

**Parto a domicilio atendido por parteras
en el municipio de Matagalpa
Enero 1989- Octubre 1992**

Una experiencia de formación con parteras



Colectivo de **Mujeres de Matagalpa**

**Parto a domicilio atendido por parteras
en el municipio de Matagalpa
Enero 1989- Octubre 1992**

Una experiencia de formación con parteras

Realizado por:

Maria Cavalleri

Equipo de capacitación de parteras

Ana Ara
Magali Quintana
Zoraida Torres
Maria Jesús Ara
Francisca Hemmelder

**Todas las parteras y mujeres
Que colaboraron en este proceso**

Agradecemos el apoyo solidario e nuestras amigas y amigos:
Marianne Dylsing y Cristina Herrera *que han estado con nosotras*
en el equipo de Educación Popular en los años 89-90

Dra. Emanuela Terzian
Instituto Mario Negri, Milán, Italia
que nos ha permitido la elaboración de los resultados.

Dr. Gianni Tognoni
Instituto Mario Negri Milán, Italia

Dra. Ana Maria Pizarro
Directora Si Mujer, Managua

Dr. Toom Bongaerts
OXFAM-Bélgica

Dr. Edmundo Sánchez

Luisa Soldati, Carla Noci

Dr. Benoit Marchand

Rick Wasser y Jos Van der Sterren



*Esta investigación fue realizada por María Cavalleri,
no pudo terminarla por que realizó un viaje
de vuelo de colibrí.
Después de cuatro años hemos podido recopilar
toda la información disponible
y por su validez la publicamos
como muestra de que continuamos
con el trabajo y las recomendaciones emanadas
de este trabajo*

Índice

Índice.....	5
Introducción	6
La atención a la mujer en el parto	6
Objetivos.....	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Materiales y métodos.....	9
Análisis de los datos:	10
Resultados.....	4
1. Las parteras.....	4
2. Las mujeres atendidas	4
3. Atención al parto, mortalidad perinatal y condiciones de la criatura al nacer	6
4. Posición de la mujer en el parto.....	6
5. Complicaciones maternas inmediatas y durante el puerperio	7
6. Mortalidad Materna	8
7. Variaciones de la práctica en los años	8
Consideraciones acerca de la formación	10
Conclusiones.....	8
Observamos de los resultados que:.....	8
Anexo 1	10
Anexo 2	12
Anexo 3	16
Anexo 4	20
Anexo 5	26
Anexo 7	28

Introducción

En Nicaragua, a pesar de los esfuerzos realizados durante la década de los 80 en la atención a la salud de la mujer, se estima que el 38% de las mujeres que paren en el país son atendidas en alguna institución del sistema de salud.

La atención a las mujeres que presentan alguna complicación durante el embarazo, en el momento del parto o en el puerperio debería ser brindada por el personal de salud en los centros u hospitales.

La mayoría de los partos ocurren fuera de las instituciones, no se dispone de una información objetiva, precisa y veraz de las circunstancias que rodean el parto domiciliar.

Generalmente la opinión de los obstetras es que dicha atención es mala, por el hecho de no estar en manos de las/os profesionales de la medicina. No se dispone de estudios en los cuales pueda demostrarse tal afirmación, ya que no se han emprendido esfuerzos realmente serios tendientes a conocer y dar seguimiento al parto no institucional en el país.

Además, tampoco hay demostración de eficacia de todas las prácticas "profesionales", más bien al contrario, se dispone de estudios que demuestran que solamente el 10% de las prácticas utilizadas en la atención al parto institucional tienen demostración científica de eficacia.

La atención a la mujer en el parto

El parto a domicilio en Nicaragua, tradicionalmente es un evento que se desarrolla fundamentalmente entre mujeres. Para las mujeres, parir en casa es una experiencia transmitida de generación en generación, acompañada de rituales específicos que caracterizan los momentos más importantes de la vida, como son el nacimiento y la muerte.

Frecuentemente los problemas o complicaciones que se presentan durante el parto domiciliar son considerados como producto de fatalismo, de designios preexistentes y se verbalizan como "así tenía que ser", "Dios así lo quiso", "era su hora"...

Frente a la necesidad de atención domiciliar, las mujeres y parteras realizan prácticas derivadas de la sabiduría popular integrando a veces ciertos elementos del conocimiento "científico".

En este contexto, las parteras son las portadoras de conocimiento populares, las consejeras "expertas del parto". En los últimos años, el papel de las parteras está en la transformación. Aún representando una figura de referencia para las mujeres, miles de mujeres a lo largo y ancho del país paren solas o solamente reciben la ayuda de familiares o personas allegadas con mínimos conocimiento sobre la atención del parto.

En los años 80 el Ministerio de Salud (MINSA), comenzó el rescate de las parteras ofreciéndoles un programa de capacitación, pero sin incorporarlas formalmente al sistema de salud. La capacitación fue fundamentalmente técnico-biologicista, con énfasis en la atención de un parto limpio y con la finalidad de mantener un control sobre las actividades de las parteras y limitar los daños maternos y perinatales.

Ha sido y es, hasta la fecha, la concepción que para reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad materna y peri natal, la solución pasa por la institucionalización de parto.

La capacitación realizada por el MINSA consistía en la realización de encuentros con las parteras de 5 días de duración, al final de los cuales se consideraban capacitadas, a estos cursos se daba seguimiento a través de un encuentro de un día cada 1-2 meses, dependiendo esto de los recursos humanos y económicos de cada centro de salud.

Algunas integrantes del Colectivo de Mujeres de Matagalpa que trabajaban en el programa de educación popular del Municipio (1986-1988) observaron algunas limitantes que dificultaban el aprendizaje: el analfabetismo, la irregularidad de la capacitación, el contenido prevalentemente biologicista y técnico, que no tomaba en cuenta los sentimientos y vivencias de las mujeres, la falta de seguimiento y evaluación de las prácticas de las parteras.

Luego de analizar las dificultades encontradas, surgió la necesidad de desarrollar un proceso de capacitación articulado a la alfabetización, teniendo como eje la problemática de la mujer y la niñez desde un análisis de las relaciones de subordinación que vivimos las mujeres en esta sociedad.

Así, la capacitación desarrollada por el Colectivo de Mujeres de Matagalpa desde 1989 hasta la fecha se realizó en un marco teórico distinto. Se trató, no solamente de transmitir información sobre aspectos técnicos de su actividad, sino también de acompañar a las parteras en un proceso de concientización frente al papel de las mujeres en la sociedad, para promover una actitud de solidaridad con las demás mujeres y buscar respuestas a problemas específicos de la mujer en la sociedad.

La metodología utilizada en este proceso es la educación popular feminista, que toma en cuenta los procesos individuales de las parteras, es decir, de lo íntimo o privado para luego analizar el entorno social, teniendo en cuenta que no es posible transformar el mundo social sino se producen los cambios y transformaciones individuales. Además se incluye un proceso de evaluación y seguimiento del trabajo de las parteras.

Muchas de las prácticas de las parteras tradicionales se remontan a la era precolombina por lo que se hace necesario rescatar los conocimientos empíricos y tradicionales de que son portadoras, integrándolas con elementos científicos, reconociendo a las parteras como promotoras de salud de la mujer y de la criatura.

La partera es una de las protagonistas que atiende a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, por lo que es necesario analizar su actividad desde un punto de vista crítico y constructivo. En el presente trabajo hacemos énfasis en el análisis de su práctica en la atención a la mujer en el parto domiciliar.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la calidad de la atención brindada por las parteras de municipio de Matagalpa a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y la incidencia de la capacitación brindada por el Colectivo de Mujeres de Matagalpa en la misma.

Objetivos específicos

Determinar algunas características de las parteras, analizando si estas influyen en la calidad de atención que brindan a las mujeres.

Analizar las características de las mujeres que las parteras atienden y las complicaciones presentadas en el parto, tanto para ella como para la criatura.

Evaluar los resultados para incidir en los aspectos que debe ser profundizados en el proceso de capacitación.

Contribuir a definir algunos criterios sobre el papel de las parteras.

Materiales y métodos

El presente trabajo se realizó en el municipio de Matagalpa desde el mes de Enero 1989 hasta Octubre 1992.

Universo: se analizaron de manera prospectiva 2,012 reportes de partos atendidos por 64 parteras que han tenido relación con el proceso de capacitación realizado por el Colectivo de Mujeres Matagalpa en el periodo mencionado.

Procedencia de las parteras: Las parteras provienen de las 15 comunidades rurales de Waswali, Quebrada Honda, El Salto, EL Naranjo, El Chilamate, El Ocotal, Estrella, Matasano, Santa Emilia, Aranjuez, Palcila, El Ocote, Jucupa, La Gloria, Molino Norte y 7 barrios de la ciudad de Matagalpa: Sta. Teresita, Edmundo Castellón, Carlos Roques, Manuel Baldison, Fanor Jaen, Barrio Nuevo, Las Marías.

Instrumentos de recolección de datos: Fichas de registro de partos (anexos#)

Variables analizadas:

I Las parteras

- Edad en años cumplidos
 - Menor de 40 años
 - De 40 a 50 años
 - Más de 59 años

- Partos atendidos por año
 - Menos de 10 partos
 - De 10 a 25 partos
 - Más de 25 partos

- Procedencia
 - Urbana
 - Rural

- Nivel de instrucción
 - Alfabetizada
 - En curso de alfabetización
 - Analfabeta

II Las mujeres atendidas

- Lugar geográfico del parto
 - Area urbana
 - Area rural

- Edad en años cumplidos
- Paridad
- Número de hijas/os muerto/ aborto
- Atención prenatal recibida en el c/s o con la partera

III Atención del parto, morbilidad peri natal y condiciones de la criatura al nacer

- Mortalidad peri natal
- Tamaño de la criatura
 - Grande
 - Pequeño
- Presentación al nacer
- Estado de la criatura al nacer
 - Viva, Muerta
 - Sana, enferma
 - Lloró, lloró después de 5 minutos

IV Posición de la mujer en el parto

- Acostada
- De rodillas
- De cuclillas

V Complicaciones maternas inmediatas y durante el puerperio

- Hemorragia
- Calentura
- Relación hemorragia y calentura con la presentación y paridad
- Necesidad de traslados

VI Mortalidad Materna

VII Variaciones de la práctica con los años

- Paridad (se considera alta paridad 5 o más hijas/os)
- Presentación anormal
- Peso de la criatura (Más de 5 libras, menos de 5 libras)
- Hemorragia y calentura
- Mortalidad peri natal
- Traslado

Análisis de los datos:

Se analizaron las fichas y hojas de reportes que las parteras utilizaron en el periodo estudiado.

Es necesario señalar que las fichas sufrieron modificaciones a través del tiempo.

- Desde 1989 hasta mediados de 1990 se utilizó la ficha propuesta por el Minsa (Anexo #1).
Algunas parteras reportaban los partos en una hoja de papel.

En 1990 se elaboró una nueva ficha incorporando otras informaciones (Anexo #2)

En 1991 se incorporaron nuevos datos (Anexo #3)

La última ficha fue elaborada por el Colectivo de Mujeres de Matagalpa a comienzos de 1992 (Anexo #4)

Cuando la ficha era entregada se analizaban todas las variables en presencia de la partera, permitiendo rectificar eventuales errores y profundizar sobre la historia reportada de cada parto. En los casos donde se presentaron problemas graves o complicaciones, se realizó visita a domicilio de las mujeres afectadas.

Este proceso permitió rectificar los errores de llenado, retomar el análisis de los problemas en los encuentros de capacitación. Los resultados globales se presentaron a las parteras en las evaluaciones semestrales y anuales, utilizando para la comprensión de los datos los mismos dibujos de las fichas.

Las parteras analfabetas se auxiliaban de sus familiares para el llenado de las fichas. Dos de las parteras más jóvenes fueron capacitadas para recibir las fichas, garantizando así un mejor seguimiento de todas.

Presentación y análisis de los resultados:

Los resultados obtenidos se presentan en forma de cuadros estadísticos y de gráficos para su mejor visualización. Se formularon conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los objetivos planteados.

Resultados

1. Las parteras

Las parteras que han participado en la capacitación durante los 4 años son 64. El total de reportes analizados son **2012**.

Edad

Varía de 22 a 72 años, y generalmente las mas jóvenes son las hijas de las mayores.

Sexo

La mayoría son mujeres, sin embargo contamos con 3 parteros.

Ubicación

En el área rural viven 44 parteras y 20 en barrios de la ciudad.

Actividad

4 parteras reportaron mas de 25 partos por año, 14 atendieron entre 10 y 25 partos y 46 menos de 10 partos (ver tabla 1)

Muchas de ellas son también curanderas dando otro tipo de atención en la comunidad, inyecciones, curaciones y consultas.

Tabla 1: Distribución de parteras por área y nivel de experiencia

Experiencia	rural	urbana	total
≤ 10 partos/año	31 67.4%	15 32.6%	46
10-25 partos/año	11 78.6%	3 21.4%	14
≥ 25 partos/año	2 50%	2 50%	4
Total parteras	44	20	64

Nivel de lecto-escritura

De 64 parteras, 32 son alfabetos pero no han superado la primaria, 25 son analfabetas y 7 están participando en el proceso de alfabetización (tabla 2)

49 parteras han participado en la capacitación del Ministerio de Salud en los años 80, las otras 15 se integraron junto con las 49 en el proceso de capacitación desarrollado por el colectivo.

Tabla 2: Distribución por edad y alfabetización

Edad	alfab.	En curso	Analf.	total
< 40	11 73.3%	0	4 26.7%	15
40-59	15 51.7%	6 20.7%	8 27.6%	29
+ 59	6 30%	1 5%	13 65%	20
Total	32	7	25	64

2. Las mujeres atendidas

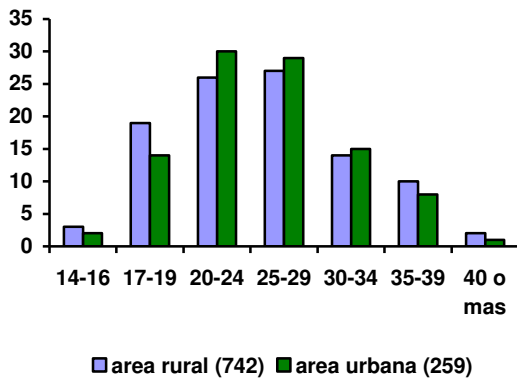
Debido a los cambios en la estructura de la ficha de recolección de datos en los 4 años, no todas las variables analizadas son disponibles para los 2012 partos.

Ubicación geográfica

1,492 mujeres (74%) fueron atendidas en el área rural y 512 (25%) en el área urbana. En 8 casos (1%) falta la información del lugar del parto.

Edad

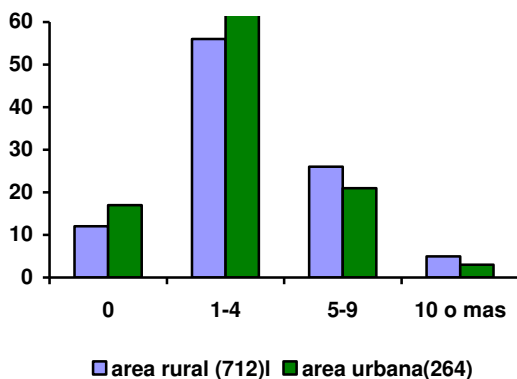
El promedio de edad de las 1,001 mujeres atendidas y que tenemos datos es de 25 años. El 3% tienen menos de 17 años y el 2% 40 años o más (gráfico 1)

Gráfico 1: Mujeres atendidas por edad y área**Paridad**

De las 976 mujeres que se conoce el dato, 712 son del área rural y 264 del área urbana. En el área rural 36 (5%) de las mujeres han tenido 10 o más hij@s y 8 (3%) en la ciudad.

En el campo 228 (32%) de las mujeres han tenido 5 o más hij@s mientras que en la ciudad son 66 (25%)

49 (17%) de las mujeres de la ciudad y 85 (12%) de las del campo están en su primer embarazo (gráfico 2)

Gráfico 2: Mujeres atendidas por paridad y área

Considerando que la alta paridad es una indicación al parto hospitalario observamos

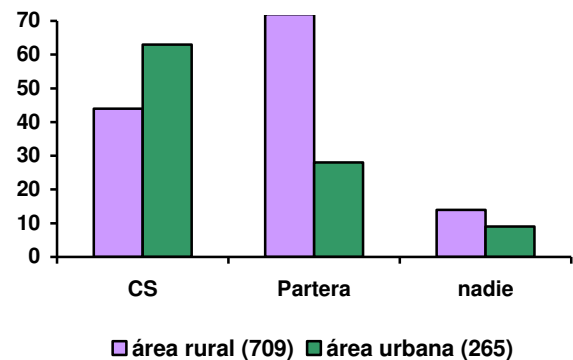
que son todavía muchas las mujeres que paren a domicilio.

Mortalidad de hijas/os

En el área rural el 26% de las mujeres, respecto al 23% en el área urbana se le han muerto hijos e hijas, lo que no podemos determinar es a que edad se murieron ni cuantos ya que la ficha no lo contempla.

Atención prenatal

En la atención al embarazo, de las 974 mujeres que tenemos datos hay una diferencia evidente entre el área rural y la urbana.

Gráfico 3: Atención al embarazo por área

En el campo el 42% de las mujeres reciben atención solamente por parte de la partera mientras en la ciudad el porcentaje es el 28%.

En el campo el 14% de las mujeres no reciben ninguna forma de atención mientras que en el área urbana el porcentaje correspondiente es de 9%.

En el campo el 44% de las mujeres y el 63% de las mujeres de la ciudad, fueron atendidas por el centro de salud durante el embarazo, pero no tenemos información sobre el tipo de seguimiento que se les brindó.

De las mujeres que han tenido de 5 a 9 hij@s el 61% no asistieron al control prenatal en el centro de salud y el 56% de las que tienen más de 10 hij@s tampoco ha recibido atención durante el embarazo, a pesar de estar los dos grupos mencionados dentro de la clasificación de Alto Riesgo Obstétrico.

3. Atención al parto, mortalidad perinatal y condiciones de la criatura al nacer

Mortalidad Perinatal

De los 2,035 nacidos conocemos los resultados de 2,012.

De 23 gemelares, en 19 casos las dos nacieron vivas, mientras que en dos casos una nació muerta y en otros dos una murió durante la primera semana de vida. En los otros 1989 nacidos, 36 criaturas nacieron muertas y 6 murieron durante la primera semana de vida. La mortalidad perinatal fue del 21/1000 partos simple y globalmente 23/1000 nacidos (incluidos los gemelos)

Edad gestacional – tamaño de la criatura

Dos de las informaciones recolectadas tenían como objetivo comparar los criterios más utilizados y fiables para definir la prematuridad: la época gestacional (a tiempo, antes de tiempo) y el juicio subjetivo de la partera sobre el peso y tamaño de la criatura considerando grande las que pesan mas de 5 libras.

Parece que la partera todavía tiene dificultades en valorar la época gestacional ya que solamente el 2% de los embarazos son definidos pretérminos.

El juicio subjetivo de la partera frente a la criatura después del parto es mas confiable, estando ella acostumbrada a valorar el peso balanceando los productos en las manos. Entre los partos simples el 16 % de las criaturas al nacer son clasificadas "pequeñas".

De los 2,035 nacid@s., conocemos la clasificación de grande y pequeño de 1,735. La Tasa de Mortalidad Perinatal es mas elevada en las criaturas pequeñas 64/1000 en comparación a las grandes 10/1000.

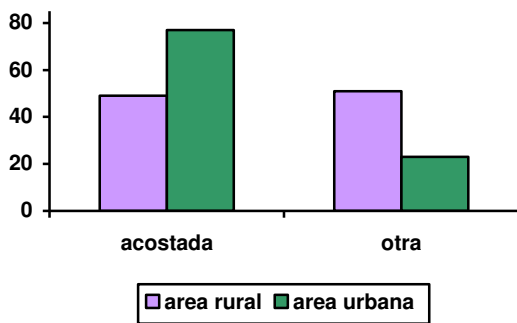
Presentación fetal

Entre los 1,705 partos simples para los cuales fue especificada la presentación fetal al nacer, 53 (3.1%) tenían una presentación anormal, generalmente podálica.

4. Posición de la mujer en el parto

Entre las 200 mujeres para quienes se dispone de este dato, el 55% adoptó una posición acostada y el 45% parió en otra posición (de rodillas o cuclillas). La actitud difiere entre el área rural y el área urbana: en la primera el 51% de las mujeres adoptan una posición alternativa frente al 23% de las mujeres de la ciudad (gráfico 4)

Gráfico 4: Posición de la mujer en el parto por área



Las parteras más expertas, las que atienden más de 25 partos al año, reportaron el 76% de partos en posición acostada, en relación al 38% de las que atienden entre 10-25 partos y al 50% de las que reportan menos de 10 partos al año.

Esto nos puede indicar que con el aumento de la experiencia hay tendencia a asumir mayor autoridad hacia las mujeres, asimilando los modelos hospitalarios de la atención al parto, ya que la posición acostada es más cómoda y funcional para quien atiende el parto.

5. Complicaciones maternas inmediatas y durante el puerperio

Hemorragia y calentura

En el 10% de las mujeres fue reportada una complicación hemorrágica en el parto, definida como mucha sangre (correspondiente a 2-3 tazas) y el 5% "calentura" durante el puerperio inmediato.

Las dos complicaciones fueron más reportadas en el área rural: el 11% de hemorragia y el 7% de calentura, mientras que en el área urbana la hemorragia reportada es del 6% y la calentura del 2%.

La incidencia reportada de estas condiciones fue mayor en presencia de parto complicado por presentación anormal o gemelaridad.

El gráfico 5 pone en relación la frecuencia de estas dos complicaciones con las características del parto.

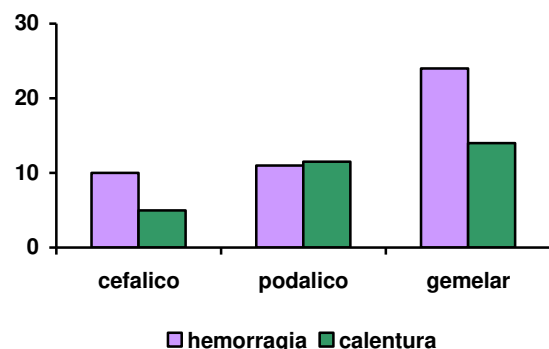
En la presentación cefálica y embarazo simple la incidencia de hemorragia fue del 10% y la de la calentura del 5%. En presentación anormal de 11% y del 11.5% respectivamente.

En los partos gemelares la hemorragia ocurrió en el 24% y la calentura en el 14% de las mujeres.

Los reportes no permiten detectar una relación evidente de la paridad sobre la ocurrencia de estas complicaciones, aunque ambas fueron un poco más frecuentes entre las mujeres de primer parto y las de 10 o más hijos, un 13% y un 10% respectivamente.

En relación al área de residencia, la tendencia al traslado resulta mayor en el campo (4.5%) que en la ciudad (3%)

Gráfico 5: Complicaciones maternas por tipo de parto



Traslados

Los traslados al hospital fueron 74 (4%), 51 de estos se efectuaron preparto y 20 después del parto. Los traslados efectuados por problemas de la criatura fueron 3.

Ha sido difícil clasificar las causas de estos, ya que la información no siempre era completa, siendo la expresión escrita una práctica nueva por las parteras. Sin embargo, tenemos datos relativos a 32: 16 son por parto prolongado, 8 por presentación anómala y 8 por la presencia de patología materna.

Entre los 20 traslados después del parto, sólo de 12 se especifico que fueron debidos a hemorragia mientras que las razones de los 3 traslados de la criatura fueron la presencia de malformaciones, una infección neonatal y la prematuridad.

Los traslados efectuados en cualquier momento interesaron el 3% de los casos con presentación cefálica y feto único, el 8% de los partos gemelares y el 21 % de los casos con presentación anormal.

El traslado implicó el 11% de las mujeres con complicaciones hemorrágicas y el 10% con presentación de calentura.

6. Mortalidad Materna

En los 4 años se registraron 2 muertes maternas de mujeres atendidas por parteras resultando una tasa de mortalidad de 101 por 100,000 nacidos vivos.

Esa tasa de Mortalidad Materna es inferior a las cifras reportadas por el Ministerio de Salud, que estima una tasa de M.M de 165 por 100,000 nacidos vivos en 1992, esto nos indica que las Muertes Maternas tienen sus causas no solamente en la atención al parto domiciliar atendido por partera.

Debemos señalar que en investigaciones realizadas en Matagalpa, la Tasa de Mortalidad Materna oscila entre 260 x 100,000 nacidos vivos y más de 330 x 100,000 nacidos vivos. Esta última tasa de

mortalidad ha sido registrada por defunciones ocurridas dentro y fuera del sistema de salud.

Las dos muertes maternas atendidas por parteras son escritas en el anexo nº5.

7. Variaciones de la práctica en los años

Por las razones mencionadas anteriormente acerca de la evolución en el tiempo de la ficha de recolección de los datos, no es todavía posible valorar el impacto de la capacitación sobre todos los parámetros analizados. Sin embargo, cabe destacar unas observaciones:

Paridad

En relación a la paridad, hubo una leve reducción de los partos de mujeres nulíparas (del 14% en 1990 al 11% en 1992) y una reducción más importante de las mujeres con 5 o más hijos (del 36 % en 1990 al 26.5% en 1992).

Esto nos indica que las parteras empiezan a valorar el riesgo de atender a las primíparas jóvenes y a las grandes múltíparas.

Presentación anormal

Se observa una discreta disminución, limitada al último periodo, de los partos con presentación anormal o gemelares (5% en 1989, 6% en 1990, 5% en 1991 y 3% en 1992).

Esto indica que el mayor porcentaje de partos atendidos es de presentación cefálica y queda siempre un margen de las presentaciones anormales o gemelares que son atendidos en situaciones de emergencias.

Peso de la criatura

El juicio de "tamaño" pequeño de la criatura parece además modificarse en el tiempo, bajando del 22% en 1989 hasta el 15% en 1992.

La reducción observada podría representar un efecto real, debido por ejemplo a disminuir las maniobras de tracción sobre el cordón durante el nacimiento de la placenta, o a otras maniobras traumáticas antes, durante o después del parto. Por otro lado la capacidad de valorar mejor la cantidad de sangrado.

Mortalidad perinatal

No se observan variaciones en el tiempo en la mortalidad perinatal, siendo que la tasa de mortalidad resulta relativamente baja en todo el periodo considerado.

Probablemente par obtener ulteriores reducciones sería necesario mejorar la capacidad de las parteras de detectar a las mujeres embarazadas con factores de riesgo y las anomalías de presentación fetal al término del embarazo.

Además asegurar que las mujeres identificadas como riesgo asistan realmente al hospital, y por otro el pronto traslado al hospital de todas las complicaciones que ocurren durante el trabajo de parto, parto y el puerperio y finalmente una atención hospitalaria inmediata y adecuada.

En el mismo tiempo cabe señalar que por ser mayor la mortalidad perinatal en las criaturas pequeñas, muchas veces está asociada a condiciones socio-económicas desfavorables de la mujer, alta paridad y un periodo ínter genésico corto.

Traslado

Un dato positivo es la diferente actitud de las parteras frente al traslado. De las 201

mujeres que presentaron hemorragia o calentura, en 1989 se trasladaron al hospital el 6%, en 1990 el 8%, en 1991 el 11% y en 1992 el 20%, lo que sugiere una mayor conciencia de las parteras en la necesidad de no arriesgar a las mujeres independientemente de la confianza en sus relaciones con el MINSA y del servicio que este presta.

Consideraciones acerca de la formación

En este ámbito queremos analizar los dos procesos de capacitación y en particular el que fue asumido por el Colectivo de Mujeres de Matagalpa a partir del año de 1990.

En los años 80 en el Ministerio de Salud la capacitación dirigida a parteras se desarrollaba a través de un curso de duración de 5 días, al final del cual se entregaba el certificado de partera adiestrada y el maletín, teniendo como requisito básico el haber asistido al menos a cinco partos.

En el curso se impartían los elementos básicos en anatomía, fisiología del parto, atención al parto normal, el parto limpio, referencia de las mujeres a riesgo, puerperio y planificación familiar.

A este curso se daba continuidad a través de un encuentro de un día cada 2 o 3 meses dependiendo de los recursos humanos y económicos de cada centro de salud. En muchos municipios la capacitación a parteras ha sido abandonada por el Ministerio de Salud, en otros ha sido asumida por grupos o organizaciones no gubernamentales.

En la capacitación asumida por parte del Colectivo de Mujeres de Matagalpa sentimos la necesidad de ampliar estos contenidos, tomando en cuenta las dificultades encontradas y de planificar el proceso de seguimiento constante en el tiempo. Después de un diagnóstico realizado con las parteras que tenía el objetivo de descubrir la disponibilidad en participar en un proceso de capacitación integral, que contemplara también la alfabetización, se empezó en 1991 el proyecto "Con nuestras propias palabras".

El nombre lleva consigo el reto de rescatar nuestra voz y nuestra palabra, negada o callada a lo largo de la historia, también encierra la concepción misma del trabajo donde las participantes al proceso de capacitación, como la coordinadora o animadora, aprendemos y construimos juntas.

La metodología asumida es la de educación popular feminista, con un marco conceptual donde no solamente se parte de un análisis de la realidad con una óptica de desigualdades entre las clases sociales, sino de un ámbito íntimo, interno, de cómo las mujeres vivimos cada uno de los procesos de nuestras vidas, es decir de una óptica de desigualdades entre los géneros.

Las técnicas utilizadas para el desarrollo de los contenidos son diversas, pero es fundamental el punto de partida "como nosotras lo vivimos", se utiliza el dibujo, la plastilina, el análisis de las láminas, los cuentos, video, canciones, visitas e intercambios con otras mujeres, análisis de historias reales, etc.

Como paso fundamental en todo el proceso de capacitación esta la sistematización y evaluación que nos permite modificar el proceso de capacitación para que sea pertinente con los objetivos que se quieren alcanzar.

Este trabajo de sistematización a través de diferentes instrumentos, como son la reconstrucción de los datos de las parteras, de sus vidas, la hoja de registro de la atención de la mujer durante

el embarazo, parto y puerperio, la hoja de registro de actividades de salud, la hoja de referencia de las parteras, etc. nos permitió:

- Analizar las hojas de registro de partos, detectar las limitaciones y hacer propuestas de nuevas hojas que nos permitiera recoger suficiente información para poder evaluar el trabajo de las parteras y determinar los aspectos de la capacitación que eran necesarios profundizar.
- Determinar cuales son los problemas de salud que las parteras atienden en sus comunidades, clasificados por edades, problemas, respuestas que brindaron, uso de medicamentos y plantas medicinales y a través de esto reorientar la capacitación e introducir los elementos básicos sobre el uso racional de los medicamentos.
- Elaborar materiales de acompañamiento en el proceso de capacitación para favorecer el aprendizaje, como son: afiches, fichas, juegos de letras, canciones, etc.

La capacitación se desarrolló en tres modalidades:

- Un encuentro semanal de un día y medio de duración desde febrero hasta octubre, con un grupo de 25 parteras. Es en esta modalidad que se desarrollo el proceso de alfabetización (1991-1992)
- Un encuentro mensual de un día de duración con 35-40 parteras, desde febrero hasta octubre.
- Un encuentro de un día mensual en dos comunidades rurales, Jucuapa Centro y Matasanos, donde se reúnen las mujeres de la comunidad y las parteras con el equipo del área de salud del Colectivo de Mujeres.

Los encuentros semanales

Se dividió el grupo en tres subgrupos, las alfabetizadas, las post-alfabetizadas y las de en curso de alfabetización.

Se iniciaba el encuentro en plenaria con el tema correspondiente a cada encuentro, en la tarde cada grupo tenía un programa específico relacionada al tema pero acorde con su nivel de aprendizaje, por ejemplo con el grupo de las que estaban en proceso de alfabetización se daba más tiempo a afianzar los aprendizajes de lecto-escritura.

Fue en esta modalidad donde tuvimos oportunidad de profundizar los contenidos, ya que el hecho de encontrarnos cada semana nos lo permitía por el tiempo y favorecía el seguimiento.

Los temas de la capacitación fueron: derecho a la educación, trabajo domestico, maltrato y violación, mujer y salud, nuestro cuerpo, sexualidad, embarazo, parto, puerperio, factores de riesgo y signos de alarma, maternidad voluntaria, métodos anticonceptivos, lactancia materna, los niños y las niñas en su primer año de vida, la diarrea, uso racional de medicamentos.

Para las participantes ha sido también un proceso de crecimiento interno y al mismo tiempo de confrontación con los maridos y la familia. Para muchas era un problema salir de la casa para estudiar, dejar a las hijas e hijos; las oposiciones de los maridos fueron muchas hasta que a veces las parteras llegaban golpeadas y además antes de salir tenían que dejar la comida lista.

La posibilidad de confrontarse las historias que tenían como mujeres les permitió entender que la vida de cada una era igual a la de muchas.

Para el equipo de capacitación fue la posibilidad de conocer mas de cerca el trabajo que realizan las parteras, descubrir límites inventar cosas.

En las tres modalidades de capacitación se aplicó el uso de la ficha, así que los resultados de este estudio nos permiten evaluar el proceso de capacitación y replantear algunos contenidos a desarrollarse el próximo año.

Una primera consideración afecta a la metodología de formación; en el análisis se comprobaron las dificultades encontradas en presentar a las parteras conceptos que requieren formas de abstracción, parece importante acompañar siempre la enseñanza con demostraciones prácticas a través de dibujos, muñecos y seguimiento de mujeres embarazadas. En este sentido una modalidad que se adopto desde el comienzo es el análisis de los casos-problemas enfrentados por las parteras mismas.

Edad/paridad

A pesar de que la indicación del MINSA es la referencia de todas las mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años, con una paridad de 5 o más, la decisión asumida por el grupo de capacitación, teniendo en cuenta la situación de las mujeres, se orientó a priorizar la referencia sobre todo de las mujeres menores de 17 años y primíparas, y las mujeres con una paridad mayor de 5 pero en particular mayor de 8. Esta decisión fue tomada en relación a las dificultades encontradas en las parteras acerca de la referencia y en particular con las mujeres embarazadas, para la cuales trasladarse a la ciudad muchas veces significa el abandono de los hijos e hijas y enfrentar un costo económico que no pueden asumir. De todas maneras se observo una reducción en el tiempo de los partos de nulíparas jóvenes y de mujeres con alta parida atendidas por parteras.

Presentación/gemelaridad

La indicación que se dio durante el curso fue de atender en la casa sólo a las mujeres cuyo parto fuera de feto único y en presentación cefálica. Para enseñar el diagnóstico de presentación se rescató la práctica del "sobar", muy común entre las parteras, para que estas aprendieran las maniobras de Leopold. Al mismo tiempo de utilizar demostraciones prácticas con muñecos, se realizaron controles prenatales de mujeres embarazadas. Se trató también de desalentar la exploración vaginal, que se consideró un posible vector de infección y traumatismos. Aunque las parteras tengan familiaridad con la práctica de sobar, las simulaciones y los controles del embarazo demostraron que muchas de ellas no siempre saben o pueden identificar la presentación; nos queda la duda si la atención a las mujeres con presentaciones anómalas o en el caso de gemelaridad sea una emergencia o una incapacidad diagnóstica.

Edad gestacional

Sólo a partir de 1992 se realizaron demostraciones prácticas utilizando modelos de esponja de diferentes tamaños y controles prenatales; además se ilustró el cálculo de la fecha probable de parto. Sin embargo, considerando que muchas mujeres no recuerdan la fecha de la última menstruación o quedan embarazadas durante la lactancia, no es siempre posible aplicarlo. Por otro lado resulta evidente que la capacidad de las parteras de determinar la época gestacional es muy escasa, y que es un tema que requiere ulterior profundización.

Hemorragia

Este aspecto fue presentado en diferentes ocasiones, introduciendo además algunas informaciones sobre sus causas y los distintos momentos en que puede presentarse. Se insistió sobre la abstención de las maniobras que comúnmente las parteras utilizan para acelerar el desprendimiento de la placenta, tales como masajes en la barriga y tracción del cordón. En relación a la placenta se utilizaron placentas reales y de esponja, para simular el control de su integridad. En relación a la magnitud de la hemorragia, la información ha sido de tipo teórico, definiendo hemorragia a toda pérdida de sangre mayor de 2-3 tazas. Queda profundizar con demostraciones practicas la valoración de la cantidad del sangrado.

Posición en el parto

A partir de la misma experiencia de las parteras en sus propios partos y en la atención a las mujeres, se reflexiono sobre las preferencias de las mujeres acerca de la posición a la hora del parto. No se dieron indicaciones alrededor de una posición en particular, reconociendo el derecho de la mujer a elegir la posición en el momento del parto.

Condiciones de la criatura al nacer

Esta parte de la ficha no es satisfactoria; mas que un problema de capacitación, lo que resulta es un problema relacionado a las modalidades de recolección de los datos. Esto nos alentó a la modificación del dato en la nueva ficha.

Traslados

No siempre es posible en las situaciones problemáticas por múltiples causas como las dificultades de transporte, las condiciones de los caminos en las épocas de lluvia, problemas económicos y a veces resistencia de la familia a recurrir a la atención hospitalaria. Para enfrentar estas situaciones se empezó un proceso de sensibilización alrededor de la alta incidencia de la morbi-mortalidad materna y perinatal, sus causas y prevención. El papel de la partera en la educación sanitaria de las mujeres es de enfatizar la necesidad de la solidaridad en las comunidades frente a los momentos de traslado.

Por otro lado, las informaciones disponibles sobre los casos de traslado (así como en los casos de muerte perinatal) son actualmente insuficientes; las capacitadoras tiene que comprometerse en la búsqueda de información por parte del hospital sobre la evolución de la mujer y de la criatura en caso de traslado, y de profundizar con la partera involucrada en el evento los casos de fallecimiento ocurridos a domicilio.

Esto nos motiva a la aplicación de un cuestionario en los casos de muertes y traslados pero además a visitar al domicilio a algunas de las mujeres atendidas por las parteras para conocer directamente los éxitos del embarazo-parto y puerperio.

Conclusiones

El proceso de capacitación desarrollado en el periodo estudiado con las parteras ha permitido documentar la experiencia y valorar en cierta medida la calidad de la atención al parto que brindan las mujeres.

Además la sistematización constante de los partos atendidos permite evaluar en el tiempo los efectos de la capacitación, conscientes que los cambios están relacionados con múltiples factores y se efectúan también a largo plazo.

La experiencia nos demuestra que esto es posible solamente a través de un proceso de capacitación y evaluación sistemático en el tiempo, con objetivos claros y estrategias que permitan un apoyo y seguimiento constante a las actividades que las parteras desarrollan estableciendo también un momento de trabajo en sus mismas comunidades. Esta modalidad de capacitación permite además desarrollar investigaciones de tipo participativo, partiendo de la realidad que viven las mujeres para poderla transformar. (bibliografía 3)

Observamos de los resultados que:

- Muchas mujeres sobre todo del campo no reciben atención durante el embarazo y muchas paren solas.
- Muchas son las mujeres que NO acuden a los servicios de salud, y las parteras representan, en particular en la zona rural, las figuras de referencia. Esto hace necesaria una capacitación que contemple el reconocimiento de parte de las parteras de los factores de riesgo y signos de alarma durante el embarazo que les permita actuar de forma apropiada y referir a las mujeres a los centros de salud.
- Contemporáneamente se requiere una estrategia de capacitación hacia las mujeres que les permita conocer su cuerpo y poder decidir cuantas hijas/os tener, a partir de conocer sus derechos reproductivos.
- La mayoría desconocen su cuerpo, cómo funciona, no recuerdan la fecha de la última regla y tampoco conocen el calendario. Estos factores sumados a un estado nutricional carente desde la infancia, a la alta paridad, periodo intergenésico cortó, dificulta en ellas y en las parteras el reconocimiento de la época gestacional.

- En relación a las emergencias observamos que la hemorragia, las presentaciones anómalas y la calentura son los problemas que más afectan. Si bien es cierto se observa una mayor conciencia de las parteras hacia la importancia del traslado, la hemorragia en nuestro país representa la primera causa de Muerte Materna.
- Reconociendo las dificultades en un traslado inmediato, este problema requiere una definición de criterios en el momento de la atención, podría ser la aplicación de Oxitocina IM en la tercera etapa del parto como medida preventiva de la hemorragia post-parto, previa capacitación y seguimiento.
- En general observamos que todos estos problemas afectan prevalentemente a las mujeres de la zona rural, que es la más inaccesible a los servicios de salud. El trabajo de terreno realizado en estos años, a través de los encuentros informativos y brindando a las mujeres el seguimiento del embarazo y respuesta a las demandas de planificación nos ha demostrado que las mujeres acuden a los servicio si estos están cerca de ellas.
- Los datos de morbilidad, morbilidad materna y perinatal, son significativamente reducidos teniendo en cuenta la formación de las parteras en relación a la formación profesional u universitaria de médicos/as, especialistas y/o enfermeras/os obstetras que desarrollan su actividad en instituciones oficiales, donde frecuentemente se reportan elevadas cifras de morbi-mortalidad materna y perinatal.
- En general valoramos positiva la capacitación desarrollada con las parteras y las mujeres, el trabajo constante nos permitió empezar a analizar los problemas de salud integral de la mujer y buscar juntas alternativas y respuestas; por ejemplo qué hacer ante una mujer maltratada, o cuando decide o no seguir con su embarazo, como enfrentar las situaciones de emergencia y como brindar mejor atención a la mujer.
- Las parteras al comienzo tenían miedo en reportar los problemas y las muertes que ocurrían, por el temor a la critica, (este temor ha podido influir al inicio del trabajo en un subregistro de problemas reportados por las parteras en sus hojas de registro), al desprestigio y por el hecho de no ser respetadas ante la mayoría del personal de salud. El poder analizar la historia favoreció entender las múltiples causas que están relacionadas con los problemas que ocurren.
- Lo mas importante para nosotras, es que la capacitación sea a partir del vivir y sentir de las mujeres para que pueda incidir en la transformación de la condición de subordinación de las mujeres en la sociedad y favorezca la solidaridad entre mujeres. Las parteras y nosotras como mujeres, vivimos también esta subordinación y en el mismo tiempo ejercemos un rol de profesionales en relación hacia otras mujeres.
- Solamente a través de un trabajo sistemático, que parte de la realidad de las mujeres, de los niveles de aprendizaje, que eleve la capacidad técnica y la conciencia de género de las parteras como mujeres podremos hacer propuestas y desarrollar políticas inmediatas que aporten a la disminución de la morbi mortalidad materno infantil.

Anexo 1

Ficha 1
ANEXO # 1

Registro en la atención del Parto

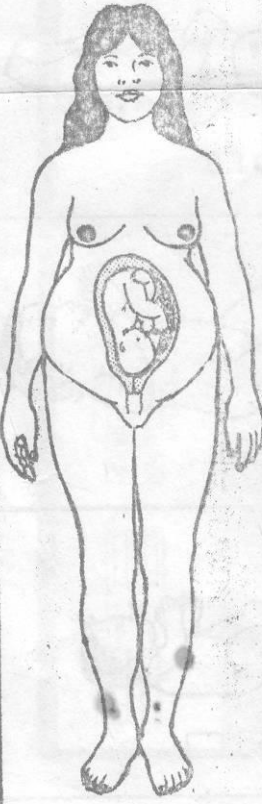
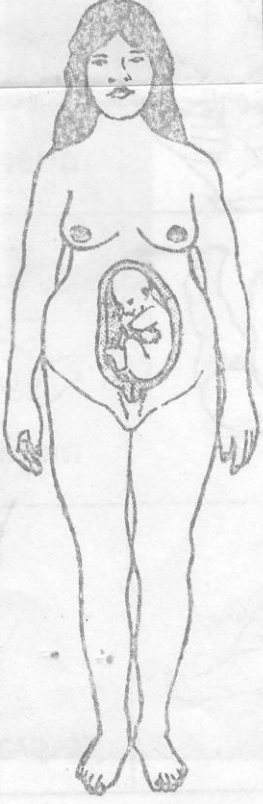
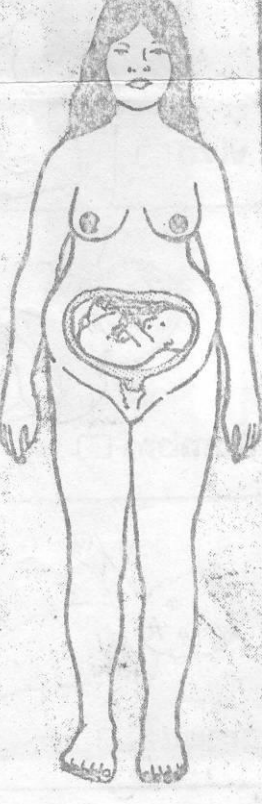

Nombre de la madre _____

Fecha del Parto _____ Hora de Parto _____

Dirección _____

Nombre de la Partera _____

El tierno venía:

de cabeza <input type="checkbox"/>	de nalgas <input type="checkbox"/>	atravesado <input type="checkbox"/>	gemelos <input type="checkbox"/>
			

<p>La madre perdió</p>	 <p>poca sangre <input type="checkbox"/></p>	 <p>mucha sangre <input type="checkbox"/></p>
<p>La madre después del parto quedó</p>	 <p>sana <input type="checkbox"/></p>	 <p>enferma <input type="checkbox"/></p>
<p>El niño nació</p>	 <p>vivo <input type="checkbox"/></p>	 <p>muerto <input type="checkbox"/></p>
<p>El niño es</p>	 <p>hombre <input type="checkbox"/></p>	 <p>mujer <input type="checkbox"/></p>
<p>El niño es</p>	 <p>grande <input type="checkbox"/></p>	 <p>pequeño <input type="checkbox"/></p>

Anexo 2

REGISTRO EN LA ATENCION DEL PARTO ANEXO #2

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____

Fecha del Parto: _____ Hora del Parto: _____

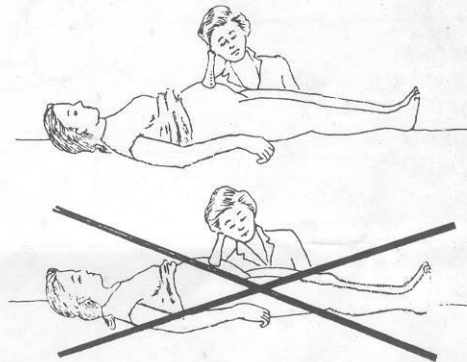
Dirección: _____

Nombre de la Partera _____

N. Hijos vivos _____ muertos _____
Abortos _____ Cesarea _____
Control por Partera Si _____ No _____

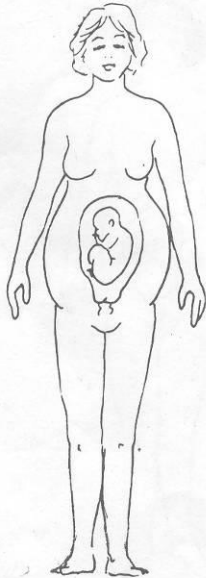
CONTROL PRENATAL

Si _____ No _____ Cuantos _____



EL TIERNO VENIA

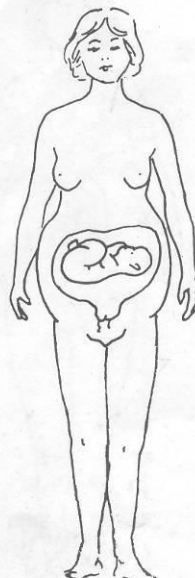
De Nalga _____



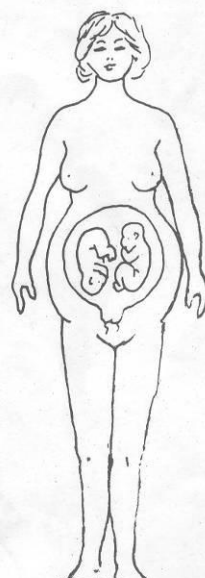
De Cabeza _____

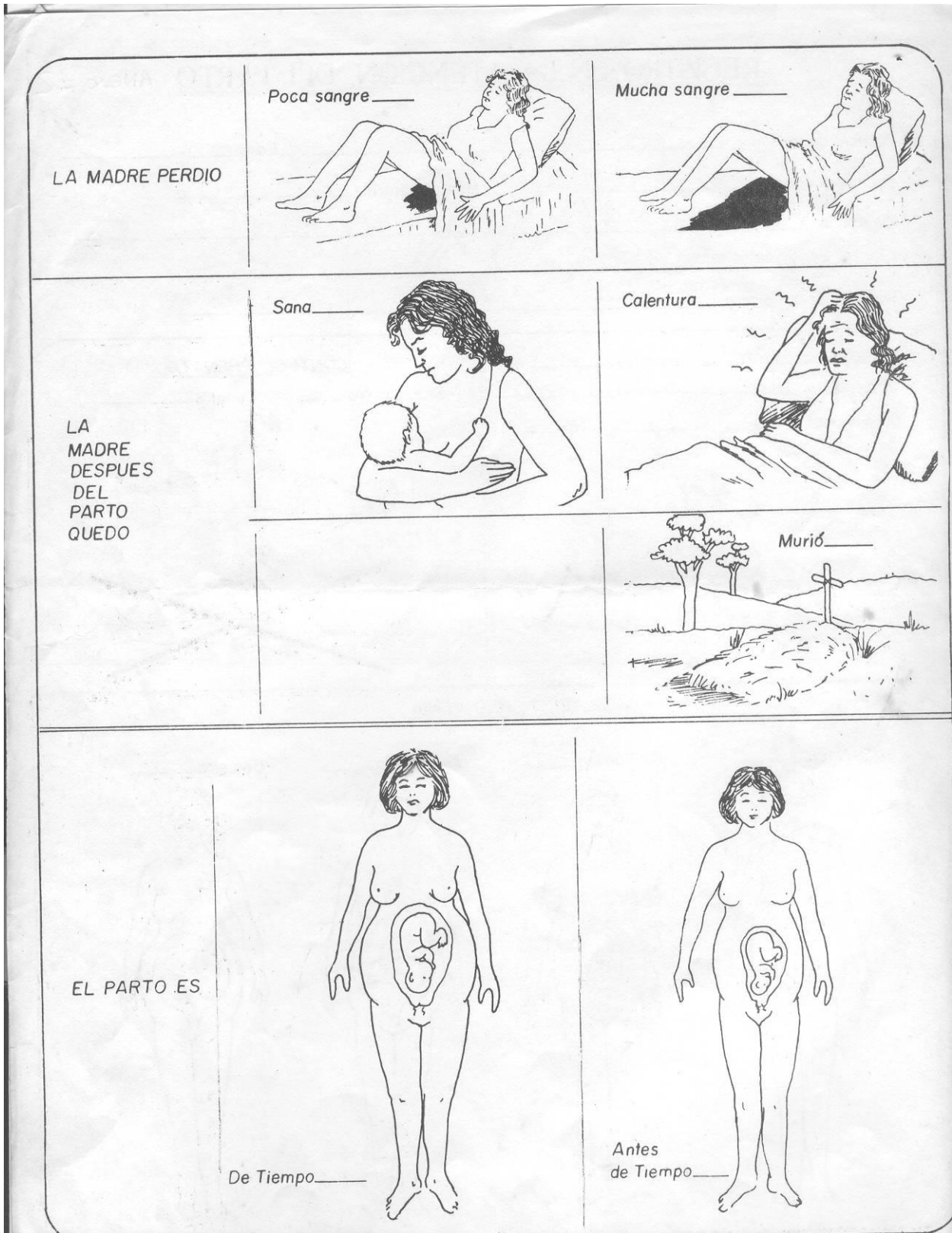






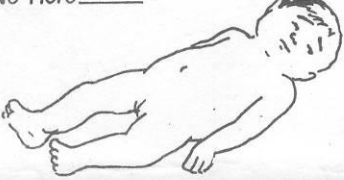
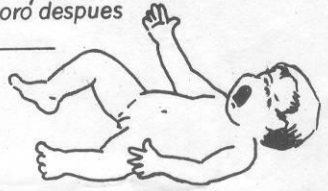






Atravezado _____



Gemelos _____





EL NIÑO NACIO	Vivo _____ 	Muerto _____ 
EL NIÑO NACIO	Sano _____ 	Enfermo _____ 
EL NIÑO AL NACER	No lloró _____ 	Lloró despues _____ 
EL NIÑO ES	Hombre _____ 	Mujer _____ 
EL NIÑO ES	Grande _____ 	Pequeño _____ 
EL NIÑO PESA	Más de 5 Libras _____ 	Menos de 5 Libras _____ 

COMPLICACIONES EN EL PARTO



Ataques _____



Hemorragia _____



Se rompió la fuente antes del Parto



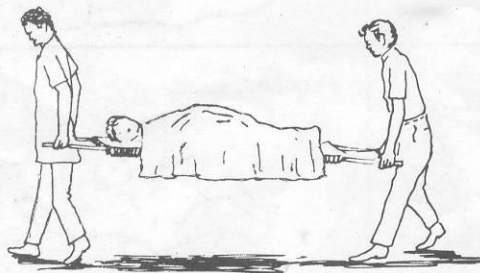
No sale el niño _____



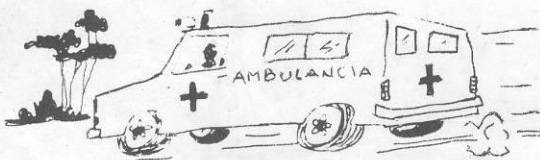
No sale la Placenta _____

TRASLADO AL HOSPITAL

Si _____ No _____



Comentario:



Anexo 3

Anexo n° Ficha n° 3

Registro en la atención del parto ANEXO #3



Nombre de la mujer _____ Edad _____

Fecha del parto _____ Hora _____

Domicilio _____

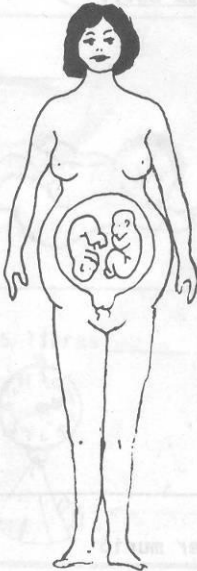
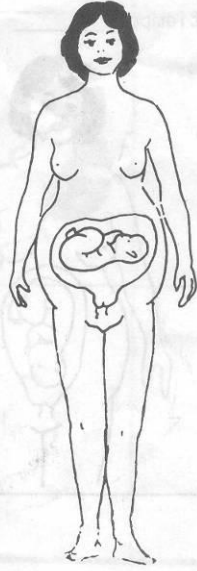


N.de hijos vivos _____ Muertos _____ Abortos _____ Cesáreas _____




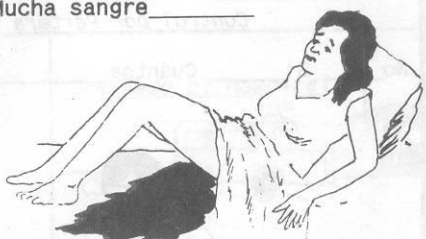


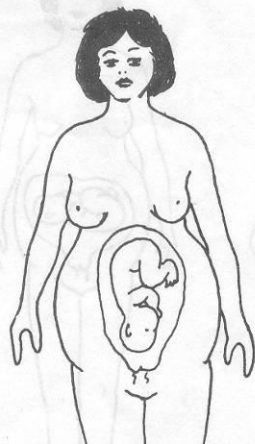
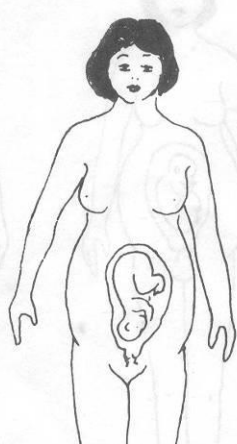
Nombre de la partera _____


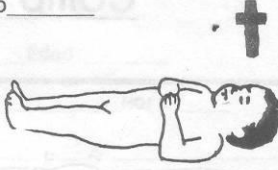



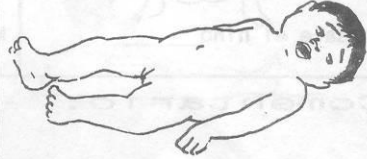
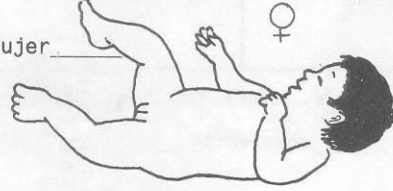





<p><u>Control por Partera</u></p> <p>No _____ Si _____ Cuántos _____</p> 	<p><u>Control en el Centro de Salud</u></p> <p>No _____ Si _____ Cuántos _____</p> 
---	--

El tierno venia

De nalga _____ De cabeza _____ Atravesado _____ Gemelos _____










<p><i>La mujer parió</i></p>	<p>Acostada _____</p> 	<p>Otra posición _____</p> 
<p><i>La mujer perdió...</i></p>	<p>Poca Sangre _____</p> 	<p>Mucha sangre _____</p> 
<p><i>La mujer después del parto quedó...</i></p>	<p>Sana _____</p> 	<p>Calentura _____</p> 
<p><i>El parto es...</i></p>	<p>De tiempo _____</p> 	<p>Antes de tiempo _____</p> 
<p>La mujer murió</p>		

<p><u>El tierno nació</u></p>	<p>Vivo _____</p> 	<p>Muerto _____</p> 
<p><u>El tierno nació</u></p>	<p>Sano _____</p> 	<p>Ahogado _____</p> 
<p><u>El tierno al nacer</u></p>	<p>Lloró _____</p> 	<p>Lloró después de 5 minutos _____</p> 
<p><u>El tierno es</u></p>	<p>Mujer _____</p> 	<p>Hombre _____</p> 
<p><u>El tierno es</u></p>	<p>Grande _____</p> 	<p>Pequeño _____</p> 
<p><u>El tierno pesa</u></p>	<p>Más de 5 libras _____</p> 	<p>Menos de 5 libras _____</p> 

Complicaciones en el parto

 <p>Ataques _____</p>	 <p>Hemorragia _____</p>	 <p>Se rompió la fuente y no empiezan los dolores _____</p>
 <p>No sale el niño _____</p>	 <p>No sale la placenta _____</p>	<p><u>Traslado al hospital</u></p>  <p>Si _____ No _____</p>

Comentario:

Colectivo de Mujeres de Matagalpa, del Banco Inmobiliario 2 ½ cuadra al este, Matagalpa en coordinación con el MINSA, Area III

Anexo 4

Hoja de seguimiento a la mujer embarazada, en el parto y puerperio

Nombre de la mujer _____

Edad _____ Comunidad _____ Departamento _____

Hijos vivos _____ Muertos _____ Abortos _____ Cesárea _____

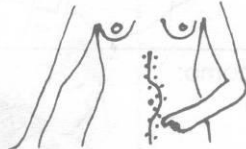



La mujer vive sola _____ Sabe leer y escribir _____ Fecha del último parto _____

Fecha de la última regla _____ Fecha esperada del parto _____

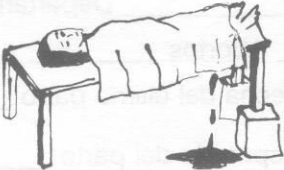

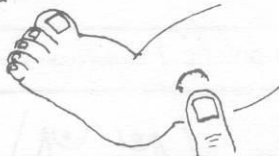



Nombre de la partera _____

Seguimiento de la mujer embarazada

Haga las siguientes preguntas a la mujer embarazada, si en alguna contesta que sí..., quiere decir que **tiene un factor de riesgo**.

		Escribe si o no	
		SI	NO
¿ Tuvo problemas en el embarazo, parto o puerperio anterior? <small>Escriba cuales en comentarios</small>			
¿ Fue operada en el parto anterior u operada del vientre en los últimos dos años ?			
¿ Es muy joven o muy mayor y es primeriza ?			
¿ Tiene 5 hijos o más ?			
¿ Es muy gorda o flaqueta enferma ?			
Todas las mujeres que presentan uno de estos problemas deben parir en el hospital			


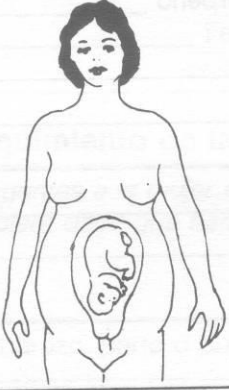
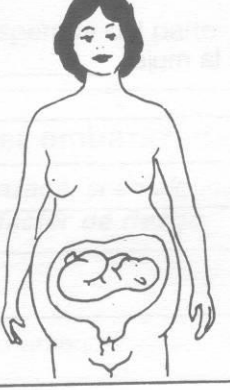
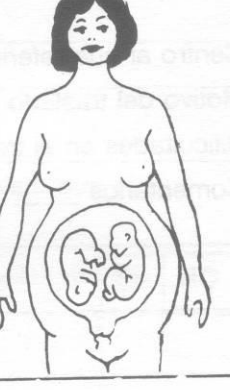
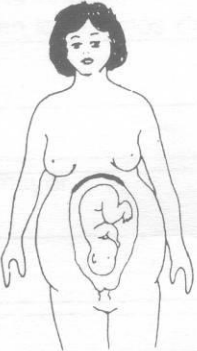





Recuerde: Toda mujer embarazada debe hacerse por lo menos 2 controles prenatales sobre todo en los últimos meses

Si una mujer presenta uno de estos problemas				
Fecha del control				
Hemorragia 	Escribe en los recuadros SI o NO			
Dolor de cabeza con chisperio 				
Inflamada de la cara manos y pies 				
Enfermedad grave como: azúcar en la sangre tuberculosa asma, fiebres ataques 				
La criatura no se mueve y antes se movía 				
Dolor en el alto vientre en forma de faja que rodea 				
Todas las mujeres que presenten estos problemas deben ser REFERIDAS al centro de salud u hospital				
La mujer se controla en el centro de salud SI ____ NO ____ Cuántos controles ____ Problemas encontrados _____ Recibió alguna vacuna contra el tétanos SI ____ Cúantas _____ NO ____				


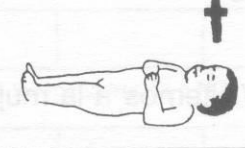

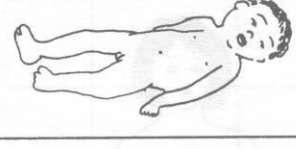
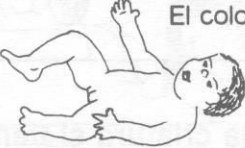
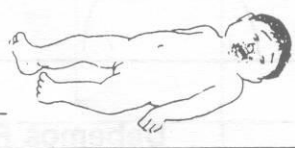


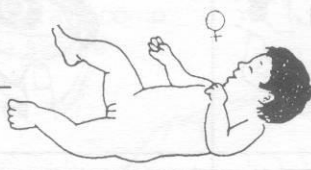


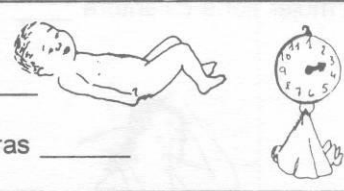
Atención a la mujer en el parto

Fecha del parto _____ Hora del nacimiento _____

Atendido por _____ Casa _____ Hospital _____

El tierno venía			
De nalga _____	De cabeza _____	Atravesado _____	Gemelos _____
			
El parto es ...			
De tiempo _____		Antes de tiempo _____	
La mujer parió			
Acostada _____		Otra posición _____	
La mujer perdió			
Poca sangre _____		Mucha sangre _____	

Atención a la criatura


La criatura nació	
Viva _____ 	Muerta _____ 
La criatura nació	
Activa _____ 	Floja _____ 
El color de la criatura al nacer era	
Rosada _____ 	Pálida _____ o moradita _____ 
La criatura al nacer	
Lloró _____ 	Le costó arrancar el llanto _____ 
La criatura es ...	
Mujer _____ 	Hombre _____ 
La criatura es ...	
Grande _____ Más de 5 libras _____ 	Pequeña _____ Menos de 5 libras _____ 

Complicaciones en la mujer durante el parto


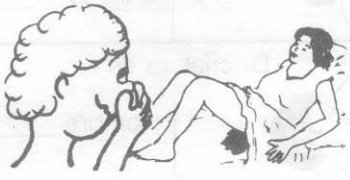


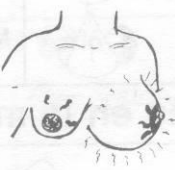


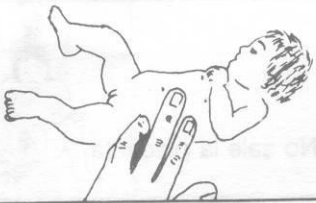

 Ataques	 Hemorragia	 Se rompió la fuente y no empiezan los dolores
 No sale la criatura	 No sale la placenta	 Sale la mano o _____

Seguimiento a la mujer y a la criatura después del parto (Puerperio)

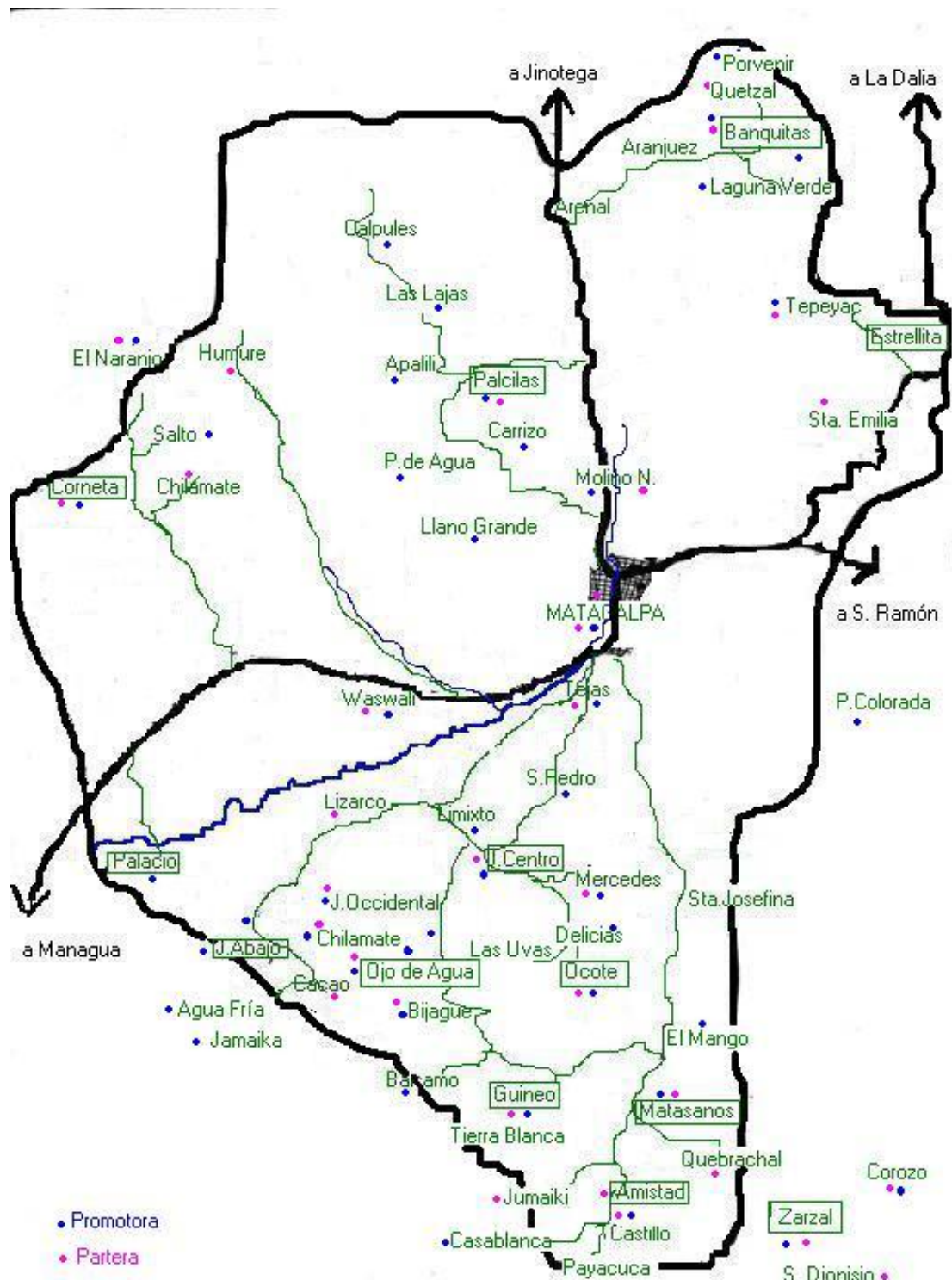
Visitemos a la mujer y a la criatura por una semana después del parto

<p>La mujer está sana _____</p> 	<p>La criatura está sana _____</p> 	<p>Le da el pecho SI ___ NO ___</p> 
---	--	---

Debemos REFERIR a la mujer o a la criatura si tiene

<p>Si la mujer tiene mucho sangrado _____</p> 	<p>El sangrado hiede mal _____</p> 	<p>La mujer está muy pálida _____</p> 
<p>La mujer tiene calentura _____</p> 	<p>Tiene el pecho rajado, hinchado, caliente y doloroso _____</p> 	<p>La mujer tiene ataques _____ u otra enfermedad _____</p> 
<p>La criatura tiene el ombligo que supura, infectado _____</p> 	<p>La piel muy amarilla _____</p> 	<p>Los ojos infectados con pus _____</p> 

Anexo 5



Muertes maternas

Anexo 6

Primera Historia

Una mujer M.Y.P.R proveniente de la comarca Quebrachal, Matasanos, tenía 20 años de edad, analfabeta, era su primer embarazo.

De la historia contada por la partera la mujer había sido violada por un hombre de la comunidad, y al quedar embarazada la abandono.

Durante el embarazo la mujer fue recluida todo el tiempo en su casa, los familiares llamaron a la partera hasta el momento del parto, que llego cuando la criatura ya había nacido, apoyando a la mujer solamente en la expulsión de la placenta.

La partera que atendió el parto esta actualmente en proceso de alfabetización y es una de las que reporta entre 10-25 partos al año.

El parto ocurrió el 30.3.91 y la mujer fue trasladada al hospital de Matagalpa el 3.4.91. Según la referencia de la partera la mujer presentaba dolor de cabeza, edema en los pies, diarrea y que quedo como "desmentizada".

El expediente clínico del hospital reporta que la mujer había presentado en el domicilio un aumento de la temperatura, diarrea, la valoración médica a la llegada al hospital fue: disuria, edema de miembros inferiores, fiebre, trastornos de la conducta. No se encontró diagnostico obstétrico.

El tratamiento indicado fue: Dextrosa, Penicilina Cristalina, Gentamicina, Ampicilina, Amikacina, Diazepam, Clordiacepoxido y transfusión de sangre. En fecha 8.4 se indico traslado al hospital psiquiátrico de Managua, los familiares se negaron y la mujer egresa el 11.4 con el diagnóstico de "Puerperio patológico, psicosis puerperal". En ninguna parte del expediente aparece la historia de cómo había vivido el embarazo la mujer y si había presentado problemas, ni mucho menos referencia a la violación.

Tampoco puede comprenderse la necesidad de utilizar 4 antibióticos de amplio espectro para tratar la "psicosis puerperal"

La mujer falleció en el domicilio el 19.4.1991 a los 20 días después del parto.

Segunda Historia

Anexo 7

P.R. proveniente del barrio Sta. Teresita, Matagalpa, tenía 20 años de edad, en su primer embarazo, alfabeto, casada.

El parto fue al término del embarazo, en el domicilio de la partera, en el barrio Totolate, que está ubicado a 5-10 minutos de hospital.

La partera que atendió el parto es una de las que tiene más experiencia (más de 25 partos al año) y es alfabetizada. De la historia de la partera el parto fue normal y la placenta era completa. La mujer presentó luego dolor en el vientre, por lo que los familiares junto a la partera decidieron trasladar a la mujer al hospital. Al poner a la mujer en la camilla la partera observó el sangrado abundante.

El traslado ocurrió en las primeras dos o tres horas después del parto. El relato del marido de la fallecida es similar al de la partera.

El expediente clínico consta de una hoja donde se reportan los parámetros vitales en cero y como diagnóstico "sangrado abundante coagulado".

Reconocemos en este caso una falta de responsabilidad de la partera en valorar la cantidad de sangrado en el parto y el estado de la mujer que le hubiera emitido una atención oportuna. Hay que señalar que esta partera participa de forma irregular en la capacitación. Igualmente el expediente clínico no reporta suficiente información que nos permita analizar las causas.

Material elaborado durante el proceso de capacitación con las parteras

- 1) *Con nuestras propias palabras*
Cartilla de alfabetización para mujeres
- 2) *Dando y transformando vida*
Manual de atención al embarazo, parto y puerperio de la serie "Es con vos mujer"
- 3) *Conociendo nuestra realidad de mujeres*
Investigación participativa 1992
- 4) *Con nuestras propias palabras, 1991*
Sistematización de la experiencia de alfabetización – capacitación con parteras
- 5) Documento preliminar del "Manual práctico para parteras" 1992
- 6) *La menstruación*
Manual de la colección "Es con vos mujer" tercera edición 1993
- 7) Investigación sobre Mortalidad Materna en Matagalpa
- 8) Cómo aprendí a ser partera
- 9) Hojas de registro de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio