en Nicaragua en 2007 por Sarria, María José sobre el lugar de parto entre mujeres que recibieron control prenatal y su impacto en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en dos centros de salud encontrando que las principales razones del parto domiciliar fueron: la tradición, falta de confianza en el personal de salud, parto rápido, maltrato recibido por el personal del MINSA, temor a ser trasladadas, y temor a episiotomía. (Sarria Ortiz, 2007)

(Ministerio de Salud, 2010) En el 2010 el Ministerio de Salud aprueba la normativa de humanización del parto institucional y para que el parto sea atendido de la forma y posesión que la mujer lo desee solo pueden ser efectivas si existe actitud positiva por parte del trabajador (p. 12)

(Instituto Nacional de Información de Desarrollo, 2011/12) Revela que el parto domiciliar ha venido descendiendo sin embargo sigue siendo elevada en la zona rural, sobre todo en la región caribe, entre las mujeres con menor educación, los factores que influyen en la atención del parto domiciliar el 36% no pudieron llegar a tiempo a la unidad de salud porque los dolores venían muy rápido y el 16% es por no contar con medio de transporte 4% por falta de dinero, Prácticas incómodas y porque no dejan que las acompañen al momento del parto. (Instituto Nacional de Información de Desarrollo. A nivel nacional la cobertura del parto institucional se estima en el 66%. Managua es el departamento que tiene la mayor cobertura de parto institucional (casi 94%), mientras que la RACCN, Río San Juan y Jinotega siguen teniendo menos del 40% de cobertura. (p. 220)

## **Justificación.**

El parto institucional tiene como objetivo fundamental la reducción de las complicaciones maternas y perinatales, pero para lograrlo, el personal de salud tiene que estar claro de las barreras o factores que pueden impedir su cumplimiento, ya que suelen ser de diferentes grupos que van desde las culturales, comunitarias, geográficas, accesibilidad o institucionales, cada una de ellas con un peso porcentual de decisión.

Millones de mujeres en el mundo no tiene la oportunidad de asistir su parto por un médico, enfermera o personal profesional de la salud, siendo un grupo vulnerable a presentar complicaciones por factores asociados a la accesibilidad, institucional y en la mayoría de las veces por la cultura, y es cuando toman la decisión de parir en su domicilio sin pensar en algunas ocasiones que es un riesgo para sus propias vidas y del bebé. Sin embargo, la situación de optar por el parto domiciliario, es algo común en diferentes establecimientos de todo el país, con mayor predominio en el área rural, donde la idiosincrasia de la población, está aun fuertemente enraizada a las costumbres y culturas de cada región de las diferentes comunidades a nivel de todo el país.

La baja cobertura del parto institucional, en una población con porcentajes altos de fecundidad y embarazos, creó la necesidad de indagar acerca de las motivaciones y razones por que las mujeres embarazadas prefieren parto domiciliario en la comunidad de Punta Gorda y San Francisco.

El presente trabajo parte de la necesidad de aunar conocimientos que conduzcan a construir una modalidad de atención y de intervención que represente una verdadera alternativa a la salud integral de la mujer y el niño, así como el objetivo de hallar explicación a la ocurrencia de partos domiciliarios en el municipio de Bluefields y aportar al conocimiento de la problemática relacionada con la salud materna y del recién nacido.

## **Planteamiento del problema.**

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres y debido a esto alrededor del parto existen numerosos conocimientos, costumbres, rituales y prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento.

Muchas mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, siendo la probabilidad de morir por causas maternas dos veces mayor para las mujeres del área rural en comparación con las mujeres del área urbana. Sin embargo, el problema de la elección o preferencia por algunas embarazadas por el parto domiciliario, se presenta sobre todo por, causas sociales y culturales que determinan de una manera muy fuerte, en toda la familia de la embarazada, al igual que de las personas que la rodean en su hogar.

El parto domiciliario en el Municipio de Bluefields, es una práctica realizada principalmente en mujeres de zonas rurales en donde están arraigadas las costumbres, tradiciones y cultura ancestrales en sí. Sin embargo, el Ministerio de Salud ha implementado desde las 2002 estrategias comunitarias entre ellas, la estrategia plan de parto, y la habilitación de casa materna para contribuir a la disminución de la morbilidad perinatal y partos domiciliarios. Sin embargo, el parto domiciliario no se ha logrado disminuir, por lo que es necesario conocer estos factores que predisponen a esta práctica, y es cuando surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los principales factores que influye en el parto domiciliario de la comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio Bluefields – RACCS año 2017? acompañada de las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características socio económico de las puérperas?
2. ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de las puérperas?
3. ¿Cuáles son los factores culturales que influyen en el parto domiciliario?
4. ¿Cuáles son los factores institucionales que influye en el parto domiciliario?

## **Objetivos.**

### Objetivo General.

Determinar los principales factores que influye en el parto domiciliario en la comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio Bluefields – RACCS año 2017

### **Objetivos Específicos.**

1. Describir las características socio económico en mujeres con parto domiciliario.
2. Mencionar los antecedentes obstétricos en mujeres con parto domiciliario.
3. Identificar los factores culturales que influyen en el parto domiciliario.
4. Verificar los factores institucionales que influye en el parto domiciliario.

## **Marco Teórico**

**El embarazo** es una Condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares o 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación.

**El Parto** es el acto de dar a luz a un niño o niña o un feto vivo o muerto y a sus anexos, por vía vaginal. Se define como el proceso por el cual el feto es expulsado del útero, para lo cual requiere de contracciones efectivas y regulares que llevan a la dilatación y al borramiento del cérvix. Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. (Pérez Mendoza, 2015)

**Tipos de Parto:** Se llama parto institucional la acción de atención del parto dentro del servicio de salud por un personal cualificado de salud; en el cual se estima hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido y en condiciones asépticas.

Dentro los factores percibidos por las mujeres con parto domiciliar en relación a la atención en los servicios de salud es que:

- No ser bien atendidas por el personal y no hay preocupación por su bienestar.
- Ser humilladas, por no saber hablar el español, por vestirse humildemente, por ser pobre, por no ir bañada o por tener muchos hijos.
- Dar a luz a su niño en un lugar contrario a su hogar, le causa preocupación y angustia.
- En las unidades de salud, no se cuenta con un brasero, con fuente de calor, no se ofrece bebidas calientes, no se cuenta con suficiente ropa de cama (ponchos, frazadas, sábanas)

- Excesiva intervención médica en el parto, traducida en la manipulación innecesaria del cuerpo de las mujeres.
- Muchas veces se quedan solas, sin el apoyo de la familia en el momento del parto y después del parto.

**Parto domiciliario:** Según (Zeledón Sánchez & López Mendoza, 2008) en Nicaragua, tradicionalmente es un evento que se desarrolla principalmente entre las mujeres en las zonas rurales del país, parir en la casa es una experiencia transmitida de generación en generación, acompañada de rituales específicos que se desarrollan momentos importantes de la vida, como son el nacimiento y la muerte, donde las parteras son las portadoras de conocimientos populares obstétricos, las consejeras expertas de la atención del embarazo, parto y la cuarentena. (p. 1)

En las comunidades toda la familia colabora en el parto, tanto en las tareas de preparación de las aguas, adecuación del lugar del parto, limpieza y en el proceso del parto asiste generalmente el esposo, la suegra, la mamá y algún otro familiar de confianza. El ambiente de familiaridad, están pendientes de la labor de parto y ésta perspectiva se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad y las prácticas terapéuticas de la comunidad.

Es el lugar, espacio o sitio familiar donde las parejas desean que nazca su hijo, donde se acumulan y elaboran experiencias, buscando las prácticas y creencias que dan sentido a los hechos, lugar donde está el diario vivir y que controlan sus propios actos y su propia vida. Un lugar de respeto, libertad, autonomía y la mujer decide sobre sus acciones; es un lugar sagrado donde el dolor y el gozo se unen para dar la bienvenida a la nueva vida y sus características serán las de un lugar limpio, tranquilo, sin ruidos, lleno de buenos olores y de personas con un buen estado de humor. (Mollá Martínez, 2015)

Como factores que conllevan en la toma de decisión del parto domiciliario influyen las siguientes averiguaciones:

- **Nivel Educativo:** Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel que se está cursando.
  - **Estado Civil:** Es la situación en que se encuentra la persona, dentro de la sociedad, en relación con los diferentes derechos o facultades y obligaciones o deberes que le atañen. Toda persona jurídica individual tiene un estado civil, comprendiendo como tal a la relación que guarda ésta con la familia (soltero, casado, divorciado, viudo, padre, hijo, abuelo).
  - **Embarazo no deseado:** Es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos pre coitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.
  - **Antecedentes de parto domiciliario:** Se refiere a partos que se ha llevado a cabo con anterioridad y anticipación a otras, que normalmente pueden servir para juzgar situaciones o acontecimientos posteriores o bien para comparar hechos pasados con hechos presentes y futuros
  - **Procedencia:** Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. Puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. (Alvarez Cotuc, 2017)
- a. **Factores Culturales:** Se refiere al conjunto de valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupo o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra que influye en que la embarazada decida el parto domiciliario en las comunidades de Punta Gorda con 51% partos domiciliario y el 38% en la comunidad de San Francisco
- b. **Factores socioculturales.** Algunos ejemplos de factores socioculturales son la etnicidad y la estructura familiar, la relación con amigos y familia, la comunicación, la interacción, y el apoyo social, el 25 conocimiento de las interrelaciones, la participación y la familiaridad, y las estructuras de grupos culturales. (Flores Cahahuaman, 2018)

Adecuación cultural e interculturalidad. Adecuación cultural es la necesidad de que el sistema biomédico y su personal de salud se adecue a la cultura de la población. En este contexto la interculturalidad en salud es la búsqueda, construcción y promoción de



relaciones equitativas entre las diferentes culturas que conforman nuestro país, así como en los diferentes planos y niveles del Sistema Público de Salud.

Implica también la obligación del Estado de desarrollar políticas, leyes, programas y acciones basados en el reconocimiento aceptación de diferentes lógicas, conocimientos y prácticas en salud. El objetivo de una visión de interculturalidad en salud incluye la propuesta de garantizar el derecho a la salud y brindar una atención incluyente y humanizada de todas las culturas existentes en este país, y contribuir a la realización social de las personas y colectividades.

- **Cultura:** Es todo complejo que incluye el conocimiento, el arte, las creencias, la ley, la moral, las costumbres y todos los hábitos y habilidades adquiridos por el hombre no sólo en la familia, sino también al ser parte de una sociedad como miembro que es. La cultura también se define en las ciencias sociales como un conjunto de ideas, comportamientos, símbolos y prácticas sociales, aprendidos de generación en generación a través de la vida en sociedad. Sería el patrimonio social de la humanidad o, específicamente, una variante particular del patrimonio social.

La principal característica de la cultura es que el mecanismo de adaptación, es la capacidad que tienen los individuos para responder al medio de acuerdo con cambios de hábitos, posiblemente incluso más que en una evolución biológica. La cultura es también un mecanismo acumulativo porque las modificaciones traídas por una generación pasan a la siguiente generación, donde se transforma, se pierden y se incorporan otros aspectos que buscan mejorar así la vivencia de las nuevas generaciones. (<https://www.significados.com/cultura/>consultado, 2018)

Otro factor importante es la atención recibida, las gestante miden de forma continua y espontanea la satisfacción de atención dentro los factores percibidos culturales están los siguientes factores:

- Vergüenza
- Discriminación en la atención
- Respeto a la cultura y costumbres
- Trato recibido por el personal de salud

- Preparación antes del momento del parto
- Atención después del parto
- Antecedentes de parto domiciliar
- Antecedentes del parto institucional
- Participación de familiares durante el parto
- Esposo o pareja no la deja ir
- Mala experiencia anterior propia, de algún familiar o amiga de su comunidad.

La concepción de la decisión del parto en el domicilio es cuando se evalúa la satisfacción por lo que han vivido sobre el parto, la mayoría de mujeres que deciden tener parto en el domicilio, sienten que se cumple sus expectativas, por el control que pueden ejercer y por la atención que reciben. La razón de ser de la costumbre es cuando encuentran el sustento, consejos de la madre, del esposo, la suegra y la comadrona como apoyo emocional.

Los ritos que dicta la tradición son los siguientes: tener brasas o un fogón cerca del lugar de parto. Ingerir bebidas agradables o medicinales que se prepara hirviendo o echando en agua muy caliente. Tener acceso al temascal antes y después del parto, ya que se considera necesario mantener el calor, para la madre y el niño, evitando que entre frío en la matriz y se considera también que el cuerpo del recién nacido está abierto. Baño inmediatamente al recién nacido, ya que se les pega la sangre o la cera. Si a la señora, se le siente la cabeza fría, ingresarla al temascal y en menos de media hora nace el bebé. Los familiares, empiezan a preparar el caldo de gallina para que después del parto, la señora ingiera éste alimento y también sus agüitas calientes preparadas a base de hierbas. (Alvarez Cotuc, 2017)

El predominio de la cultura se va transmitiendo de generación en generación la atención del parto en el domicilio y porque la mayoría de las mujeres tienen su parto en la casa y esto se da por su cultura y tradición. La conveniencia de estar en casa, la valorización que se le da al acompañamiento de sus familiares, no lo encontrarían en otro lugar, se sienten muy bien en sus casas con toda la comodidad de poder comer y beber lo que la costumbre y tradición les dicta.

- **El entierro de la placenta:** La tradición dicta que debe enterrarse, dándole un significado especial al lugar. La creencia es que tiene que ver con el futuro del

recién nacido, las personas responsables de realizar este acto, debe ser el esposo, la comadrona, la madre, la suegra o algún familiar cercano por que la consideran sagrada, ya que le dio vida al niño durante el proceso del embarazo.

En Nicaragua existe la normativa 042“**Norma de Humanización del Parto Institucional**” como estrategia para disminuir los partos domiciliarios, que en ella se determina lo siguiente sobre deberes y derechos de las parteras. En la unidad de salud se promueve apego precoz, lactancia materna exclusiva y calor piel a piel dando a la puérpera confianza y teniendo en cuenta que se promovió la adecuación cultural del parto pudiendo estar en su parto el acompañante el familiar o la partera. (Ministerio de Salud, 2010)

Si bien se cuenta con esta normativa aún persiste un alto porcentaje de parto domiciliar en estas comunidades.

### **Clasificación del parto.**

- a. Bajo riesgo:** Se denomina parto de bajo riesgo, el de toda gestante que al iniciar trabajo de parto espontáneo, cumple con 37 a 41 semanas cumplidas de gestación, si se estima que el peso fetal es entre 2,500 y 4,000 gramos, si en el interrogatorio y examen físico no se evidencian complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo reales o potenciales de muerte perinatal o asfixia, contando además con un niño/a en presentación cefálica y con membranas íntegras y un buen canal del parto. (Ministerio de Salud, 2015)
- b. Espontáneo:** Es cuando no ha habido intervención de agentes externos. Su inicio es espontáneo, sin complicaciones se desarrolla y finaliza, con el nacimiento del niño sano y lo que necesita la madre es el apoyo integral y respetuoso.
- c. Provocado o inducido:** Es cuando desde el inicio del parto han intervenido agentes externos. Es recurrir a métodos quirúrgicos o a fármacos, para el nacimiento del niño por alguna complicación.
- d. Atención del Parto en la unidad de salud.** Las acciones para la atención están encaminadas a determinar la evolución del trabajo de parto e incluye las siguientes

acciones que se deberán realizar confirmación del trabajo de Parto, Identificación de la posición y presentación del feto evaluación del encajamiento y descenso del feto.

**Aspectos del parto domiciliario:** Para una mayor comprensión del parto domiciliario es necesario tomar en cuenta seis aspectos que son:

**Información sobre el proceso:** Las mujeres deben ser informadas de manera estricta y de una manera adecuada sobre las características del cuidado que van a recibir, así como de los beneficios y riesgos.

**Atención del parto en el domicilio:** Es el parto atendido por una comadrona o por una persona que ha sido capacitada y que es ajena al servicio.

**Condiciones para el parto domiciliario:** Es necesario que se cumplan las siguientes condiciones para que el parto se lleve a cabo en el domicilio:

El parto debe ser atendido por una comadrona o por una persona debidamente capacitada.

Estas personas capacitadas, deben estar organizadas dentro del sistema de salud. En el momento de seleccionar a las mujeres que van a tener su parto en el domicilio, se debe de tomar con mucha seriedad y responsabilidad las condiciones que favorezca un parto espontáneo.

A las embarazadas se les debe informar de forma adecuada y de una manera completa, sobre riesgos y beneficios.

Se debe manejar el plan de emergencia familiar, en caso de algún traslado a nivel hospitalario.

- a) **Seguridad en el parto domiciliario:** Se tiene que considerar si está planificado o no, si es atendido por personas capacitadas, si las embarazadas son de alto riesgo, o de bajo riesgo.

- b) **El rol del padre en el parto:** Forma parte en la decisión, donde se va a llevar a cabo el parto, tomando en cuenta sus propios valores, creencias, prácticas, tradiciones y mitos.
- c) **Labor de la familia en la decisión del parto domiciliario:** La familia desempeña una labor importante, en la decisión del parto en el domicilio, y son receptoras de creencias y valores.
1. **Partera:** Persona que se dedica al oficio asistir a la mujer en el parto y la cuarentena antiguamente, este oficio era ejercido solo por mujeres basándose en la experiencia tradicional transmitida de generación en generación o adquirida a través de los años también llamada comadrona. La partera tradicional es un proveedor de la atención del parto que se ha consolidado en las zonas rurales de los países en vía de desarrollo. (López vásquez, 2014)
2. **Partera calificada.** La expresión “partera calificada” se refiere meramente a personas con conocimientos de partería y obstetricia (por ejemplo, médicos, parteras, enfermeras) que han adquirido conocimiento y competencia en las técnicas necesarias para ocuparse de partos normales y diagnosticar complicaciones obstétricas o proceder al envío de pacientes en esos casos.
3. **Son derechos de las parteras:**

Según (Ministerio de Salud, 2010) Normativa 042 del Ministerio de la Salud estas son los derechos de las parteras que deben respetarse en la atención del parto en las unidades de Salud:

Aplicar sus prácticas acordes al arte de cuidar, educar y aliviar a las embarazadas y familia desde su cosmovisión y espiritualidad en partos de bajos riesgos y sin riesgo de complicaciones.

Utilizar sus prácticas y creencias alrededor de la atención del parto y el vínculo con la familia y convivencia.

Hacer uso del sistema de referencia.

### **Son deberes de las parteras:**

Portar su carnet para facilitar el acceso a los establecimientos de salud para la atención del parto.

- Apoyar al personal de salud en las decisiones y proceso de atención cuando se requiera.
- Garantizar la vigilancia de la paciente antes, durante y después del parto.
- Alimentar el censo de las embarazadas de los establecimientos de salud con la información que tienen.
- Dar seguimiento a las embarazadas registradas en el censo. (p. 25)

### **Antecedentes Obstétricos.**

- Gesta:** Número de veces en que ha salido embarazada una mujer.
- Nacidos vivos:** expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre (independientemente de la duración del embarazo) de un producto de concepción que, después de dicha aparición, respire o dé cualquier otra señal de vida, tal como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracciones voluntarias, tanto si ha cortado o no el cordón umbilical y está o no desprendido de la placenta. (Ministerio de Salud, 2015)
- Abortos:** Todo nacimiento con un peso del producto de la gestación menor de 500; en los casos que no existe el peso, se considera aborto a todo nacimiento menor de 22 semanas de gestación.

### **Factores que influyen en la decisión del parto domiciliar.**

- **Cronológica:** Es el tiempo transcurrido, desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona.
- **Biológica:** Es el estado funcional de nuestros órganos comparados con patrones estándar para una edad, tomando en cuenta los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas.

**Factor Social:** Dentro del entorno social se puede remarcar la valentía de la mujer al decidir quedarse en casa para dar a Luz. El embarazo y el parto son propios de la mujer y es muy normal, pudiendo manejarlo en casa, sin mayor intervención de otras personas, solamente la intervención de la comadrona y de los familiares. El dominio y la fortaleza son aspectos que deben resaltar y resistir a los dolores del parto y tienen que

estar asociados a un sentimiento de autonomía, de valor y de decisión. Se tiene la idea que una buena mujer, se sacrifica y sufre por su familia.

Las mujeres reciben de su alrededor la confianza en su capacidad de dar a luz en su casa, de lo contrario, las señalan de que son débiles y motivo de vergüenza ante los vecinos. En la sociedad Maya, las mujeres están subordinadas a la autoridad paterna y están bajo el control social de las familias de sus esposos. En las decisiones de la salud reproductiva de la mujer, el hombre es quién tiene la última decisión. (Alvarez Cotuc, 2017)

**c. Factores educativos:** Los programas educativos formales y no formales, la utilizan de medios audiovisuales para transmitir la información y otras formas de docencia y difusión del conocimiento son ejemplos de los factores educativos que se relacionan con el significado del cuidado.

Desde el punto de vista de la Educación para la Salud es un principio que la información por sí sola no basta - la información es una condición necesaria pero no suficiente-, es un elemento que tiene que formar parte de un proceso donde se den el trabajo de las actitudes, los comportamientos y los recursos necesarios para dirigirnos hacia estilos de vida más saludables, haciendo hincapié en la responsabilidad individual para obtener salud, y esto requiere programas de trabajo actitudinal a lo largo del tiempo y un concepto de salud sexual que tienda al placer y al bienestar de las personas con la vivencia de su sexualidad.

La educación e información que se brinda a las gestantes, influye sobre sus creencias y percepciones sobre el parto y finalmente en su decisión sobre el lugar de atención del mismo. El bajo nivel educativo tanto del padre como de la madre puede explicar en parte, el desconocimiento de derechos y entre ellos se menciona la atención por parte del estado durante la gestación, el parto, puerperio y del recién nacido. La atención humanizada, el buen trato, prioridad en la atención, derecho a no ser maltratada. El nivel de educación de las mujeres indígenas ha sido inferior a la de los hombres, son triplemente excluidas, dándole prioridad al trabajo doméstico.

**d. Factor económico.** El parto domiciliario representa ventajas económicas, ya que la comadrona no impone una tarifa, sino es voluntario lo que se le da. En las comunidades lejanas y de difícil acceso, es más económico que los partos sean en casa. Algunas

mujeres que acuden al hospital, una vez que son evaluadas son regresadas a sus casas diciéndoles que aún falta para el parto, horas después dan a luz en sus casas y el costo del transporte fue en vano. (Alvarez Cotuc, 2017)

- e. **Factores físicos:** Los factores físicos se relacionan con el estado físico del ser, incluidos los patrones biológicos y mentales. Como la mente y el cuerpo están interrelacionados, cada uno de los patrones influyen en el otro.
  
- **Interculturalidad.** Es la interpelación mutua, el cuestionamiento y valoración de lo propio y lo ajeno, el potenciamiento de los elementos en común, el reconocimiento de las diferencias y los choques culturales. La interculturalidad plantea un dialogo abierto ente personas o los sistemas que se identifican (mas) con una u otra cultura médica. (Flores Cajahuaman, 2018)
  
- **Parto deshumanizado.** Es aquel parto que recibe maltrato, reduce la libertad, robando a la persona su palabra su expresividad, su cultura su mundo objetivo. El parto humanizado. Como alternativa al parto institucional occidental se ha planteado el parto humanizado, que considera las costumbres y creencias de los hombres y mujeres inmersos en la cultura andina, por supuesto en base a una selección de las prácticas más beneficiosas para la salud de la parturienta y el niño. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita. Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud.

El tema de interculturalidad, que sigue siendo desconocido para algunas autoridades de diferentes localidades del país, por lo que muchos elementos de adecuación interculturalidad se tendrán que tomar en cuenta, en los diferentes Planes Operativo cada año de salud, para reforzar este paso tan fundamental que podría cambiar la decisión, preferencia o elección de las madres para que sus partos sean dentro de un centro de salud; además de reforzar o hacer conocer este tema a las diferentes autoridades locales y comunales, al igual que a toda la población. (Flores Cajahuaman, 2018)

En este mismo ámbito, está el poco manejo del personal de salud con respecto al tema de atención con interculturalidad, en lo que significa el manejo de las mujeres que provienen,



con toda sus costumbres, cultura y no es atendida de la forma que ellas se sientan complacidas de llegar a un centro de salud para la atención de su parto, la poca comunicación de los servidores públicos con las llamadas parteras o matronas, es otro punto de importancia en la elección de las mujeres embarazadas por un parto domiciliario.

**f. Factores económicos** Los factores relacionados con el significado del cuidado incluyen dinero, presupuestos, sistemas de seguros, limitaciones y directrices impuestas por las organizaciones de cuidado dirigido y, en general, la asignación de recursos humanos y materiales escasos para mantener la viabilidad económica de la organización. Se debe considerar el cuidado como un recurso interpersonal, así como los bienes, el dinero y los servicios (Laza Vásquez, 2015)

**g. Factor Institucional:**

- Continuidad en la atención del parto
- Posición al momento del parto
- Maltrato verbal
- Confianza en el personal de salud
- Episiotomía
- Cesárea
- Información antes de cada procedimiento
- Percepción sobre practicantes jóvenes
- Discriminación en la atención
- Manejo de la placenta
- Procedimientos complicados y dolorosos
- Información sobre procedimientos a realizar.

La decisión de elegir el parto en casa en gran medida se debe a la percepción negativa que se tiene sobre los servicios de salud, la insatisfacción en la relación interpersonal, mal trato verbal, abuso, humillación, miedo de lo que les pueda pasar.

Otro factor importante es la atención recibida, las gestantes miden de forma continua y espontánea la satisfacción de atención, es decir en qué medida el personal de salud soluciona sus problemas y así provocar en las gestantes un sentimiento de satisfacción o

insatisfacción, todo esto se encuentra en el desempeño del personal de salud. (Alvarez Cotuc, 2017)

**Factores geográficos:** Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el acceso físico adecuado a un servicio de salud es aquel que queda a menos de 60 minutos de viaje. Desde este punto de vista, en Nicaragua, existen profundas desigualdades en el acceso a la oferta de servicios. En especial mención la Región de la Costa Caribe Norte y Sur Nicaragüense ya que una mayor proporción de la población aún no cuenta con acceso físico adecuado a los servicios de salud en comparación con la población de los departamentos del pacifico del país; aun cuando se ha podido observar un porcentaje representativo de desarrollo de carreteras en diferentes zonas del país. Sin embargo, este factor sigue siendo un aspecto fundamental para que las mujeres sigan siendo asistidas en sus partos por personal biomédico.

#### **Paradigmas y creencias de las parturientas factoras asociadas sociales:**

En el 2008 estudio realizado a través del financiamiento del Banco mundial algunas barreras culturales, las relaciones patriarcales predominantes en las zonas rurales no siempre permiten valorar el parto institucional como salvaguarda de la vida de la mujer, cuestionan los procedimientos de atención e impiden que las mujeres se alejen del hogar por mucho tiempo. Entre las razones mencionadas sobresalen en ese estudio las siguientes:

Ni a los maridos, ni a las mujeres mismas, les gusta que la atención al parto esté a cargo de médicos varones.

Subsiste una valoración de la fortaleza de la mujer como “buena paridora”. Por eso no necesita recurrir a “ayuda” más allá de la tradicional (partera o familiar) y así evita “descuidar” sus tareas de atención de los niños menores, su relación de pareja y las labores domésticas.

Cuando las mujeres se van al pueblo a tener un parto institucional, se aburren de estar solas y sin sus hijos, a quienes además perciben como desprotegidos en su ausencia, así estén acompañados por el padre.

- Los maridos no pueden ni quieren dar atención adecuada a los niños menores y les hace falta la mujer para hacer las labores domésticas.
- El tipo de atención brindada por el sistema de salud a las parturientas también puede convertirse en otra barrera, especialmente de tipo cultural, y aparece mencionado en especial en relación con los partos de mujeres pertenecientes a algún grupo étnico en cualquier parte del país. (Cortéz, García Prado, & Largaespada, 2008)

#### **4. Factores de riesgo personales, predisponente a la inasistencia del control prenatal y posteriormente al parto domiciliario:**

Existen elementos internos y externos que influyen en la toma de decisiones del individuo, aunado a la motivación y razones específicas, las personas deciden realizar una u otra actividad, por lo que existen factores propios de la persona que pueden asociarse al abandono al control prenatal tales como:

- Poco apoyo de la pareja,
- Importancia del control prenatal,
- Miedo al examen ginecológico,
- Olvido de las citas de control prenatal,
- Dificultad para el cuidado de los hijos,
- Edad extrema
- Embarazo no planificado,
- Poco tiempo de la consulta y desconocimiento sobre el control prenatal. (Esguerra Reyes Rivas, Quintana Ríos, & Lacayo Hernández, 2016)

#### **5. Factores relacionados directamente con la comunidad, partera tradicional y parir en el hogar:**

La pobreza en las familias, la confianza con la partera al momento de parir, por ser parte de la comunidad, tener las mismas costumbres, las mujeres desarrollan confianza en la partera además también que los servicios han sido utilizados por miembros de la familia de la parturienta. Elemento muy importante es que la partera no abusa verbalmente y practican prácticas tradicionales que están arraigadas, creencias culturales, como de sobar el abdomen enterrar la placenta y apenas nace él bebe la partera lo coge en sus manos y le

dice las palabras de bienvenida, apoyar a la familia, cumpliendo con expectativas sociales y culturales prácticas que no se realiza en los de salud. (Laza Vásquez, 2015)

Presencias sociales como los miembros de la familia, suegra la madre son los principales asesores generan presión en la gestante al momento de tomar la decisión donde va hacer atendido el parto, aconsejan generalmente que el parto sea en el hogar y sobre estas también influyen los líderes comunitarios con creencias arraigadas.

**6. Factores de riesgo al parto Domiciliar con los servicios salud:** Acceso y calidad de la atención Además de la distancia de las unidades de salud, la accesibilidad a los servicios de salud se veía afectada por la disponibilidad de los proveedores de atención médica, la escasez de personal calificado y los prolongados tiempos de espera para recibir atención en los hospitales.

Otros elementos que influyeron fueron la falta de familiaridad, conocimientos y experiencias con el entorno, las rutinas y los procedimientos hospitalarios para las mujeres residentes en zonas rurales y barreras cognitivas como el miedo a los procedimientos quirúrgicos (cesárea), y la duda o incredulidad con los beneficios del cuidado recibido dentro de las instituciones hospitalarias. (Laza Vásquez, 2015)

El hecho que las gestantes planeen, el parto programado para ocurrir en el domicilio se asocia a mayor riesgo de muerte y enfermedad para el feto o recién nacido y su madre estas decisiones deben ser conocidos por todas aquellas personas que aspiren a tener el parto en su casa y un mejor abordaje por las autoridades de salud para disminuir el impacto del parto domiciliar. (Carvaja, 2017)

En estudio realizado en Ecuador sobre principales factores que conlleva a las embarazadas al parto domiciliario se identificó el nivel de educación, nivel de pobreza la causa por que no acuden al control prenatal, ubicación geográfica, tiempo de transportarse a un Centro de Salud, grupo étnico, que se ven en manifiesto al momento de ser atendidas por la partera. (Albán Yunga, 2015)

**Complicaciones del parto domiciliar:**

Las complicaciones del parto generalmente ocurren durante el alumbramiento y se entorpece el normal desarrollo del proceso, requiriendo la intervención del obstetra, estos pueden ser:

- El trabajo del parto prolongado, sin que haya dilatación del cérvix, por lo general se trata con prostaglandinas en gel tópico cervical o con oxitocina sintética intravenosa. Cuando estas medidas son ineficaces, es necesario practicar una cesárea.
- La disminución del ritmo cardíaco y la falta de coordinación con las contracciones uterinas y la aparición de meconio.
- El principal riesgo materno es la hemorragia uterina, ocasionada por lesiones del canal del parto (atonía uterina y retención placentaria.)
- Sufrimiento fetal, requiere una intervención inmediata, para prevenir secuelas neurológicas en el recién nacido o incluso la muerte.
- Desprendimiento de placenta, aunque muy poco frecuente.
- Prolapso de cordón.
- Placenta previa.
- Presentación transversa.

### **Problemática del lugar en estudio.**

La Comunidad de Punta Gorda se encuentra ubicada a orillas del Río Punta Gorda. Para llegar hasta comunidad se navega por el mar en panga con motor fuera de borda de 200 caballos de fuerza desde la ciudad de Bluefields aproximadamente 4 horas dependiendo de las olas del mar. La mayoría de sus habitantes son colonos mestizos que se asentaron al concluir el periodo de la guerra en los 90, los pobladores son descendientes del departamento de Masaya, Muelle de los Bueyes, Rivas y el Triángulo Minero.

### **Diseño Metodológico.**

- **Área de estudio:** El estudio se realizó en las comunidades de San Francisco y Punta Gorda ubicada en el área rural del Municipio de Bluefields, Región Autónoma de la Costa Caribe Nicaragüense.
- **Tipo de estudio:** Descriptivo, de corte transversal.
- **Enfoque del estudio:** cualitativo.
- **Unidad de Análisis:** 185 partos domiciliarios registradas en las estadísticas municipales, 38 partos domiciliarios corresponden a la comunidad de San Francisco y 147 de la comunidad de Punta Gorda, durante el año 2017
- **Universo:** 1812 partos domiciliarios del Municipio Bluefields, años 2017.
- **Muestra:** 185 Parto domiciliarios.
- **Tipo de Muestreo:** no probabilístico por conveniencia.

- **Criterios de inclusión:**

Mujeres con parto atendido en el domicilio.

Mujeres con parto domiciliario y registrada en el censo gerencial.

Mujeres que viven en la zona de San Francisco y Punta Gorda.

- **Criterios de exclusión de casos:**

Mujeres con parto atendido en las unidades de salud y hospital.

Mujeres del área urbana del Municipio de Bluefields.

- **Sesgos y consideraciones éticas.** Antes del llenado de las encuestas y para el control de posibles sesgos se realizaron 2 acciones:

Revisión del llenado del instrumento se realizó por un equipo de apoyo conformado por 2 personas conocedoras del tema y no por el autor.

Se realizó una prueba piloto en un barrio de la ciudad para verificar la estructura de las preguntas para evitar errores al momento de la aplicación de la encuesta.

- **Fuentes e instrumento de recolección de la Información:**

**Primaria:** Mediante la recopilación de las informaciones originadas directamente a las mujeres con parto domiciliario a través de la formulación y aplicación de una guía de encuesta con preguntas abiertas y cerradas, proporcionándoles la oportunidad de contestar libremente.

**Secundaria:** Revisión de bibliografías e información del Internet, documentos, reportes, informes, materiales, textos escritos, libros, folletos y datos estadísticos del Ministerio de Salud.

### Operacionalización de variables.

#### 1. Características socioeconómicas

<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTOS</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA/VALOR</b>
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde su nacimiento a la fecha del estudio	Años cumplidos	- 15 – 19 - 20 – 34 - 35 – 49
Religión	Conjunto de creencia, prácticas, ritos específico que define la relación entre el ser humano y la divinidad	Grupo Religioso	- Ninguno - Católica - Evangélica - Otra religión
Escolaridad	Nivel de estudios alcanzados	Nivel de escolaridad	- iletrado - primaria - secundaria
Estado civil	Condición de una persona en cuanto a las relaciones de familia, nacimiento, filiación, matrimonio y defunción.	Unión libre	- Soltero - Casado - Acompañado
Ocupación	Trabajo o actividad en que una persona emplea el tiempo.	Tipo de empleo u oficina	- Estudiante - Ama de casa - Doméstica - Mecánico - Otros _____
Procedencia	Comunidad de origen de donde proviene una persona	Comunidad	- Punta Gorda - San Francisco.
Ingreso promedio mensual Ingreso promedio mensual	Entrada promedio de dinero por familia. Entrada promedio de dinero por familia	Ingreso promedio Ingreso promedio.	- Menos C\$ 1,000. - 1,000-3,000. - Más C\$1000-3000.
	Consumo promedio de dinero en		- Menos

Gastos promedios mensual	una familia	Gastos promedios	- 1,000-3,000.00 - Más 3,000.00
Fuente de ingreso	- Propio - Padres - Parejas - Otros	Fuente de ingreso	- Propio - Padres - Parejas - Otra fuente
Miembros de la familia	Total, de personas que habitan en una casa	N° de personas	- Menos de 3 - 3 – 5 personas - 5 a más
Medio de transporte	Medio de traslado de personas de un lugar a otro.	Tipo de medio utilizado.	- Vehículo - Bestia. - Cayuco con motor. - pies

## 2. Antecedentes Obstétricos.

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Gesta	Número de veces de embarazo de una	N° de embarazo	- 1 – 2 veces - 3 – 5 veces - 6 a más veces
Parto	Acto de dar a luz a un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos por vía vaginal	N° de partos	- 1 – 2 - 3 – 5 - 6 a más
Aborto	Todo nacimiento del producto de la gestación menor de 500 gr y si no existe el peso, a todo nacimiento menor de 22 semana de gestación	N° de abortos	- Menos de 2 veces - 2 – 4 veces - 5 a más veces
Atención prenatal	Serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud para vigilar la evolución del embarazo	N° de controles	- Menos de 2 - 2 – 4 control - 5 a más control
Menarca	Inicio de la primera menstruación	Edad de inicio	- Menos de años - 10 – 14 años - 15 a más años
IVSA	Inicio de vida sexual activa	Año cumplido	- 10 – 12 años - 13 – 15 años - 16 a más año
Espacio intergenésico	Periodo comprendido entre la finalización del último embarazo parto o aborto.	Periodo	- Menos de 1 año - 1 – 2 años - 3 a más años
N° de hijos	Número de hijos concebido por una mujer	Número de hijos	- Menos de 2 hijos - 2 – 4 hijos - 5 a más



Nacidos vivos	Expulsión o extracción completo del cuerpo de la madre de un producto de concepción	Nº de nacidos vivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 2 hijos</li> <li>- 2 – 4 hijos</li> <li>- 5 a más hijos</li> </ul>
---------------	---	---------------------	--

### 3. Factores Culturales

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Factor Cultural	Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos en una época de un grupo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergüenza</li> <li>- Discriminación en la atención</li> <li>- Respeto a la cultura y costumbres</li> <li>- Trato recibido por el personal de salud</li> <li>- Preparación antes del momento del parto</li> <li>- Atención después del parto</li> <li>- Antecedentes de parto domiciliario</li> <li>- Antecedentes del parto institucional</li> <li>- Participación de familiares durante el parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> </ul>

#### 4. Factores Institucionales

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Factor Institucionales	Estructura institucional público y privado como elemento básico en los procesos dirigidos por las personas que manejan las instituciones con conocimientos apropiado para su función	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuidad en la atención del parto</li> <li>- Posición al momento del parto</li> <li>- Maltrato verbal</li> <li>- Confianza en el personal de salud</li> <li>- Episiotomía</li> <li>- Cesárea</li> <li>- Información antes de cada procedimiento</li> <li>- Percepción sobre practicantes jóvenes</li> <li>- Discriminación en la atención</li> <li>- Manejo de la placenta</li> <li>- Procedimiento complicados y dolorosos</li> <li>- Información sobre procedimientos a realizar</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> <li>Si – No</li> </ul>

## **Procesamiento y análisis de los datos:**

Una vez finalizado la investigación, se procedió a ordenar los datos siguiendo el orden de los objetivos específicos, procesándolos a través del uso SPSS, para el levantado de texto se utilizó el programa de Microsoft Word office 2013, la construcción de las tablas y gráficas en el programa de Microsoft Excel Office 2010 y la presentación en Power Point para una mejor comprensión.

- **Aspecto ético:**

Para la recopilación de la información, se elaboró una carta dirigida a las autoridades del Centro de Salud Juan Manuel Morales Cabrera de la ciudad de Bluefields solicitando el permiso y apoyo del personal de salud de las dos unidades de salud ubicados en las comunidades seleccionadas. Estando en el terreno, se les explicó a las mujeres con parto domiciliar el contenido de la encuesta, así como el objetivo del estudio solicitando su cooperación en el llenado de las mismas haciendo énfasis en el consentimiento informado, confidencialidad, participación voluntaria, consciente y fidelidad a la fuente, para su libre decisión en el llenado de la encuesta.

### **Instrumentos Utilizados:**

#### **1. Características socioeconómicas:**

- Edad
- Religión
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Procedencia
- Miembros de la familia.
- Ingreso económico
- Gasto económico mensual
- N° personas que trabajan
- Aporte económico
- Medios de transporte.

### **Antecedentes obstétricos:**

- Gesta
- Para
- Aborto
- N° de control
- IVSA
- Menarca
- Espacio intergenésico
- Nacidos vivos

### **2. Factores Culturales:**

- Vergüenza
- Discriminación en la atención
- Respeto a la cultura y costumbres
- Trato recibido por el personal de salud
- Preparación antes del momento del parto
- Atención después del parto
- Antecedentes de parto domiciliario
- Antecedentes del parto institucional
- Participación de familiares durante el parto

### **3. Factores Institucionales:**

- Continuidad en la atención del parto
- Posición al momento del parto
- Maltrato verbal
- Confianza en el personal de salud
- Episiotomía
- Cesárea
- Información antes de cada procedimiento
- Percepción sobre practicantes jóvenes
- Discriminación en la atención
- Manejo de la placenta
- Procedimientos complicados y dolorosos

## **Resultados.**

En el presente estudio sobre factores que influyen en parto domiciliario de acuerdo a las edades se encontró los siguientes: 15-19 años 18% seguido de 20-34 años 47% y 35 – 49 años con 35% Ver Tabla 1

Con respecto a la religión que profesan las mujeres con parto domiciliario

Se constató que el 10% no opta por ninguna religión, el 54% predominó religión católica, el 32% evangélico y el 4% adventista Ver Tabla 2

De acuerdo al nivel de escolaridad en el estudio se encontró que: iletrados con el 38%, primaria 58% y secundaria 4%. Ver Tabla 3

Con respecto al hallazgo encontrado de acuerdo al estado civil: casadas 39%, solteras 7% y acompañada 54% Ver Tabla 4

Según ocupación predominaron las amas de casa con 97%, seguido de las domésticas con el 2% y el 1% maestra. Ver Tabla 5

Se encontró según núcleo familiar de mujeres con parto domiciliario está conformado menos 3 personas el 10% entre 3 – 5 personas, con un 63% y de 6 a más 27% de personas. Ver Tabla 6

En cuanto al ingreso económico el 64% es contribuido por la pareja, seguido de la fuente propia con el 28%, otras fuentes con un 6%. Ver Tabla 7

El ingreso económico promedio mensual de las mujeres con parto domiciliario es entre C\$ 1,000.00 - C\$3,000.00 con 64%, con un 25% entre C\$ 3,000.00 córdobas y el 11% para con menos C\$1,000.00 córdobas mensual. Ver Tabla 8

El gasto económico promedio mensual predominante está entre C\$ 1,000.00 - C\$3,000.00 córdobas con el 58%, con el 25% está entre C\$ 3,000.00 córdobas y el 17% en menos C\$1,000.00 córdobas mensual. Ver Tabla 9

El medio de transporte que hacía uso para trasladarse es a pie con el 49%, seguido del Cayuco con motor con 25% a pie con 22% y el 4% las que tienen acceso de viajar en vehículo. Ver Tabla 10

El 87% de las mujeres tuvieron su menarca entre la edad de 10 a 14 años y un 13% de 15 a más años. Un 59% iniciaron vida sexual activa, entre la edad de 13 a 15 años, seguido el 32% entre 16 a más años y el 9% entre 10 a 12 años; con 59% predominó las mujeres que han tenido entre 3 a 5 embarazo, seguido de 23% que dijeron entre 1 a 2 embarazo y con 18% las que dijeron de 6 más embarazo. Ver Tabla 11

De acuerdo antecedentes obstétricos se encontró que 3% las mujeres con parto domiciliar se realizaron menos de dos controles prenatales, no obstante de 2-4 controles representa 68% de ellas al que más acudieron fue al primero y segundo control, con cinco controles el 6% y a ninguno el 23%. El número de partos con 23% entre 1 a 3 parto, con 59% entre 3 -5 59% partos y 18% con 6 a más parto, seguido del 88% de las mujeres con ninguno aborto, el 10% con menos de 2 aborto y el 2% entre 2 a 4 aborto. Ver Tabla 12

Con el 95% predominaron las mujeres ningún hijo nacidos muertos, el 4% con menos de 2 hijos y el 1% entre 2 a 4 hijos muertos. Predominó con 67% las mujeres con espacio intergenésico entre 1 a 2 años, seguido de 30% entre 3 a más años y 3% en menos de 1 año; con 55% las mujeres con 2 a 4 hijos, el 24% con 5 a más hijos y el 21 con menos de 2 hijos. Ver Tabla 13

Con respecto a los factores culturales mujeres con parto domiciliar manifestaron tener vergüenza 33%, seguido de sus esposos o pareja no las dejan ir con un 20% el 10% por antecedentes de parto domiciliar, seguido del 7% respeto a la cultura y costumbre, 6% la atención después del parto, participación de los familiares durante el parto con 6%, los antecedentes de partos institucionales con el 3% y la preparación antes del parto con el 2%. Ver tabla 14

Los factores institucionales predominantes con un 31% fueron la cesárea, el 24% la episiotomía, un 11% la posición al momento del parto, el 10% el maltrato verbal, 8% para los procedimientos complicados y dolorosos; la desconfianza en el personal de salud con 5% y 5% Mala experiencia, familiar y amigas de la comunidad, con 4%, el manejo de la placenta el 3%, la prolongación en la atención del parto, la información antes de cada procedimientos con el 2% y el 2% la percepción sobre practicantes jóvenes. Ver Tabla 15

## **Discusión y análisis.**

### **Describir las características socio-económico de las puérperas.**

En el estudio sobre parto domiciliario realizado en las Comunidades de Punta Gorda y San Francisco se encontró predominio en la edad de 20-34 años con el (47%), dicho resultado se correlaciona con estudio realizado en Guatemala donde se encontró que el (52%) de las mujeres con edades de 21- 34 años de edad, habían presentado parto domiciliario.

(López vasquez, 2014) . La edad encontrada en el presente estudio podría estar explicada por el hecho el inicio de vida sexual temprano que tiene la mujer nicaragüense específicamente en las zonas rurales.

En relación a la religión se constató que las mujeres con parto domiciliario predominó

La religión Católica (54%) resultado diferente en Guatemala donde las mujeres con preferencia al parto domiciliario (52%) profesaba la religión evangélica.

En cuanto el nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres de las comunidades de Punta Gorda y San Francisco predominó el nivel de escolaridad primaria con el (58%) seguido del (38%) iletrada, cabe mencionar que en estudio realizado en Guatemala se encontró caso similar el 52% de las mujeres que decidieron optar por el parto domiciliario, no sabían leer ni escribir. (López vasquez, 2014)

El estado civil en mujeres con parto domiciliario predominó la acompañadas con un (54%) seguido del (38%) casado, dato que contrasta con el estudio realizado en Guatemala en donde (62%) de las encuestadas eran casadas.

Con respecto a la ocupación las mujeres con parto domiciliario predominó las amas de casa con el (97%) no obstante según dato obtenido de INIDE reveló que el parto domiciliario ha venido descendiendo sin embargo sigue siendo elevada en la zona rural, de la región costa caribe entre las mujeres con menor educación.

(63%) refirieron que los miembros de la familia está compuesta de 3-5 personas, seguido del (23%) de seis personas este dato concuerda con un estudio realizado en Bolivia en donde el (50%) eligieron el parto domiciliario por estar cerca de sus otros hijos.

El (64%) de las mujeres con parto domiciliario se encontró que el ingreso económico son generados por la pareja C\$1000-3000, manifestaron que las limitaciones económicas solía ser un factor que interviene en la toma de decisión de acudir a las unidades de salud por alto costo implica dejar de estar con la familia, resultado similar se demostró en estudio realizado en Ecuador que el 56% de las mujeres tuvieron parto domiciliario por tener ingresos económicos medios.

El medio de transporte que se trasladan las mujeres de las comunidades de San Francisco y Punta Gorda; El (49%) es a través de bestia y el (25%) en cayuco, los caminos en mal estado y el costo económico está ligado al parto domiciliario, reportes de (INIDE) determinó que el (36%) de las mujeres de las zonas rurales del Caribe tienen parto domiciliario por no llegar a tiempo a las unidades de Salud y el 16% por no contar con medios de transporte. (Instituto Nacional de Información de Desarrollo, 2011/12)

### **Antecedentes Obstétricos de las Puérperas.**

En cuanto a la menarca se encontró que (87%) tenían edad de 10-14 años en donde la menarca temprana otorga madurez reproductiva en la adolescente, no obstante un (59%) iniciaron vida sexual activa entre la edad de 13-15 años por el hecho de ser adolescente y salir embarazada se convierte en un alto riesgo obstétrico, con probabilidades de que su desenlace termine en parto domiciliario.

En relación a los controles prenatales en mujeres de la zona de San Francisco y Punta Gorda, se evidenció que (68%) se realizaron 2-4 controles prenatales, cabe mencionar que la asistencia al control prenatal con más frecuencia fue de 2-3 en donde manifestaron que cuando eran orientadas por el médico que no había ningún factor que ponía en riesgo la vida del binomio, consideraban que no era necesario seguir haciéndose controles prenatales, dicho estudio tiene relación con el Ecuador (18%) de las mujeres con parto domiciliario desconocían la importancia de realizarse controles prenatales.



El (95%) de las mujeres manifestaron no tener ningún hijo muerto, a pesar de que se atienden el parto en el domicilio, refirieron que la mamá y la abuela le inculcaban desde joven que el parto en casa tiene menos riesgo que el niño se muera por infecciones, no así manifestaron que el hospital es lugar en donde es propenso de que el niño muera por algún tipo infecciones de otros pacientes.

En este estudio en mujeres de Punta Gorda y San Francisco predominaron con el (67%) con espacio intergenésico entre 1-2 años, es un hecho positivo la implementación de la estrategia comunitaria de método anticonceptivo (ECMAC), dado que las mujeres de las zonas rurales tienen acceso a planificar a través del trabajo articulado que existe entre líder comunitario y el trabajador de la salud.

### **Factores culturales**

En cuanto a factores culturales se refiere al conjunto de valores, creencias y modos de vida de individuos donde el (33%) de las mujeres en estudio respondieron no asistir al parto institucional por vergüenza al personal de salud, dato similar con estudio realizado en Bolivia donde el (50%) las mujeres eligieron el parto domiciliario porque existe confianza y sienten tranquilidad por estar cerca de sus otros niños, no obstante el (40%) respondieron que parirán sus hijos nuevamente en el domicilio por temor a someterse a procedimientos médicos.

El (20%) de las mujeres manifestaron que sus esposos no las dejan ir a parir a los servicios de salud por tener celos y al médico o enfermero, estudio realizado en Guatemala concluyó que el (62%) refirieron que el esposo tiene la última palabra en decidir en donde la mujer debe parir.

El (10%) de mujeres con antecedentes de parto domiciliario expresaron que el hecho de parir la primera vez en casa, no toman como importancia de acudir atenderse el parto institucional sumándose la tranquilidad de su hogar y ser atendida por la partera de confianza.

### **Factores institucionales que influye en el parto domiciliario.**

Las mujeres de las zonas rurales San Francisco y Punta Gorda, (31%) manifestaron miedo hacer sometidas a cesáreas, seguido del (24%) a la episiotomía por tal razón prefieren quedarse en casa y ser atendida por partera, cabe mencionar que en bibliografía revisada con estudio realizado en Nicaragua en 2007 tiene relación con el hecho que tiene ese temor de ser trasladada y temor a la episiotomía.

El (11%) de las mujeres en estudios tuvieron mala experiencia en relación a la posición en el momento del parto, al no ser respetada por el personal de salud en el momento del alumbramiento, sin embargo el Ministerio de Salud ha implementado la adecuación del parto humanizado a través de la normativa 042. Cabe mencionar que hace falta sensibilizar al personal de salud para que se respete la interculturalidad de las embarazadas y por ende que la mujer tenga la libertad de parir en la posición que ella quiera y tengan autonomía. Según ENDESA el 4% tuvieron parto domiciliario por que el personal de salud no dejaba que fueran acompañadas por familiar en el momento del parto.

De acuerdo al estudio se logró constatar que el (10%) de las mujeres que se disponían acudir a las unidades de Salud manifestaron ser maltratada verbalmente por el personal de salud, en bibliografía revisada, un estudio realizado en Nicaragua en 2007 donde también manifestaron el maltrato verbal de parte del personal de salud.

## **Conclusión.**

1. Las características sociodemográficas identificadas entre las puérperas procedentes de la comunidad de Punta Gorda y San Francisco fueron: Edad entre 20 a 34 con un (47%), la religión católica con (54%) la escolaridad primaria con (58%), en un (97%) ama de casa, el núcleo familiar está compuesto de 3-5 personas con 63% y en un (64%) la pareja generan ingreso económico al hogar, el ingreso promedio mensual oscila de C\$1000-3000 que equivale a su gasto económico mensual.
2. Los antecedentes obstétricos reflejan que las mujeres con parto domiciliario el (87%) la menarca oscila en la edad de 10-14 años, el (68%) asistieron a dos controles prenatales, el (59%) de tres a más partos y el (85%) no han presentado óbitos, el (95%) no han presentado ningún hijo muerto.
3. Entre los factores culturales el (33%) expresaron sentir vergüenza al personal de salud, el (20%) mencionaron que sus esposos no las dejan ir a la Unidad de Salud y el (10%) por haber tenido antecedentes parto domiciliario.
4. Entre los factores institucionales se encontró que el 31% de las mujeres tienen miedo a ser sometidas a cesárea, el (24%) a que se practique episiotomía, el (11%) se incomoda con la posición al momento del parto, el (10%) manifiesta maltrato verbal y el (5%) manifiesta temor a procedimientos médicos.

## Recomendaciones.

1. Implementar a corto plazo un proceso de sensibilización al personal de atención directa sobre parto humanizado y buen trato a los pacientes.
2. Desarrollar consejería a toda embarazada dirigida a reducir la vergüenza y el temor a los procedimientos que podría surgir a lo largo de su embarazo parto y puerperio.
3. Definir prioridades de acceso al servicio de atención prenatal y la adecuación del parto humanizados a las mujeres de 20-34 años con más lejanías al servicio con bajo nivel educativo y que tenga más de cinco hijos
4. Monitorear la satisfacción de usuario, quejas y recomendaciones con la participación de la red comunitaria, líderes y otros actores del sector.
5. Fortalecer la estrategia de plan parto para una maternidad segura en las comunidades de Punta y San Francisco.
6. Coordinar la divulgación de los resultados del estudio a las autoridades del SILAIS y el sector de San Francisco y Punta Gorda.
7. Proponer a las instancias responsables del Hospital Escuela Ernesto Sequeira Blanco y SILAIS – RACCS, el apoyo para que los servicios de salud permitan el acompañamiento de los familiares o parteras durante la atención del parto, como parte fundamental para el cumplimiento de la atención con pertinencia cultural tomando en cuenta el parto humanizado para fortalecer la estrategia de la adecuación cultural del parto.
8. Fortalecer el acompañamiento y monitoreo integral del equipo dirección municipal a los sectores y las comunidades con la participación protagónica de los GISI y red comunitaria.

## Bibliografía

1. Albán Yunga, M. M. (2016) Factores asociados en embarazadas y su incidencia de parto domiciliario. <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/4018>. Universidad de Uniandes- Ambato, Colombia
2. Alvarez Cotuc, R. A. (2017) Caracterización de factores que influyen en la aceptación del parto del parto domiciliario en el Municipio de San Pedro Laguna de Sololá. *Facultad Ciencia de la Salud*. Universidad Rafael Sanvibar, Guatemala.
3. Carvaja, J. A. (2017). Parto Programado en domicilio. *Chilena de Obstetricia*, 1.
4. Cortéz, R., García Prado, A., & Largaespada, C. (2008). *Las casas Maternas*. Managua: Ivonne Siu-Patricia Ardila.
5. Flores Cajahuaman, L. M. Factores Culturales que impiden la asistencia al parto Institucional en gestantes. *repositorio.udh.pe*. Universidad de Huanuco, Perú.
6. <https://www.significados.com/cultura/consultado>. (Viernes de Febrero de 2018). Obtenido de <https://www.significados.com/cultura/consultado>.
7. *Indian Society for the Study of Reproduction fertility*. (Viernes de Diciembre de 2018). Obtenido de <http://www.issrf.org/home/home>: [www.issrf.org](http://www.issrf.org)
8. Instituto de Estudios estratégico y políticas públicas. (2011). *Memoria Institucional*. Managua: s.f.
9. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. (2011/12). *Encuesta Nicaragüense Demografía en Salud*. Managua: Los arcos, frente Hospital Lenin Fonseca.
10. Laza Vásquez, C. (2015). Factores relacionados con la preferencia de mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. *Cubana de Salud Pública*, 1.
11. López Vásquez, C. M. Factores que inciden en la baja cobertura del parto Institucional. *Recursosbiblio.url.gt*. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
12. Ministerio de Salud. (2010). *Norma de Humanización de parto Institucional*. Managua: Biblioteca Nacional de Salud.
13. Ministerio de Salud. (2015). *Normas y Protocolo para la atención prenatal, parto puerperio y Recién nacido de bajo riesgo*. Managua: Segunda edición Ministerio Salud, 2011.
14. Ministerio de Salud. (2016-2018). *Mapa de Mortalidad materna*. Managua.
15. Mollá Martínez, T. Etnografía sobre la decisión del parto domicilio. *Etnografía sobre decisión del parto*. Universidad de Alicante, San Vicente España.

16. Organización Mundial de la Salud. (Martes de Febrero de 2018). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>: <http://www.who.com>
17. Pérez Mendoza, O. M. (Martes de Abril de 2015). <http://es.slideshare.net/osmariohmendoza/trabajo-de-parto-64038345>. Obtenido de <http://es.slideshare.net/osmariohmendoza/trabajo-de-parto-64038345>: <http://es.slideshare.net>
18. Reyes Rivas, K., Quintana Ríos, O. M., & Lacayo Hernández, K. Cumplimiento del protocolo de control prenatal en embarazadas de bajo riesgo. *repositorio.unan.edu.ni*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
19. Sarria Ortiz, M. J. Lugar de Parto entre mujeres que recibieron control prenatal y su impacto en la mortalidad materna perinatal en dos centros Salud de Nicaragua. *Factores de Riesgo parto domiciliario*. Universidad Autónoma de Nicaragua, León.
20. Tarqui, Carolina, & Barreda, G. (s.f.).
21. Torres Iglesias, R. M. Factores que influyen en la elección del parto domiciliario, por madres de edad fértil de la localidad de Reyes gestión. *factores que condicionan parto domiciliario*. Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia.
22. Yunga Alban, M. M. Factores asociados en embarazadas y su incidencia de parto domiciliario en la parroquia de Murroquia de Mulalillo. *por MM Albán*. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.
23. Zeledón Sánchez, L. R., & López Mendoza, G. L. Conocimiento actitudes y prácticas de las parteras adiestradas del Centro Salud Denis Gutiérrez, en la atención del embarazo, parto y puerperio. *artículos relacionados*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.

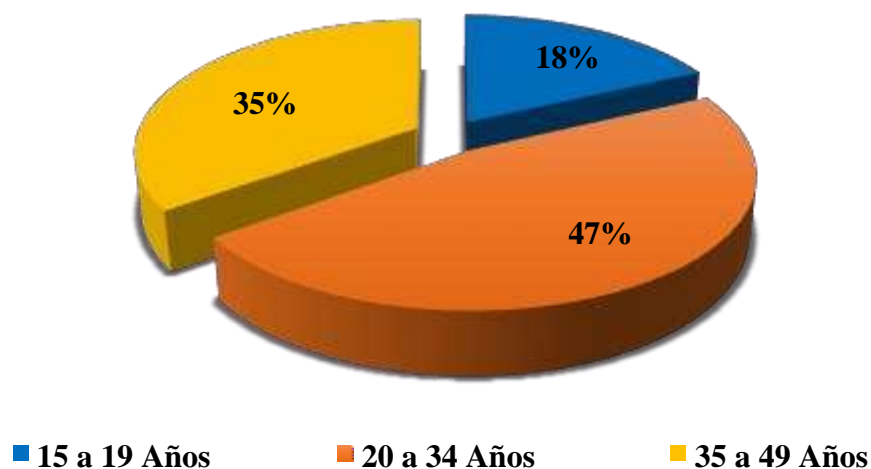
# ANEXOS

**Tabla 1**  
**Edad de las mujeres con parto domiciliario en relación**  
**a los principales factores que influye**  
**en el parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda,**  
**Municipio de Bluefields – RACCS año 2017**

<b>Grupo Etario</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
15 – 19 años	34	18
20 – 34 años	87	47
35 – 49 años	64	35
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta

**Gráfico 1**  
**Edad en mujeres con parto domiciliario, Comunidad San Francisco**  
**y Punta Gorda, Municipio de Bluefields \_ RACCS , 2017**



Fuente: Tabla 1

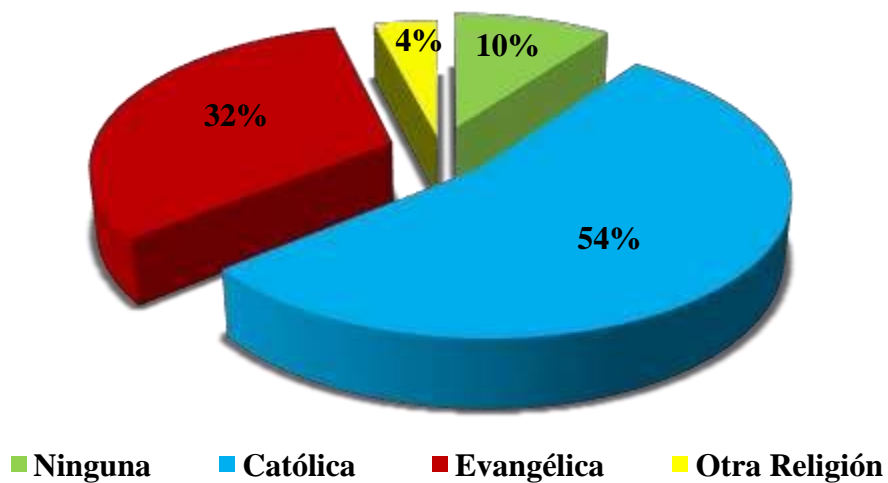


**Tabla 2**  
**Religión en las mujeres con parto domiciliar**  
**De las Comunidad San Francisco y Punta Gorda,**  
**Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

Religión	Frecuencia	%
Ninguna	19	10
Católico	99	54
Evangélico	59	32
Otros Religión	8	4
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta

**Gráfico 2**  
**Religión en las mujeres con parto domiciliar de las comunidades San**  
**Francisco y Punta Gorda Municipio de Bluefields -RACCS 2017.**

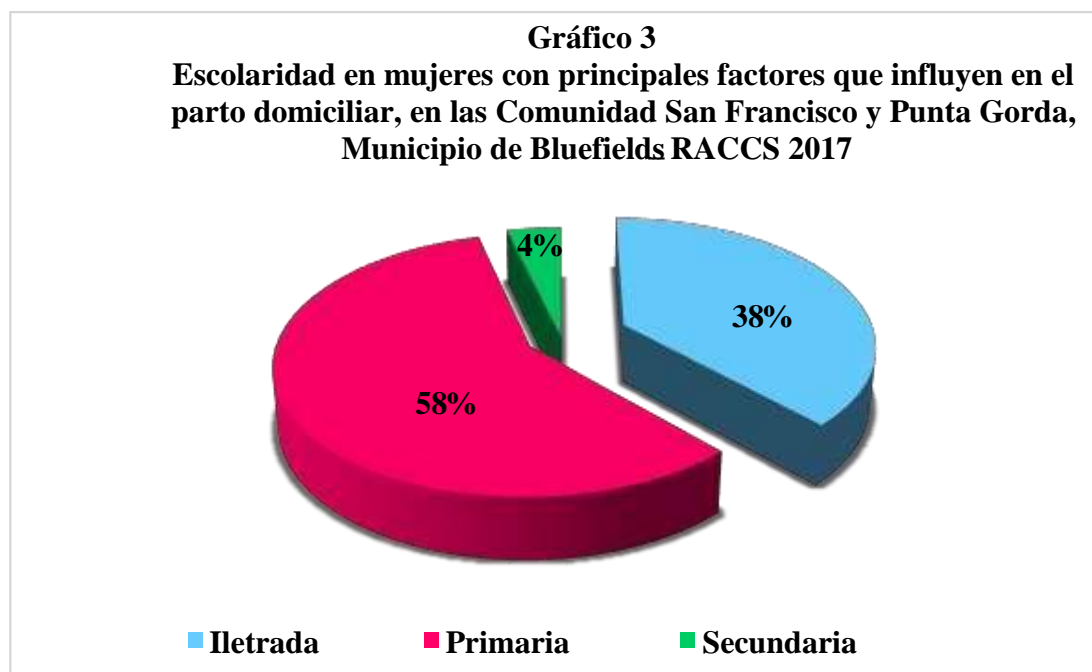


Fuente: Tabla 2

**Tabla 3**  
**Escolaridad en mujeres con principales factores que influyen en parto domiciliario**  
**En las Comunidades San Francisco y Punta Gorda,**  
**Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Iletrada	69	38
Primaria	108	58
Secundaria	8	4
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta



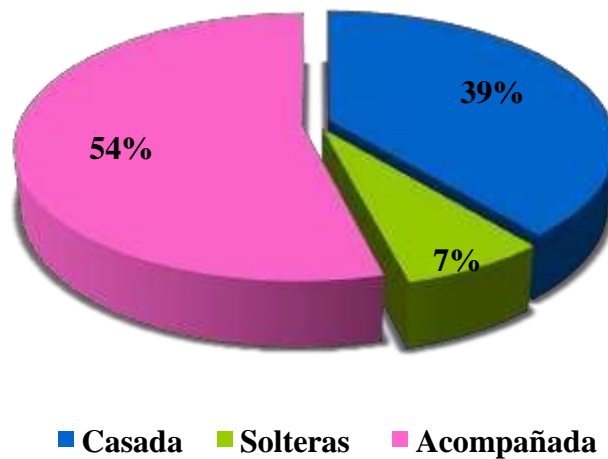
Fuente tabla3

**Tabla 4**  
**Estado civil en mujeres con principales factores que influye en partos domiciliar**  
**en las, Comunidad San Francisco y Punta Gorda,**  
**Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

Estado civil	Frecuencia	%
Casada	72	39
Soltera	13	7
Acompañada	100	54
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta

**Gráfico 4**  
**Estado civil en mujere con principales factores que influye en el**  
**parto domiciliar, Comunidad San Francisco y Punta Gorda,**  
**Municipio de Bluefields \_ RACCS 2017**

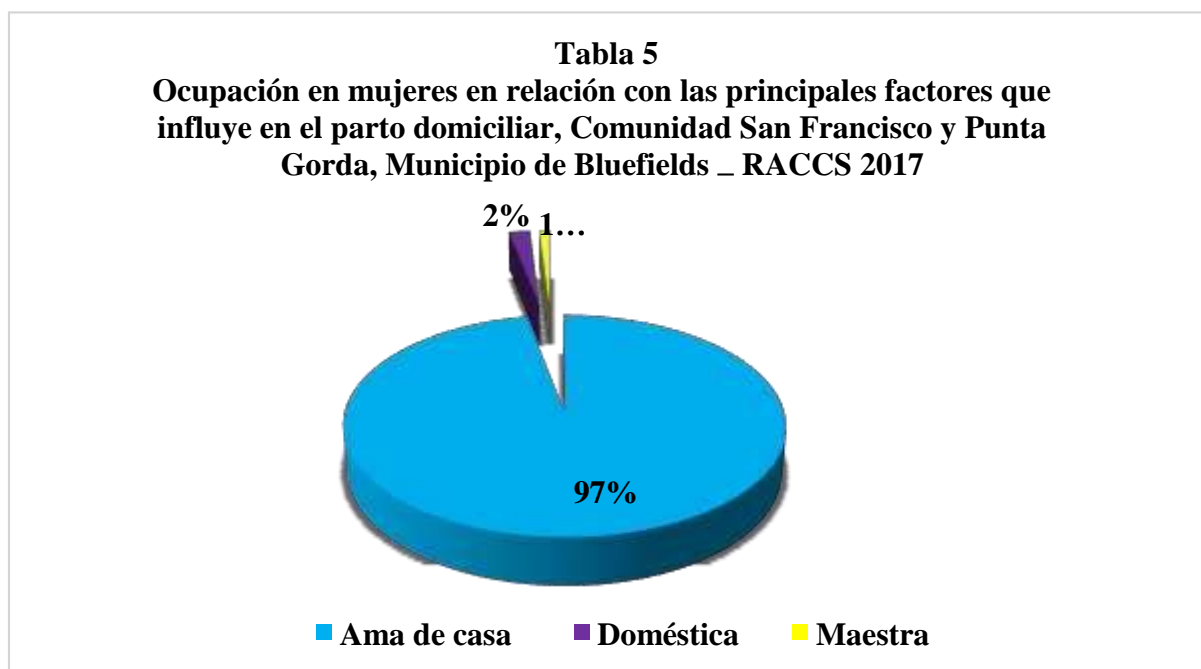


Fuente: Tabla 4

**Tabla 5**  
**Ocupación en mujeres con los principales factores que influye en el parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	181	97
Doméstica	3	2
Maestra	1	1
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta



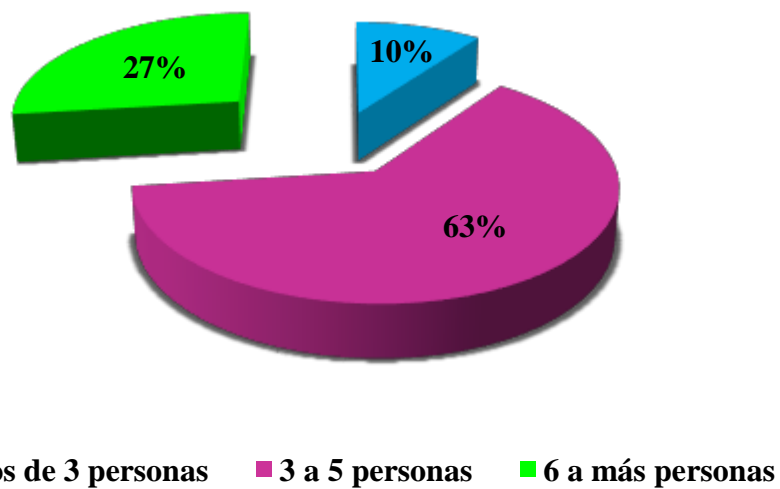
Fuente: Tabla 5

**Tabla 6**  
**Número del núcleo familiar en mujeres**  
**Con parto domiciliar, Comunidad San Francisco y Punta Gorda,**  
**Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

Miembros de familia	Frecuencia	%
Menos de 3	19	10
3 – 5 personas	116	63
6 a más personas	50	27
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta

**Gráfico**  
**Número del núcleo familiar en mujeres con parto domiciliar,**  
**Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields –**  
**RACCS 2017**



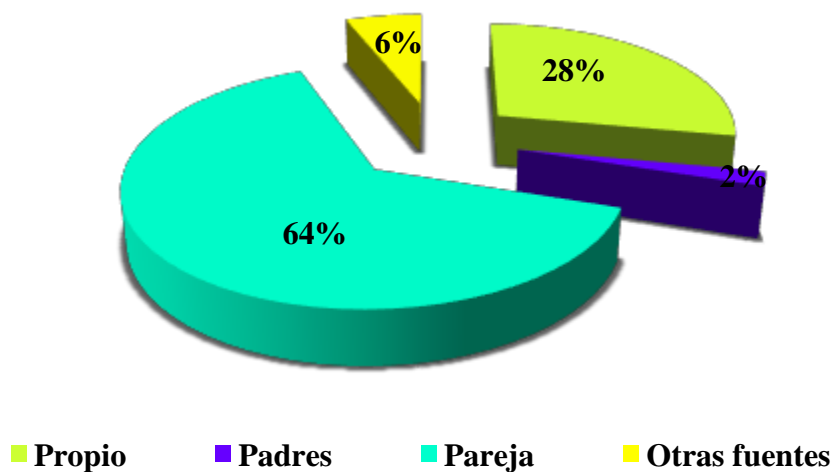
Fuente: Tabla 6

**Tabla 7**  
**Fuente de ingreso en mujeres con parto domiciliario en la, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

Fuente de ingreso	Frecuencia	%
Propio	52	28
Padres	4	2
Pareja	118	64
Otra fuente	11	6
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Fuente Encuesta.**

**Gráfico 7**  
**Fuente de ingreso en mujeres con parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields \_ RACCS 2017**



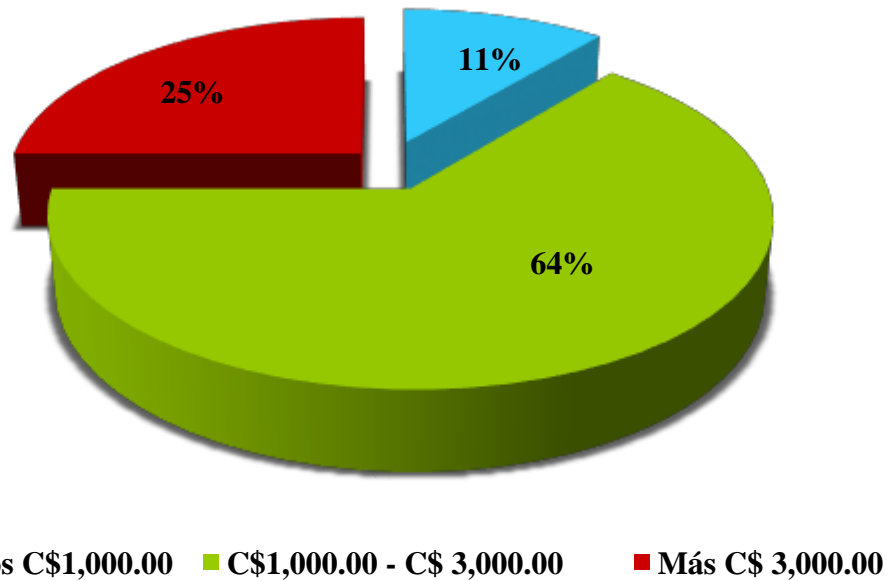
Fuente: Tabla 7

**Tabla 8**  
**Ingreso económico en mujeres con parto domiciliario, en la comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields-RACCS 2017**

Ingreso económico	Frecuencia	%
Menos C\$1,000.00	21	11
C\$1,000.00 - C\$ 3,000.00	118	64
Más C\$ 3,000.00	46	25
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta

**Gráfico 8**  
**Ingreso económico en mujeres con parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields \_ RACCS 2017**



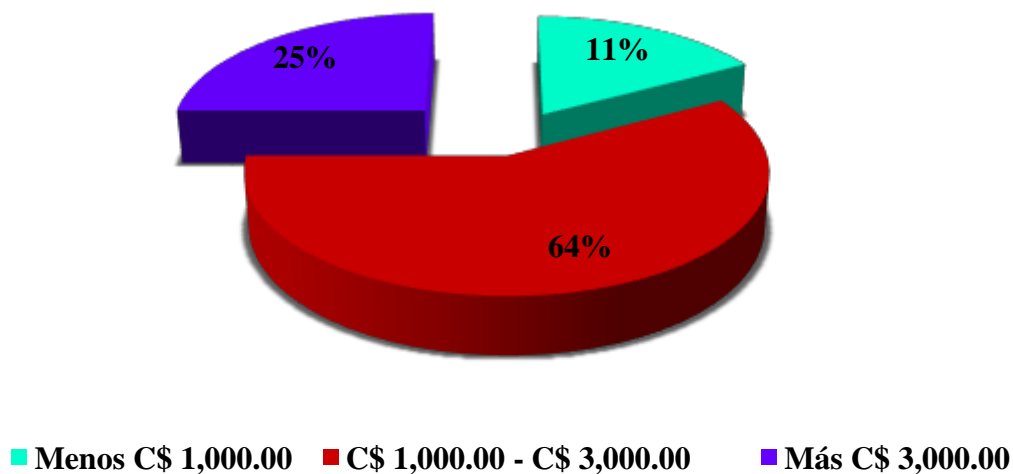
Fuente: Tabla 8

**Tabla 9**  
**Gasto económico en mujeres con**  
**Parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda,**  
**Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

<b>Gasto económico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Menos C\$ 1,000.00	21	11
C\$ 1,000.00 - C\$ 3,000.00	118	64
Más C\$ 3,000.00	46	25
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta

**Gráfico 9**  
**Gasto económico en mujeres con parto domiciliario, Comunidad**  
**San Francisco y Punta Gorda,**  
**Municipio de Bluefields \_ RACCS 2017**



Fuente: Tabla 9

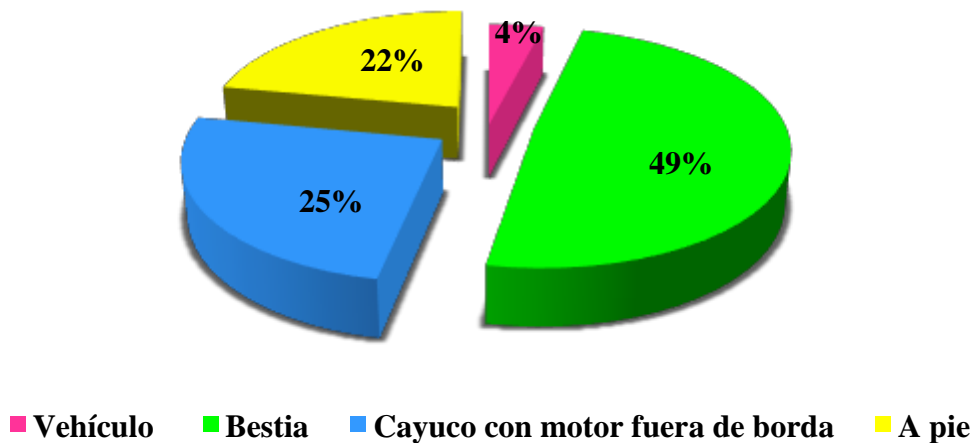


**Tabla 10**  
**Medio de transporte utilizado por mujeres con parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

Medio de transporte	Frecuencia	%
Vehículo	15	4
Bestia	170	49
Cayuco con motor fuera de borda	85	25
A pie	75	22

**Fuente:** Encuesta

**Gráfico 10**  
**Medio de transporte utilizado por mujeres parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

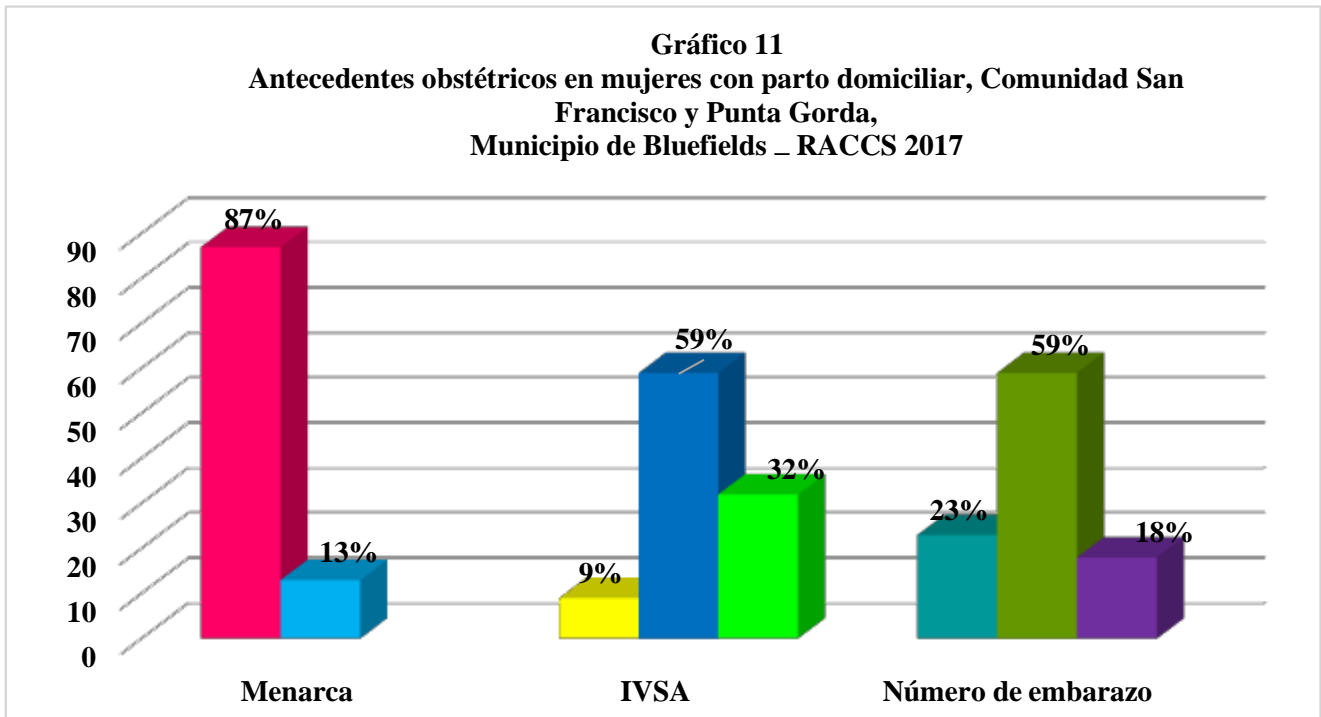


Fuente: Tabla 10

**Tabla 11**  
**Antecedentes obstétricos en mujeres con parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

N°	Variable	Frecuencia	%
1	<b>Menarca</b>		
	10 – 14	161	87
	15 a más	24	13
	<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>
2	<b>IVSA</b>		
	10 – 12 años	16	9
	13 – 15 años	110	59
	16 a más años	59	32
	<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>
3	<b>Numero de embarazo</b>		
	1 – 2 veces	42	23
	3 – 5 veces	110	59
	6 a más veces	33	18
	<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta

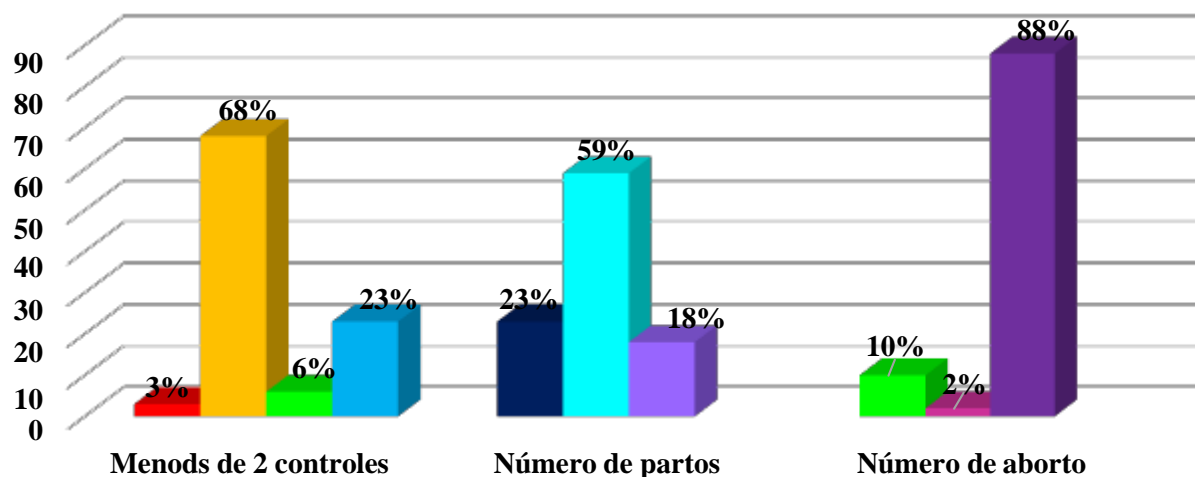


Fuente: Tabla 1

**Tabla 12**  
**Antecedentes obstétricos en mujeres con parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

N°	Variable	Frecuencia	%
<b>4 Número de atención prenatal</b>			
	Menos de 2 controles	5	3
	2 – 4 controles	125	68
	5 a más controles	12	6
	Ninguno	43	23
	<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>
<b>5 Numero de parto</b>			
	1 – 2 veces	42	23
	3 – 5 veces	110	59
	6 a más veces	33	18
	<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>
<b>6 Numero de aborto</b>			
	Menos de 2 veces	18	10
	2 – 4 veces	4	2
	Ninguno	163	88
	<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Gráfico 12**  
**Antecedentes obstétricos en mujeres con parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields \_ RACCS 2017**



Fuente: Tabla 12

**Antecedentes obstétricos en mujeres con parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

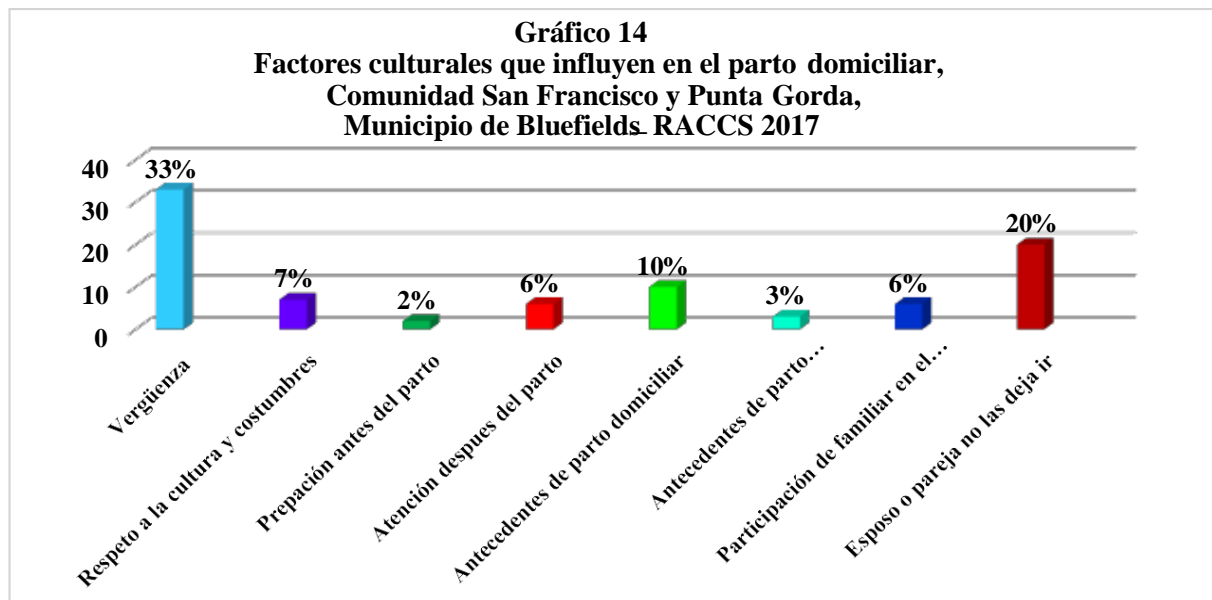
N°	Variable	Frecuencia	%
7	<b>Grafico13</b>		
	<b>Antecedentes obstétricos en mujeres con parto domiciliario, Comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields – RACCS 2017</b>		
	<p>The bar chart displays the distribution of obstetric history among women with home births. The y-axis represents percentage from 0 to 100. The x-axis lists three categories: 'Número de nacidos muertos' (Number of stillbirths), 'Espacio interuterino' (Interuterine space), and 'Número de hijos' (Number of children). For stillbirths, 95% of women have none, 4% have one, and 1% have two. For interuterine space, 3% is normal, 67% is increased, and 30% is decreased. For the number of children, 21% have one child, 55% have two children, and 24% have three children.</p>		
		45	24
	<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta

**Tabla 14**  
**Factores culturales que influyen en el parto**  
**domiciliar, Comunidad San Francisco y Punta Gorda,**  
**Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

<b>Factores culturales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Vergüenza	132	33
Respeto a la cultura y costumbres	27	7
Preparación antes del parto	9	2
Atención después del parto	25	6
Antecedentes de parto domiciliario	40	10
Antecedentes del parto institucional	13	3
Participación de familiares durante el parto	25	6
Esposo o pareja no la deja ir	80	20

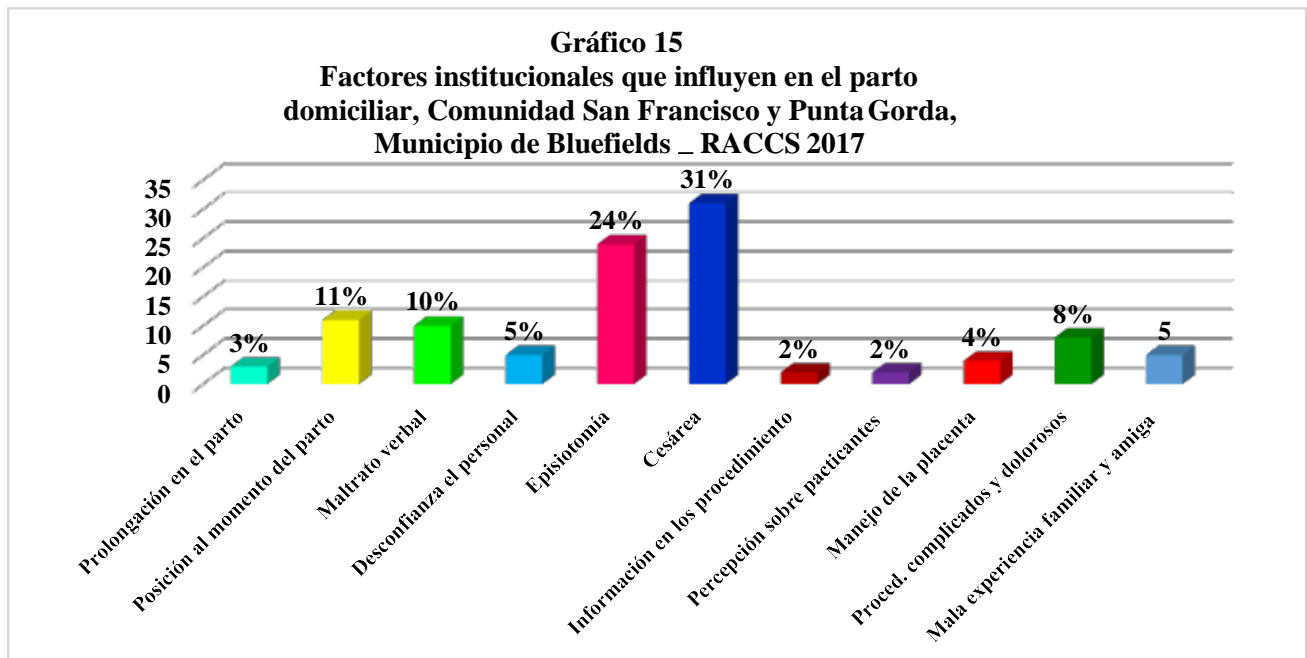
**Fuente:** Encuesta



Fuente: Tabla 14

**Tabla 15**  
**Factores institucionales que influyen en el parto**  
**Domiciliar, Comunidad San Francisco y Punta Gorda,**  
**Municipio de Bluefields – RACCS 2017**

Factores institucionales	Frecuencia	%
Prolongación en la atención del parto	9	3
Posición al momento del parto	39	11
Maltrato verbal	35	10
Desconfianza en el personal de salud	18	5
Episiotomía	83	24
Cesárea	107	31
Información antes de cada procedimiento	7	2
Percepción sobre practicantes jóvenes	7	2
Manejo de la placenta	14	4
Procedimientos complicados y dolorosos	30	8
Mala experiencia, familiar y amigas de la comunidad	21	5



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**  
**UNAN MANAGUA**  
**RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DIARIO”**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Principales Factores que influye en el parto domiciliario por púerperas de la comunidad San Francisco y Punta Gorda, Municipio de Bluefields – RACCS año 2017.**

Estimadas Madres la presente ENCUESTA forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre los factores que incidieron en el parto domiciliario en púerperas del Municipio de Bluefields 2017, lo que será de gran utilidad para el diseño de un plan de mejora, basados en los resultados

Se divide en tres Capítulos: características socio-demográficas, factores maternos culturales y factores institucionales, lo cual deberá marcar con una (x) las repuestas que usted considere pertinente, por lo tanto, serán manejadas con carácter confidencial y ser utilizadas con fines académico, por ende, no es necesario que se escriba su nombre. **I.**

**Características Socio – económico:**

1. Edad: a) 15 – 19 años ( ) b) 20 – 34 años ( ) c) 35 – 49 años ( ) d) 50 a más ( )
2. Religión: a) Ninguna ( ) b) Católico ( ) c) Evangélico ( ) d) Otros Religión ( )
  
3. Escolaridad: a) Ilustrada ( ) b) Primaria ( ) c) Secundaria ( ) d) Técnico ( )  
Universidad ( )
4. Estado civil: a) Casada ( ) b) Soltera ( ) c) Acompañada ( )
5. Ocupación: a) Estudiante ( ) b) Ama de casa ( ) c) Doméstica ( ) d) Otra
  
6. N° de persona que habita la casa: a) Menos de 3 ( ) b) 3 – 5 ( ) c) 6 a más personas ( )
7. Ingreso promedio mensual: a) Menos C\$ 1,000. ( ) b) 1,000-3,000. ( ) c) Más 3,000. ( )

8. Gastos promedios mensual: a) Menos C\$ 1,000. ( ) b) 1,000-3,000. ( ) C) Más 3,000. ( )
9. Fuente de ingreso: a) Propio ( ) b) Padres ( ) c) Parejas ( ) d) Otra fuente ( ) \_\_\_\_\_
10. Medio de transporte: a) Vehículo ( ) b) Bestia ( ) c) Panga ( ) c) A pie ( )

## II. Antecedentes Obstétricos:

- ¿Cuántas veces ha estado embarazada? a) 1 – 2 veces ( ) b) 3 – 5 veces ( ) c) 6 a más veces ( )
  - ¿Cuántos partos ha tenido usted? a) 1 – 2 ( ) b) 3 – 5 ( ) C) 6 a más ( )
  - ¿Has tenido Aborto? a) Sí ( ) b) No ( ) ¿Cuántos? ( )
  - ¿Usted se hizo controles en su último embarazo? a) Sí ( ) b) No ( ) ¿Cuántos? ( )
  - ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? Menos de años ( ) 10 – 14 ( ) 15 a más ( )
  - ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? 10 – 12 años ( ) 13 – 15 ( ) 16 a más ( )
  - ¿Cuánto tiempo espera para embarazarse entre un hijo y el otro?
8. Menos de 1 año ( ) b) 1 – 2 años ( ) c) 3 a más años ( )
9. ¿Cuántos hijos tiene actualmente? Menos de 2 hijos ( ) 2 – 4 hijos ( ) 5 a más ( )
10. ¿Le ha nacido algún hijo muerto? Sí ( ) No ( ) ¿Cuántos? ( )

## III. Factores Culturales:

**¿Qué factores culturales considera usted que incide en que las mujeres no van al hospital a parir su hijo?**

1. Vergüenza ( )
2. Respeto a la cultura y costumbres ( )
3. Trato recibido por el personal de salud ( )
4. Preparación antes del momento del parto ( )
5. Atención después del parto ( )
6. Antecedentes de parto domiciliario ( )
7. Antecedentes del parto institucional ( )
8. Participación de familiares durante el parto ( )
9. Esposo o pareja no la deja ir ( )

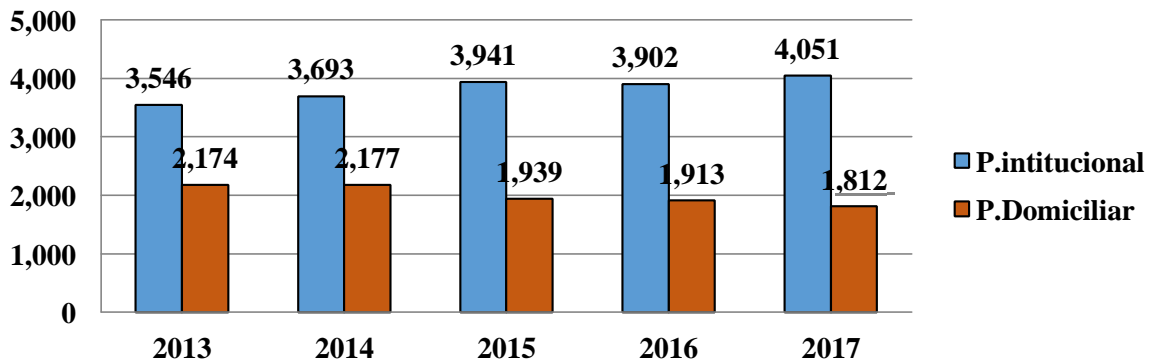


#### **IV. Factores Institucionales:**

**¿Qué factores institucionales considera usted que incide en que las mujeres no van al hospital a parir su hijo?**

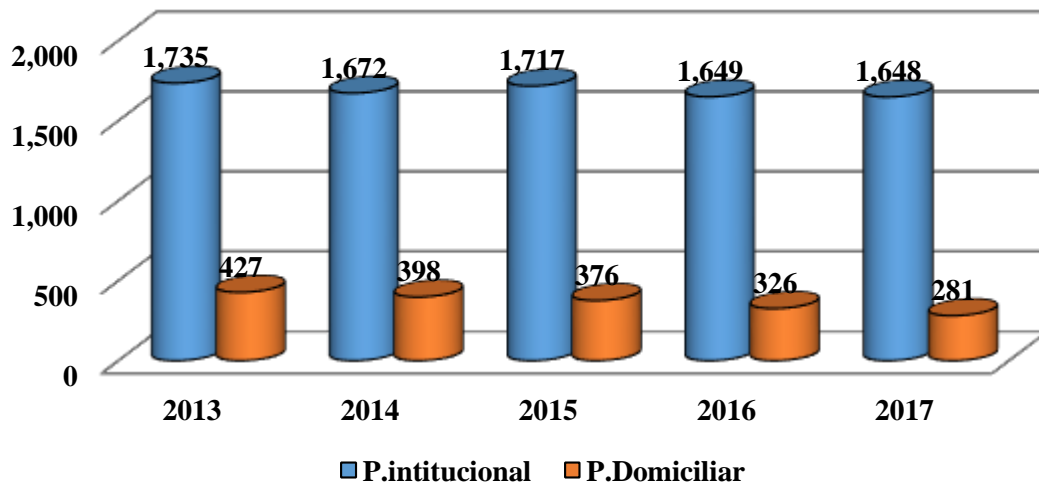
- a) Continuidad en la atención del parto ( )
- b) Posición al momento del parto ( )
- c) Maltrato verbal ( )
- d) Desconfianza en el personal de salud ( )
- e) Episiotomía ( )
- f) Cesárea ( )
- g) Información antes de cada procedimiento ( )
- h) Percepción sobre practicantes jóvenes ( )
- i) Discriminación en la atención ( )
- j) Manejo de la placenta ( )
- k) Procedimiento complicados y dolorosos ( )
- l) Mala experiencia anterior propia, de algún familiar o amiga de su comunidad.( )

**Comparativo cinco años partos Institucional y domiciliar  
SILAIS RACCS.**



Fuente: SAIKU/17 enero 2019.

**Comparativo cinco años parto Institucional y Domiciliar  
Municipio de Bluefields.**



Fuente: SAIKU/17 enero 2019.

**Distancias de las comunidades San Francisco Kukra a las Unidades de Salud con partos domiciliario y Institucional periodo 2017.**

Comunidad	N° Parto Domiciliar	Porcentaje	Distancia GIS	Medio Transporte	N° Parto Institucional	Porcentaje
Naranjo	4	10.5				0
Villa Nueva	5	13.1	3 Horas	bestia-pies	3	2.3
Buenos Aires	1	2.6	2 Horas	bestia-pies	2	1.5
Esconfrán	1	2.6	15 Minutos	Minutos Vehículo	0	0
San Miguelito	1	2.6	3 Horas	bestia-pies	1	0.7
San Sebastian	1	2.6	25 Minutos	Minutos Vehículo	1	0.7
Caño Azul	3	8.1	5 Horas	bestia-pies	6	4.7
Poza Azul	4	11	6 Horas	bestia-pies	5	3.9
Virgen	1	2.6	3 Horas	bestia-pies	5	3.9
Coco I	4	10.5	4 Horas	Acuática	5	3.9
Coco II	2	5.2	6 Horas	Acuática-pies	5	3.9
Quebradón	2	5.2	5 horas	bestia-pies	1	0.7
Diamante	1	2.6	3 Horas	bestia-pies	5	3.9
Breñas I	1	2.6	4 Horas	bestia-pies	2	1.5
Caño Maiz	2	5.2	6 Horas	bestia-pies	2	1.5
Colorado	1	2.6	10 Horas	bestia-pies	1	0.7
Delicias	1	2.6	3 Horas	bestia-pies	14	11
Rubén Darío	2	5.2	5 Horas	bestia-pies	3	2.3
Taleno	1	2.6	40 Minutos	bestia-pies	1	0.7
Aurora	0	0	Casco peri urbano (GIS)	Pies	49	40
Peñones	0	0	3 Horas	bestia-pies	5	3.9
Coloradito	0	0	1 Hora	bestia-pies	2	1.5
Santa fe	0	0	2 Horas	bestia-pies	2	1.5
Limon		0	(GIS)	bestia-pies	2	1.5
Pavas	0	0	5 horas	bestia-pies	1	0.7
	38	100			127	100

Fuente: Datos estadísticos C/S JMMC/ Mapa padecimiento Nov 2018

23% Parto domiciliario

77% parto Institucional

COMUNIDADES CON PRESENCIA DE RED COMUNITARIA									
	Comunidades	Numero de Parteras	Numero Brigadista	Col-vol		Comunidades	Numero de Parteras	Numero Brigadista	Col-vol
	La Aurora	0	2	0		Polo de Desarrollo Daniel Guido	0	0	0
	San Francisco Alrededor	0	0	0		Atlanta	0	1	0
	San Jose	1	0	0		El Quemado	1	1	0
	Villa Nueva	0	0	0		El Guineo	0	1	1
	El Naranjal	0	0	0		Masayón	1	1	0
	Quebradon	1	2	1		Palo Bonito	1	0	1
San Francisco	Caño Azul	1	1	0	Punta Gorda	Pejibay	0	1	0
65% Comunidades tienen acceso a parteras	Boquita de Silva Sector 2	1	1	1	40% Comunidades Punta Gorda tiene acceso a parteras.	El Coco	0	0	0
	Coloradito	1	0	1		Eloisa	1	1	0
	Buenos Aire	1	1	0		La Gloria 1	1	1	0
	San Miguelito	0	1	1		El Diamante	1	1	1
	Santa Rita	0	0	0		Naranjo	1	1	0
	El Diamante	0	1	0		Masayita	0	1	0
	Las Breñas 2	1	0	0		Boca Tapada	0	0	0
	Pozo Azul	0	1	0		Salto Leon	0	0	0
	Taleno	2	1	0		Las Flores	0	0	0
	Las Breñas 1	1	1	0		El Venado	1	1	0
	El Coco 1	1	1	1		La Gloria 2	0	0	0
	El coco 2	2	1	0		Santa Elena 1	0	1	0
	Villa Nueva	0	0	0		Diriangen	1	0	2
	Asentamiento	0	1	0		El Guineo 2	0	0	0
	El Virgen	1	1	0		Santa Rosa Guineo	0	1	0
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>5</b>			<b>9</b>	<b>13</b>	<b>5</b>

**Distancias de las comunidades Punta Gorda a las Unidades de Salud con partos domiciliar y Institucional periodo 2017.**

Comunidad	N° Parto Domiciliar	Porcentaje	Distancia al GIS	Medio Transporte	N° Parto Institucional	Porcentaje
Guineo I	5	3.4	7 H	bestia -pies	3	2.1
Atlanta	3	2.04	4 H	Acuática	4	3
Santa Rosa del Guineo	8	5.4	4 H	bestia -pies	2	1.4
Gloria 2	9	6.1	5H	bestia- pies- acuática	2	1.4
Diamante	4	3	5H	bestia- pies- acuática	1	0.7
Masayon	8	5.4	5H	bestia-acuática- pies	2	1.4
Pueblo Nuevo	5	3.4	5H	bestia-acuática- pies	6	4.3
Palo Bonito	8	5.4	5H	Acuática	3	2.1
Pijibay	9	6.1	5H	Acuática	15	10.8
Coco	9	6.1	5H	bestia-acuática- pies	4	2.8
Diariagen	4	3	3H	bestia-acuática- pies	3	2.1
Santa Elena	9	6.1	4H	bestia-pies	4	3
Naranjal	8	5.4	5 H	bestia-pies	8	6
Las Flores	8	5.4	6 H	bestia-pies	7	5.7
Salto Leon	8	5.4	3 H	bestia-acuática- pies	3	2.1
Guieneo II	5	3.4	5 H	bestia-pies	3	2.1
Boca Tapada	9	6.1	5H	bestia-acuática- pies	6	4.3
Diamante	6	4	5H	bestia-pies- acuática	3	2.1
Eloisa	8	5.4	4 H	Acuática	4	3
Quemado	5	3.4	3 H	Acuática- bestiapiés	6	4.3
Danto	1	0.6	5 H	Acuática- bestiapiés	1	0.7
Venado	3	2.06	3 H	Acuática- bestiapiés	2	1.4
Gloria 1	5	3.4	7 H	Acuática- bestiapiés	0	0
Polo desarrollo	0	0	Casco peri urbano (GIS)	Pies	42	30.4
Pato	0	0	4 Horas	bestia- pies	2	1.4
Diriangén	0	0	3 Horas	bestia- pies	2	1.4
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100</b>			<b>138</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos estadísticos C/S JMMC/ Mapa padecimiento Nov 2018

51% parto Domiciliar

48.4% Institucional



Puente Colgante Punta Gorda.



Casa Materna Punta Gorda.



Labor y Parto San Francisco



