

**Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Salud Pública
Maestría en Epidemiología
2015 – 2017**



Tesis

Factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el período de enero a septiembre del año 2016

Doctor: José Mauricio Ramírez

Previa opción al grado de Master en Epidemiología

Asesor de Tesis

Dra. María Félix Rivera

Tegucigalpa, M.D.C

Septiembre 2016

Autoridades de la UNAH y de la Facultad de Ciencias Médicas

Rector

Dr. Francisco José Herrera Alvarado

Secretario General

Abogada Enma Virginia Rivera

Directora de Investigación Científica y Posgrados

Dr. Leticia Salomón

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

Dr. Marco Tulio Medina

Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas

Dr. Jorge Alberto Valle

Coordinadora General de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas

Dr. Octavio Sánchez

Coordinador de la Maestría en Epidemiología

Dr. Mario René Mejía

Jefe del Departamento de Salud Pública

Ana Lourdes Cardona, MD

Dedicatoria

A mi madre, esposa e hijos,
por inspirarme a ser cada día mejor

Tabla de contenido

I.	Resumen ejecutivo	1
II.	Introducción	3
III.	Planteamiento del Problema	4
IV.	Justificación del problema.....	7
V.	Objetivos de investigación	8
VI.	Marco teórico.....	8
VII.	Hipótesis.....	20
VIII.	Operacionalización de las variables	21
IX.	Metodología de la investigación	22
1.	Tipo de estudio.....	22
2.	Población y muestra.....	22
3.	Área geográfica o ámbito de investigación.....	23
4.	Criterios de inclusión y exclusión	24
5.	Procedimiento	24
6.	Recursos humanos y materiales.....	24
7.	Consideraciones éticas y consentimiento informado	25
8.	Procesamiento de datos.....	26
9.	Plan de análisis de Datos.....	26
X.	Resultados.....	27
XI.	Discusión.....	33
XII.	Conclusiones.....	35
XIII.	Recomendaciones	36
XIV.	Bibliografía	37
XV.	Anexos	38
Anexo 1.	Aprobación por comité de ética.....	38
Anexo 2.	Consentimiento y asentamiento Informado.....	40
Anexo 3.	Instrumentos de recolección de información:.....	43

I. Resumen ejecutivo

Coherente con la política de Estado respecto a la importancia de reducir la mortalidad materna e infantil, es trascendental investigar las determinantes que influyen en las mujeres de áreas rurales para optar por un parto en la comunidad o por un parto institucional, ya que es bien conocida la relación de parto comunitario y procedencia rural de mujeres embarazadas y muerte materna, sobre todo cuando el país maneja preliminarmente una razón de mortalidad de 73 por 100,000 mil nv.

Con base a lo anterior, se realizó una investigación para identificar los factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca. Dicha investigación se planteó tres hipótesis:

1. La proporción de parto comunitario es igual a la proporción de parto institucional independientemente de factores personales.
2. La ocurrencia del parto en la comunidad en las mujeres en edad fértil de los municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca no está asociado a factores de acceso a servicios de salud.
3. La ocurrencia del parto en la comunidad en las mujeres en edad fértil de los municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca está asociado a factores socio económicos.

Se realizó un estudio analítico, de casos y controles, definiendo como caso a toda mujer en edad fértil (MEF) residente del Municipio de Curaren, Alubaren o Reitoca, cuyo último parto fue comunitario y se produjo entre los meses de enero a diciembre del año 2016. Por otro lado, los controles se definieron como mujer en edad fértil residente en la misma área geográfica con antecedente de parto institucional producido en el mismo período

El tamaño muestral se obtuvo a través del programa Open Epi V3, se usó una significancia de 5%, un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%. Según el cálculo obtenido el tamaño de muestra requerido fue de 300 MEF con antecedente de parto entre los meses de enero a diciembre 2016. Con una relación de caso/control de 1:4. El programa estableció que 60 MEF con parto comunitario y el grupo control de 240.

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de ética del Departamento de Docencia e Investigación Del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Los dos criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: Mamá seleccionada que firmó el consentimiento informado y mamá seleccionada menor de 18 años con aprobación de la pareja y en su defecto del cuidador. Los criterios de exclusión fueron: Mamá con menos de un año de vivir en la comunidad, mamá que no firma el consentimiento informado. (No desea participar en la investigación) y mamá mentalmente discapacitada.

La información fue recolectada por medio de la técnica de entrevistas utilizando un instrumento tipo encuestas con preguntas cerradas

Los resultados mostraron que las madres primigestas en comparación con las que ya tuvieron uno o más hijos, las madres con menos de cuatro hijos en comparación con las madres multíparas y las madres que asistieron a la escuela en comparación con las que nunca asistieron a la escuela muestran mayor preferencia para tener el parto en un Hospital o Clínica Materno Infantil.

De igual forma se encontró que las madres que recibieron al menos cinco atenciones prenatales, o elaboraron un plan de parto, o participaron en al menos tres reuniones en el club de embarazadas, tuvieron preferencia para realizar el parto en un Hospital o una Clínica Materno Infantil.

Un valor agregado de la presente investigación es que representa una de las primeras evidencias a nivel de país, (aunque tampoco se encontró literatura a nivel de la Región), que muestran relación entre la elaboración de plan de parto y participación en club de embarazadas con el parto institucional.

Un factor de riesgo identificado, que favorece la ocurrencia de parto comunitario es tener el antecedente de parto anterior en la comunidad.

II. Introducción

La presente investigación: factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el período de enero a septiembre del año 2016, se realizó en el marco de la tercera promoción de la maestría en Epidemiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, periodo 2015 – 2017. La investigación tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario para fortalecer las estrategias en salud materno neonatal que implementan los proveedores de salud de la zona.

Conocer los factores que motivan a las mujeres a tener un parto comunitario es útil para las instituciones del estado como también a organizaciones privadas (ONG implementadoras de programas de salud materna) a fortalecer las estrategias que implementan para aumentar el parto institucional y así disminuir la probabilidad de muerte durante el parto tanto de la madre como del recién nacido.

El reporte contiene una primera sección que incluye datos regionales, nacionales y de la zona de estudio relacionados con la salud pre natal y durante el parto. Seguidamente se expone una justificación del problema y los objetivos de la investigación. Una cuarta sección del reporte está formada por el marco teórico, el cual es presenta evidencia existente y disponible vinculada con el tema en estudio. Posteriormente se presentan las hipótesis y la operacionalización de las variables de investigación. El reporte continua con una explicación detallada de las diferentes partes que conforman la metodología de investigación utilizada.

La información fue procesada en excel 2013, en la que originalmente se vació la base de datos y después transportada a EPI INFO versión 7 donde se realizaron los análisis y pruebas estadísticas que permitieron evidenciar factores de riesgo para un parto comunitario así como también factores protectores para partos institucionales.

III. Planteamiento del Problema

Evidentemente, existen factores que incrementan la preferencia de las familias por el parto comunitario, que a su vez, son barreras para la atención del parto institucional. La literatura describe dos principales factores, los personales y los estructurales o institucionales. Borda Villegas (2001), identificó como factores personales la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de “no unida”, el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario, la procedencia rural y el desconocimiento del riesgo de tener el parto en la comunidad. Por otro lado, dentro de los factores estructurales o institucionales se identifican: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, el temor a la episiotomía, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto, entre otros¹.

Según la encuesta nacional de demografía y salud (ENDESA 2011 – 2012) Honduras reporta una incidencia de partos comunitarios de 17%, entre estos nacimientos, el 14% fueron asistidos por parteras y 3% fueron asistidos por familiares o amigas. Sin embargo a nivel rural el porcentaje de parto comunitario aumenta en diez puntos porcentuales. No obstante, los porcentajes de partos comunitarios aumenta a 29% en mujeres de mayor edad (entre 35 y 49 años), 32% en mujeres que viven en zonas rurales, 49% en mujeres sin educación, 48% en mujeres en el quintil inferior de riqueza y 42% en multíparas (6+ orden de nacimiento). La atención de parto comunitario aumenta a medida que aumenta el orden de nacimiento: pasa del 8% entre los nacimientos primerizos al 42% entre los nacimientos de orden 6 o más. Por otro lado, mujeres con educaciones superiores y ubicadas en el quintil superior de riqueza presentan un porcentaje de parto institucional del 99% y 98% respectivamente. En Honduras, los Departamentos con Municipios más rurales reportan la mayor incidencia de parto comunitario: Departamento de Gracias a Dios (39%), Lempira e Intibucá es de 33%².

La atención de parto por personal calificado es de vital importancia, para la identificación de problemas y el inicio de tratamiento oportuno que es en muchos casos, la diferencia entre la vida y la muerte (World Health Organization 2012). Observaciones realizadas en los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, revelan que el parto comunitario está ligado a la distancia entre los servicios de salud y las comunidades de residencia de las mujeres embarazadas, a la falta de medios de transporte lo que disminuye el acceso a los servicios

de salud. Rosales et al (2006) encontró que el acceso a la utilización de los servicios de salud en la misma zona está comprometido por limitaciones geográficas, de conocimiento, y sociales. En estas municipalidades de la región Sur del Departamento Francisco Morazán solamente el 18.7% de las madres podrían utilizar algún medio de transporte vehicular desde su casa al Centro de Salud más cercano; del mismo modo el escaso empoderamiento de la mujer, donde solamente el 12.3% de madres tienen la capacidad para tomar la decisión de asistir al Centro de Salud en caso de una emergencia obstétrica, y solamente un 3.5% conocen al menos dos señales de peligro durante el embarazo³.

Los factores que determinan el acceso a la atención de parto por personal calificado son de importancia para la reducción de la mortalidad materna⁴. En uno de los primeros estudios empíricos sobre el efecto del acceso a la atención médica capacitada antes, durante, y después del parto sobre la mortalidad materna, Graham, Bell y Bullough (2001) encontraron que entre el 16% y el 33% de las muertes maternas podrían ser evitadas cuando personal capacitado atiende el parto. El estudio se limitó a solamente cuatro causas de la mortalidad materna durante el parto, pero el vínculo entre el acceso a servicios médicos y la salud fue claro⁵.

La mortalidad materna se usa como un indicador básico de salud materna, aunque represente el daño máximo, que es la muerte. Se ha calculado que por cada muerte materna, hay 135 casos de complicaciones o enfermedad⁶. En el mundo se estima que a diario mueren 1,500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Para el año 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536,000 muertes maternas. De todos estos casos, la mayoría pertenecía a los países en desarrollo, estas muertes pudieron evitarse en su mayor proporción⁷.

Si bien es cierto que la muerte materna se ha reducido en un 10% en la región centroamericana, morir durante el parto es la condena silenciosa a la que están sentenciadas anualmente miles de mujeres que viven en situación de pobreza. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el año 2015 fallecieron 977 mujeres durante el parto en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y la región mexicana de Chiapas. Al menos la mitad de estas madres, deberían de estar hoy vivas, junto a sus hijos y su familia. La mayoría de esas muertes eran evitables. Sin embargo, la falta de acceso a servicios sanitarios que sufre el 20 por ciento de las mujeres

más pobres de Mesoamérica las condena a tener el doble de posibilidades de morir durante el parto que el resto de mujeres de sus mismos países⁸.

La sociedad hondureña ha conseguido logros significativos en la reducción de las tasas de mortalidad materna, con relación a las existentes en la década de 1970 y antes. La cifra oficial de Mortalidad Materna de Honduras proviene de encuestas sobre Mortalidad en Mujeres en Edad Reproductiva (RAMOS por su sigla en inglés). En 1990 la mortalidad materna fue de 182 por cada 100.000 niños nacidos vivos (nv). En 1997, la mortalidad materna obtenida fue de 108, una reducción de 41 por ciento (Torres & Sequeira, 2003). Datos preliminares para 2010 muestran una razón de mortalidad materna de 73 por 100,000 nv, 32 por ciento por debajo de la cifra de 1997⁵.

El análisis de las muertes maternas en el período 2004-2006 determinó que éstas se deben a causas obstétricas directas (hemorragia 57%, trastornos hipertensivos del embarazo 23% y sepsis 10%), resultado de complicaciones del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones u omisiones en su manejo. Aunque la mortalidad materna afecta a todos los estratos sociales y económicos, ésta es mayor en mujeres multíparas, pobres, analfabetas y que residen mayormente en zonas rurales, lo que indica que la muerte o discapacidad son resultado de la situación de extrema desventaja en que se encuentran muchas mujeres en Honduras⁹. En otras palabras las mujeres con difícil acceso a Hospitales o Clínicas Materno Infantil para atención del parto son las que presentan mayor riesgo de morir durante el parto.

Las proyecciones programáticas realizadas por las autoridades locales de salud indican que para este año 2016 en los tres Municipios de estudio se esperan 1,144 mujeres embarazadas, de las cuales hasta el mes de junio se captó el 38%. El Municipio de Reitoca reportó un 48% de embarazadas nuevas en atención prenatal, mientras que Alubaren y Curaren reportaron un 34% y 38% respectivamente. Respecto a los partos se esperaban 972 para el mismo año, de los cuales a junio ya ocurrieron el 52%. La captación de partos por Municipio es mayor en el Municipio de Alubaren, seguido de Reitoca y Curaren con un porcentaje de 72%, 63% y 45% respectivamente. A pesar de las altas coberturas de captación de embarazadas y partos institucionales, según el sistema de vigilancia epidemiológica de la Región Departamental de Salud de Francisco Morazán, en los últimos tres años (2013- 2015) ocurrieron 4 muertes maternas directas por complicaciones

obstétricas ocurridas en la comunidad; una muerte ocurrió a los 40 días pos parto y las otras tres, ocurrieron al momento del parto. Lo anterior significa que para esta zona la razón de mortalidad materna en los últimos cuatro años fue de 111 por cada 100.000 n.v., es decir 38 puntos más que el promedio nacional.

IV. Justificación del problema

Coherente con la política de Estado respecto a la importancia de reducir la mortalidad materna e infantil, es trascendental investigar las determinantes que influyen en las mujeres de áreas rurales para optar por un parto en la comunidad o en casa o institucional, ya que es bien conocida la relación de parto comunitario y procedencia rural de mujeres embarazadas y muerte materna, sobre todo cuando el país maneja preliminarmente una razón de mortalidad de 73 por 100,000 mil nv, habiendo quedado lejos de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM5), “mejorar la salud materna” cuya meta era “reducir en Honduras para el año 2015 la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes de 182 a 46 por 100.000 nv⁵.

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud. Mientras los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta. Asimismo, es sensible para medir la inequidad existente por razones de ruralidad del país, la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas¹⁰.

La importancia de conocer por qué las mujeres no asisten a un parto institucional representa un reto para las autoridades de salud de los países en vías de desarrollo, ya que el parto en casa atendido por personal no calificado y sin las instalaciones físicas adecuadas constituye uno de las causas más importantes para que se produzcan muertes maternas e infantiles. Conocer los factores que motivan a las mujeres a tener el parto en casa servirá a instituciones del estado (Secretaría de Salud, Alcaldías, etc.) como también a organizaciones privadas (ONG implementadoras de programas de salud materna) a fortalecer las estrategias que actualmente implementan para aumentar el parto institucional y de esta manera disminuir la probabilidad de muerte durante el parto tanto de la madre

como del niño. También servirá a las mujeres en edad fértil que viven en zonas postergadas, pobres, con poco nivel escolar, ya que la adecuada socialización de los resultados de esta investigación permitirá mejorar los programas de salud materno infantil que los proveedores de salud ofrecen a ellas.

Otro elemento muy importante a considerar es que, para los recién nacidos, el parto en casa representa un riesgo. Según la OMS, la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil¹⁰.

V. Objetivos de investigación

El Objetivo general de investigación fue identificar los factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el período de enero a diciembre del año 2016.

Este objetivo se cumplió mediante el logro de los siguientes objetivos específicos:

Determinar las características socioeconómicas, demográficas de las mujeres que tuvieron su parto en la comunidad.

Determinar el acceso a servicios de salud en las mujeres con parto atendido en la comunidad.

VI. Marco teórico

El nacimiento corresponde al periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta. El proceso por el cual esto ocurre con normalidad se denomina trabajo de parto, un término que en el contexto obstétrico tiene varias connotaciones. De acuerdo con el New Shorter Oxford English Dictionary (1993), extenuación, incomodidad, sufrimiento y esfuerzo corporal excesivo, en especial cuando son dolorosos y arduos, son todos característicos del trabajo de parto y, por lo tanto, son parte del proceso del nacimiento¹¹.

En la mayor parte de los casos, el vértice del bebe ingresa a la pelvis de la madre con la sutura sagital en relación con el diámetro transversal de ese segmento corporal. El feto entra a la pelvis en una variedad occipito transversa izquierda (left occiput transverse, LOT) en 40% de los trabajos de parto y en la occipito transversa derecha (right occiput transverse,

ROT) en 20% (Caldwell et al., 1934). En las variedades occipito anteriores (left occiput anterior [LOA] o right occiput anterior [ROA]), la cabeza entra a la pelvis con el occipucio girado 45° hacia delante desde la posición transversal, o lo hace después. El mecanismo del trabajo de parto en estas variedades de posición suele ser similar¹¹.

Los cambios de posición de la parte que se presenta, necesarios para pasar a través del conducto pélvico, constituyen los mecanismos del trabajo de parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. Durante el trabajo de parto, estos movimientos no sólo son secuenciales, sino que también muestran gran sobreposición temporal. Por ejemplo, como parte del encajamiento ocurren tanto flexión como descenso de la cabeza¹¹.

Es imposible que los movimientos se completen a menos que haya un descenso simultáneo de la parte que se presenta. De manera concomitante, las contracciones uterinas causan modificaciones notorias de la actitud, o hábito, del feto, en especial después de que la cabeza desciende dentro de la pelvis. Estos cambios consisten sobre todo en una extensión fetal, con pérdida de la convexidad dorsal, y en un plegamiento mayor de las extremidades sobre el tronco. Como consecuencia, el ovoide fetal se transforma en un cilindro, y la estructura con dimensión transversal menor es la que de manera característica pasa a través del canal del parto¹¹.

El mayor impedimento para la comprensión del trabajo de parto normal consiste en reconocer su inicio. La definición estricta de trabajo de parto, presencia de contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino, no ayuda al clínico a determinar el comienzo real del trabajo de parto, ya que tal diagnóstico se confirma sólo en retrospectiva. Se pueden utilizar varios métodos para definir su inicio. El inicio se define como la hora del reloj en que las contracciones dolorosas se vuelven regulares. Infortunadamente, la actividad uterina que causa molestias pero que no representa un trabajo de parto real puede presentarse en cualquier momento del embarazo. El falso trabajo de parto suele detenerse de manera espontánea o puede avanzar en poco tiempo hasta la presencia de contracciones eficaces¹¹.

El lugar y tipo de atención del parto son importantes para asegurar la salud de la madre y niña o niño por nacer, asimismo, para determinar el acceso de la población a un servicio de atención de emergencia obstétrica en caso de alguna complicación¹².

Es así que según el lugar de nacimiento de recién nacido, el parto se clasifica en dos: parto institucional y parto comunitario. El primero es aquel parto atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetra o enfermera), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con uno comunitario¹². El segundo y para efectos de esta investigación fue aquel que se produjo afuera de una clínica materno infantil o sala de parto de algún Hospital ya sea este público o privado.

La Secretaría de Salud a través del documento “Normas nacional para la atención materno-neonatal” estableció en la norma 52, el procedimiento para la atención de un parto comunitario: El personal calificado de los servicios de salud brindará atención al recién nacido que nació en casa u otro lugar (parto comunitario) y que es llevado a la unidad de salud. Procedimiento:

1. Identificar signos de peligro en el recién nacido.
2. Realizar la referencia oportuna y en condiciones adecuadas para la atención especializada, si se identifica uno o más signos de peligro.
3. Si no encontró signos de peligro, se continúa con las acciones recomendadas a continuación.
4. Mantener al recién nacido limpio, seco, y abrigado.
5. Realizar un detallado examen físico para identificar malformaciones congénitas y otros problemas asociados.
6. Determinar edad gestacional.
7. Profilaxis ocular con gotas/ungüento de tetraciclina oftálmica, sulfacetamida o eritromicina oftálmica o en caso de encontrar infección iniciar tratamiento tres veces al día durante una semana; de ser posible tome muestra para cultivo de la secreción previo a la aplicación del ungüento.
8. Aplicar Vitamina K según dosis recomendada.
9. Iniciar esquema de vacunación BCG, de acuerdo a normas del PAI.
10. Promover la Lactancia Materna Exclusiva en los primeros seis meses de vida.

11. Identificar en la madre problemas para dar lactancia materna y mostrar la técnica correcta para el amamantamiento, asegurando una lactancia materna exitosa.
12. Promover que el recién nacido permanezca junto a su madre en alojamiento conjunto.
13. Promover que la madre realice los cuidados básicos: aseo diario, mantener ombligo limpio y seco, mantenerlo abrigado, lactancia materna exclusiva.
14. Promover la asistencia del recién nacido a las reuniones mensuales de AIN-C, para la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.
15. Educar a la madre para reconocer los signos de peligro en el recién nacido (mencionados anteriormente).
16. Educar a la madre, padre, familiares del recién nacido cuando debe volver a la unidad de salud si identifican algún signo de peligro en el recién nacido¹³.

La política nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) se propuso disminuir las tasas de mortalidad materna y del menor de cinco años a las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015, para ello contempló desarrollar 17 intervenciones dentro de las cuales se encontraban mejorar la atención prenatal, implementar estrategias comunitarias como los planes de parto, club de embarazadas y otras con el fin de disminuir el parto comunitario⁹.

Según las normas nacionales de atención materna neonatal vigentes, las atenciones prenatales deben ofrecerse de forma cordial, con una comunicación efectiva, obteniendo aspectos obstétricos, médicos y sociales específicos que orienten a la información de la condición actual de la embarazada, aclarando que la toma de signos vitales debe ser hecha o corroborada por el mismo proveedor que da la atención, además explica que el proveedor de los servicios de salud debe brindar cinco atenciones prenatales a toda embarazada que no tiene factores de riesgo y que no desarrolla complicaciones durante su embarazo: la primera atención en el momento de la captación, idealmente en las primeras 12 semanas, la segunda entre las 13 y 24 semanas, la tercera entre las 25 y 29 semanas, la cuarta atención entre las 30 y 35 semanas y la quinta atención entre las 36 y 40 semanas, después de esta última atención, el proveedor de los servicios de salud debe continuar el seguimiento semanal a la mujer después de las 37 o 38 semanas hasta el nacimiento del bebe y asegurar que la mujer llega al hospital para la atención de su parto. La elección del número y oportunidad de cada atención descrita anteriormente está basada en el

conocimiento de la epidemiología de los problemas maternos y perinatales más frecuentes, las posibilidades de diagnosticarlos, resolverlos o controlarlos¹³.

Otra de las intervenciones para disminuir el parto comunitario es la implementación de planes de parto, la cual es una estrategia comunitaria donde la mujer, su pareja y su familia preparan las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y el recién nacido, apoyados por el personal de salud, sociedad civil y comunidad organizada, el propósito es que la mujer embarazada, su pareja y su familia tomen con tiempo las decisiones para prevenir la demora en la atención del parto o complicación que puede ocurrir¹⁴. El plan de parto consiste básicamente en definir en una matriz, facilitada por el personal de salud, el lugar del parto, la persona que cuidará los hijos de la pareja y los bienes mientras la mujer va a realizar el parto, así mismo define la persona que la acompañará al lugar de parto y de qué manera se trasladará al mismo. La estrategia incentiva a la familia para que ahorre durante el embarazo para tener lo mínimo al momento del nacimiento del bebé así como también facilita mensajes claves sobre señales de peligro durante el embarazo parto y puerperio.

Los planes de parto contribuyen sustancialmente a disminuir dos de las tres demoras del modelo de Thaddeus y Maine¹⁵:

1. Primera demora: Las personas desconocen las señales de peligro y no sienten la necesidad de buscar ayuda.
2. Segunda demora: Las personas se retrasan en llegar a la unidad de salud (Accesibilidad geográfica, cultural y económica).
3. Tercera demora: La unidad de salud no está lista para brindar la atención con calidad y en forma oportuna.

Por otro lado, la implementación de club de embarazadas, también contribuye a la disminución de partos comunitarios. Los clubes de embarazadas consisten en una reunión preparada por el personal de una unidad de salud, para concentrar un día al mes a las embarazadas con fines educativos y clínicos. Durante este día se desarrollan una serie de actividades: atención a embarazadas, exámenes de laboratorio, especialmente en caso de unidades de salud que no cuentan con el servicio de laboratorio y que coordinan con otras unidades de salud cercanas trasladando el técnico quien aprovecha la reunión para la toma

de exámenes, se brindan charlas educativas sobre temas relacionados con el embarazo, parto, post parto, planificación familiar y cuidados del recién nacido, también se analiza con las embarazadas participantes en el club, los casos de embarazadas que tuvieron problemas y se enfatiza como prevenir dichas complicaciones¹⁶.

En algunas ocasiones se programan en las reuniones del club, actividades recreativas y se aprovecha para incentivar parteras y embarazadas. Ha habido experiencias de graduación de embarazadas, que consiste en una ceremonia para entrega de un diploma si la embarazada ha cumplido con el parto institucional¹⁶.

Es importante mencionar que la asistencia al club de embarazadas no sustituye las visitas programadas de control prenatal. Los clubes de embarazadas tiene como objetivo contribuir a: aumentar la captación de embarazadas y el número de atenciones por embarazada, contribuir a aumentar el número de embarazadas con exámenes de laboratorio, disminuir el parto comunitario, aumentar la captación de la puérpera antes de los 10 días, involucrar a la familia y a redefinir el rol de la partera¹⁶. En conclusión, contribuyen a disminuir la mortalidad materna y neonatal.

Toda estrategia del sistema de salud es incorporada al sistema de vigilancia epidemiológica, el cual debe ser capaz de generar evidencia para conocer la verdadera magnitud del problema y causas, lo que también proporciona elementos importantes en el diseño de intervenciones oportunas, efectivas y eficientes¹⁷. En este sentido la Secretaría de Salud cuenta con el sistema de vigilancia de la mortalidad materna, el cual operacionaliza y clasifica los diferentes conceptos de mortalidad materna.

En 1998 la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el componente del sistema de información de salud que facilita la identificación, notificación, determinación y cuantificación de las causas de mortalidad materna así como la probabilidad para su prevención en áreas geográficas y periodos determinados, con el objeto de contribuir en el desarrollo de las medidas necesarias para su prevención¹⁸.

La muerte de una mujer en edad fértil (MEF) puede clasificarse en tres grupos:

1. MEF que ocurrió durante el embarazo, parto y puerperio
2. MEF que ocurrió entre los 43 y 365 días después de la terminación del último embarazo.
3. MEF que no estaba embarazada, no era parturienta y no estaba puérpera.

Los casos de muertes de MEF se clasifican en la primera opción cuando se tenga evidencia de que se han revisado las diferentes fuentes de información que indiquen que la muerte ocurrió durante el embarazo, parto y puerperio. Para esto se han diseñado instrumentos que recolectan información y que permiten clasificarla como corresponde. En la segunda opción cuando se tenga evidencia en la revisión de diversas fuentes que indiquen que la muerte ocurrió entre los 43 y 365 de la terminación del último embarazo (muerte materna tardía). Considerando que el sistema de vigilancia de la mortalidad materna en Honduras solo ha registrado dos muertes maternas tardías en un periodo de 4 años, únicamente se identificaran y registrarán. Y en la tercera opción cuando se tenga evidencia en la revisión de diversas fuentes que indiquen que la MEF no estaba embarazada, no era parturienta y no estaba puérpera.^{18 19}

La muerte de una MEF que ocurrió durante el embarazo, parto, y puerperio (muertes relacionadas con el embarazo) se pueden clasificar en:

1. Muerte materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.
2. Muerte no materna se refiere a la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a causas accidentales o incidentales.

Según la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades (CIE- 10), las muertes maternas pueden clasificarse en muertes maternas obstétricas directas y muertes maternas obstétricas indirectas. La muerte obstétrica directa es la muerte materna que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de

omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Y la muerte obstétrica indirecta es la muerte materna que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.^{18, 19}

Por otro lado, según el momento obstétrico en que ocurrió el evento, la muerte materna puede clasificarse en muerte materna durante el embarazo, muerte materna durante el parto y muerte materna durante el puerperio. La muerte materna durante el embarazo es la muerte que ocurre antes del inicio del trabajo de parto (Incluso aunque hubiera rotura de membranas pero sin que se iniciara la labor del parto), la muerte materna durante el parto es la que ocurre a partir del inicio del trabajo del parto y hasta la expulsión o extracción de la placenta, y la muerte materna durante el puerperio sucede después de la extracción o expulsión de la placenta y hasta los 42 días de la terminación del embarazo inclusive.^{18, 19}

Según el sitio donde ocurre el evento la muerte materna se clasifica en institucionales y comunitarias. La muerte materna institucional es la que ocurre en una unidad de salud (pública y privada) como ser: Hospital, Clínica Materno Infantil y otros. Incluye las muertes en cualquier área de un hospital, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada de la paciente y su muerte. Las muertes maternas que ocurran en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención se considerarán muertes institucionales. La muerte de una paciente referida desde una unidad de salud hacia un hospital y que ocurre dentro de una ambulancia u otro medio de transporte es considerada una defunción Institucional. En estos casos la muerte es asignada a la unidad de salud que la refiere y es notificada e investigada por ésta. La muerte materna comunitaria incluye a las muertes que ocurren en el hogar y en el camino del hogar a un hospital o unidad de salud.^{18, 19}

Finalmente, según evitabilidad las muertes maternas se pueden clasificar como muertes maternas prevenibles o evitables, potencialmente prevenible y no prevenible o no evitables. La muerte materna prevenible o evitable es aquella que sucede debido a un manejo inadecuado, descuido en su atención institucional, diagnóstico incorrecto, falta de recursos materiales o humanos para su atención y también debido a problemas a nivel individual familiar y comunitario (toma de decisiones, transporte, acceso a servicios, factores

socioculturales y barreras). La muerte materna potencialmente prevenible es aquella que presenta una patología grave en la que se hizo un diagnóstico y un tratamiento según la norma pero tardío y la muerte materna no prevenible o no evitable ocurre a pesar de un diagnóstico y tratamiento adecuado.^{18, 19}

Las muertes maternas se originan por complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de estas complicaciones aparecen durante la gestación y son prevenibles; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer²⁰.

La principal causa de muerte materna es la hemorragia, que se produce después del alumbramiento. Constituye una emergencia obstétrica con alto riesgo de morbilidad (1/3 de mortalidad materna en este período). Es de suma importancia para el médico prevenir, reconocer y tratar esta patología. Se puede presentar como hemorragia, generalmente externa, o como cuadro de shock hemorrágico²¹.

Etiología: La causa más frecuente es la inercia uterina, que consiste en la disminución de la actividad contráctil del útero lo que influye en el desprendimiento y expulsión de la placenta y determina una falla en la hemostasia del lecho placentario, la segunda causa más frecuente de sangrado es desgarros del canal y retención de restos ovulares. Menos frecuentes son la inversión uterina y coagulopatías. Los factores de riesgo asociados a las hemorragias son: sobre distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía), antecedentes de hemorragia post-parto, multiparidad, trabajo de parto prolongado, infección ovular, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, miomas uterinos, parto con fórceps, tratamiento anticoagulante, coagulopatías uso de tocolíticos, partos precipitados, y cesárea²¹.

Según el momento de aparición del sangrado se clasifica en precoz, dentro de las primeras 24 horas y tardía si se produce desde 24 horas hasta 6 semanas post-parto. El tratamiento consiste en reponer volumen, monitorizar signos vitales, controlar diuresis, oxitocina 100-500 u/min. 20-40 u en 1000cc de suero glucosado al 5%, metergin, 0.2 mg IM, misoprostol comprimido de 200 ug vía rectal, identificar la causa y tratarla²¹.

La segunda causa de muerte materna más frecuente es la infección puerperal, la más frecuente es la endometritis, que puede conducir a miometritis, parametritis, salpingitis, pelviperitonitis, peritonitis generalizada, sepsis y shock séptico. La endometritis es una infección poli microbiana por microorganismos de la flora habitual vaginal, que alcanzan el endometrio por vía ascendente. Afecta al 1-3% de las puérperas de parto eutócico, en cesárea programada 5-15%, en cesárea que se realiza luego de un trabajo de parto prologado y ruptura de membranas de larga evolución es 30-35% (con profilaxis antibiótica 15- 20%). Los factores de riesgo son, cesárea, paciente joven, trabajo de parto prolongado, ruptura de membranas de larga evolución, tactos vaginales múltiples, infección o colonización del tracto genital inferior -por gonococo, Streptococcus B hemolítico grupo B (SBHGB), o vaginosis bacteriana-, anemia, desnutrición, embarazo no controlado, obesidad. Los agentes más frecuentes son SBHGB, estreptococos, anaerobios, Bacterias Gram Negativas, aerobios (E coli, Klebsiella p., Proteus), y anaerobios (Bacteroides); en casos especialmente severos encontramos Streptococcus Beta hemolítico grupo A, Clostridium p., S. aureus; M. hominis y Chlamydia²¹.

El diagnóstico es clínico e incluye fiebre entre el segundo y octavo día del puerperio, taquicardia, dolor a la palpación uterina, sub involución uterina, loquios turbios y de mal olor; masas para uterinas con dolor e induración en el fondo de saco de Douglas, dolor en parametrios, íleo y shock si la infección ha sobrepasado el útero. Los cultivos vaginales tienen bajo rendimiento (30%). El tratamiento es con antibióticos empíricos inicialmente hasta aislar el agente, los esquemas posibles son: 1) gentamicina 1,5mg/kg EV c/8 h + clindamicina 900 mg EV c/8 h. 2) PNC sódica 5 millones U EV c/ 6 h + gentamicina 1,5mg/kg EV c/ 8 h + quemisetina 1gr c/8h IV. 3) PNC + metronidazol 500 mg c/12 h IV. 4) cefalosporinas de amplio espectro. La última revisión del tema en Cochrane indica que el esquema de gentamicina mas clindamicina sería el más eficaz, y que los esquemas que incluyen cobertura para bacterias anaerobias resistentes a penicilina obtienen mejores resultados que los que no los incluyen, y también que no hay ningún esquema, que se haya estudiado hasta ahora, que se asocie a menos efectos colaterales²¹.

En 48 horas de tratamiento antibiótico debiera observarse una mejoría clínica (de lo contrario buscar otros focos), luego de 24 horas sin fiebre y asintomática en una endometritis no complicada se suspenden los antibióticos y se da el alta, sin ser necesario continuar con antibióticos orales. Las complicaciones de una endometritis son anexitis que

curso con dolor para uterino con masa adherente al útero el tratamiento es el mismo que en endometritis. Otra complicación es la parametritis que es una infección que se extiende hasta el hueso iliaco, adhiriéndose a él. Tratamiento antibiótico endovenosos y cirugía si hay celulitis pelviana. Una tercera complicación es la flebitis pelviana por bacteroides generalmente, hay compromiso venoso abdominal, embolia pulmonar, taquicardia, sepsis, trombosis. Tratamiento antibiótico intensivo más anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Finalmente, la pelviperitonitis en la cual clínicamente hay signos de irritación peritoneal en hemi abdomen inferior, fiebre, sub obstrucción intestinal, pujo, tenesmo y expulsión de pus pos vía anal. Tratamiento antibiótico y quirúrgico²¹.

La tercera causa de muerte materna más frecuente es la pre eclampsia, que se define como hipertensión arterial (HTA) específicamente inducida por el embarazo. Se caracteriza por hipertensión, proteinuria > 300 mg en orina de 24 h y edema. En ausencia de proteinuria, se sospecha si la paciente presenta HTA acompañada de cefalea intensa, epigastralgia, visión borrosa, trombocitopenia y/o elevación de las enzimas hepáticas. Es propia de la segunda mitad del embarazo. Excepcionalmente puede presentarse en la primera mitad de la gestación en relación a enfermedad del trofoblasto o hidrops fetal severo. Incidencia 5-6% de los embarazos. Afecta principalmente a primigestas menores de 25 años, sin antecedentes cardiovasculares o renales; aparece en la segunda mitad de la gestación y es reversible en el posparto. En general, no recurre en embarazos posteriores. La etiología está poco precisada, se cree que la pre-eclampsia es el resultado de una cadena de eventos con dos elementos centrales: isquemia placentaria absoluta o relativa y activación difusa del endotelio vascular materno²¹.

La mayor frecuencia de pre eclampsia se produce en embarazos con mayor carga antigénica fetal y volumen trofoblástico -como los embarazos múltiples, enfermedad del trofoblasto y gestaciones con placentas grandes-, por lo que sugiere la existencia de una posible respuesta inmunológica materna frente a antígenos fetales "extraños" (paternos), que sería responsable de la placentación patológica que se ve en esta enfermedad, con falla del trofoblasto en inducir dilatación y remodelación de las arterias espirales del útero y consiguiente persistencia de vasos uterinos de menor diámetro y mayor resistencia (como son antes de la gestación), lo que disminuye la superficie de síntesis de sustancias vasodilatadoras (prostaciclina, óxido nítrico), e induce isquemia placentaria; la placenta isquémica a su vez liberaría a la circulación materna factores

hipertensógenos y citotóxicos que dañan el endotelio, aumentan su permeabilidad y son responsables del edema; a nivel renal causan edema celular y favorecen la agregación plaquetaria, provocando daño en este parénquima²¹.

El 80% de las embarazadas presenta algún grado de edema, especialmente en las extremidades inferiores, por lo que se debe considerar patológico sólo cuando es generalizado, o compromete las extremidades superiores y cara (y/o asociado a un aumento de peso mayor a 1 kg/semana). Cefalea, fotopsias y tinnitus permiten catalogar a una madre como portadora de un cuadro moderado o severo. Otros hechos importantes son el edema facial y lumbar, los reflejos osteotendíneos exaltados y la presencia de otras complicaciones como insuficiencia cardíaca, epigastralgia y compromiso de conciencia. Los factores predisponentes para pre eclampsia son: nuliparidad (riesgo 3:1), historia familiar (5:1), edad menor de 20 años o mayor de 35 años, mayor de 40 años (3:1) , embarazo múltiple (5:1), HTA crónica (hasta 10:1) , pre eclampsia severa en embarazo previo , enfermedad renal crónica (20:1), síndrome antifosfolípidos (10:1), diabetes mellitus con inadecuado control metabólico y nefropatía diabética, mola hidatidiforme (la aparición de pre eclampsia es más precoz y frecuente en las molas de gran tamaño)²¹.

La interrupción del embarazo es la única medida que revierte las alteraciones características de la enfermedad, pues se extrae la placenta, fuente de las alteraciones vasculares en pre eclampsia, sin embargo hay que respetar una edad gestacional mínima que asegure viabilidad fetal. Por esto, el tratamiento está destinado a evitar el compromiso materno secundario a la hipertensión arterial, prevenir el desarrollo de eclampsia, promover la mejoría o detener el deterioro de la circulación placentaria, y prolongar con el menor riesgo posible la gestación a fin de evitar las consecuencias de la prematurez en el feto²¹.

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto²⁰.

VII. Hipótesis

En concordancia con los objetivos planteados se establecieron las siguientes hipótesis:

1. La proporción de parto comunitario es igual a la proporción de parto institucional independientemente de factores personales (edad, nivel educativo, estado civil, paridad y procedencia)

H_A : La proporción de parto comunitario es diferentes a la proporción de parto institucional debida a factores personales.

2. La ocurrencia del parto en la comunidad en las mujeres en edad fértil de los municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca no está asociado a factores de acceso a servicios de salud. (Atenciones pre natales, plan de parto y participación en club de embarazadas)

H_A : La ocurrencia del parto en la comunidad en las mujeres en edad fértil de los municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca está asociado a factores de acceso a servicios de salud.

3. La ocurrencia del parto en la comunidad en las mujeres en edad fértil de los municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca no está asociado a factores socio económicos.

H_A : La ocurrencia del parto en la comunidad en las mujeres en edad fértil de los municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca está asociado a factores socio económicos.

VIII. Operacionalización de las variables

Identificación de la variable	Definición conceptual de la variable	Clasificación de la variable			Escala de medición
		Dependiente o Independiente	Cuantitativa o Cualitativa	Nominal, Ordinal, Discreta, Continua	
Lugar de parto	Parto que ocurre afuera de una clínica materno infantil o sala de partos hospitalaria	Dependiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Institucional 2. Comunitario
Edad	Tiempo de vida de una persona.	Independiente	Cuantitativa	Continua	Años: _____
Estado civil	Condición de una persona en relación con su matrimonio.	Independiente	Cualitativas	Nominal politómica	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada
Escolaridad	Período de tiempo asistiendo a la escuela aprobando grados académicos.	Independiente	Cualitativa	Ordinal	1. Ningún grado 2. 1 – 3 grado 3. 4 – 6 grado 4. 7 – 9 grado 5. 10 o más grados
Ingreso económico familiar	Cantidad de dinero que una familia obtiene durante un mes, producto del trabajo, pensión o remesas.	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	1. L. 1,500.00 o menos 2. L. 1,500 - L. 3,000.00 3. L. 3,000.00- L. 4,500.00 4. L. 4,500.00L. 6,000.00 5. Más de L. 6,000.00
Lugar de procedencia	Comunidad, donde la persona reside desde hace al menos doce meses.	Independiente	Cualitativas	Nominal	Nombre de la comunidad: _____
Número de hijos	Número total de nacimientos en un período dado.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 o más
Atenciones pre natales	Conjunto de servicios en salud que recibe una embarazada.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 o más

Identificación de la variable	Definición conceptual de la variable	Clasificación de la variable			Escala de medición
		Dependiente o Independiente	Cuantitativa o Cualitativa	Nominal, Ordinal, Discreta, Continua	
Plan de parto	Documento que la mujer embarazada utiliza para describir el tipo de atención que desean durante el parto.	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Asistencia a Club de embarazadas	Reunión preparada por el personal de salud, para concentrar un día al mes a las embarazadas con fines educativos.	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Tiempo en que tarda en llegar al Establecimiento de Salud	Período determinado durante el que se realiza una acción	Independiente	Cuantitativa	Continua	1. Menos de media hora 2. ½ - 1 hora 3. 1 – 1½ hora 4. 1½ - 2 horas 5. 2 – 3 horas 6. 3 – 4 horas 7. 5 horas o más

IX. Metodología de la investigación

1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio analítico, de casos y controles; con la finalidad de conocer los factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el período de enero a diciembre del año 2016.

2. Población y muestra

El universo estuvo constituido por todas las mujeres en edad fértil con antecedente de parto procedente de alguno de los tres Municipios donde se realizó el estudio. Según proyecciones oficiales de la Secretaría de Salud, en el área de estudio para el año 2016

habían 12,113 mujeres en edad fértil, 3,663 en el Municipio de Reitoca, 6,687 en el Municipio de Curaren y 1,763 en el Municipio de Alubaren.

Para el presente estudio, caso fue definido como mujer en edad fértil (MEF) residente del Municipio de Curaren, Alubaren o Reitoca, cuyo último parto fue comunitario y se produjo entre los meses de enero a diciembre del año 2016. Los controles se definieron como mujer en edad fértil residente en la misma área geográfica con antecedente de parto institucional producido en el mismo período.

La Unidad de muestreo fueron las MEF con antecedentes de parto comunitario entre los meses de enero a diciembre 2016.

El tamaño muestral se obtuvo a través del programa Open Epi V3, para lo cual se tomó como referencia la prevalencia del factor menos frecuente obtenido en un estudio preliminar, se usó una significancia de 5%, un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%. Según el cálculo obtenido el tamaño de muestra requerido fue de 300 MEF con antecedente de parto entre los meses de enero a diciembre 2016. Con una relación de caso/control de 1:4. El programa estableció que 60 MEF con parto comunitario y el grupo control de 240.

Se identificaron los 60 casos de los “Listados de Mujeres Embarazadas” de los 15 Establecimientos de Salud, de la zona. Una vez definidas las entrevistas de los casos, se seleccionaron los controles. De los mismos instrumentos se identificaron a cuatro mujeres en edad fértil de las mismas comunidades, edad y con una fecha probable cercana a la del caso identificado. En el caso que existieron más de cuatro MEF con las características descritas, se utilizó la tabla de número aleatorios para seleccionar a las cuatro entrevistadas. Por el contrario, si no existió MEF con antecedente de parto institucional en la comunidad donde se entrevistó a la MEF casos, entonces se buscó en la comunidad más cercana a MEF con antecedente de parto institucional.

3. Área geográfica o ámbito de investigación

La investigación se realizó en tres Municipios de la zona sur del Departamento de Francisco Morazán: Alubaren, Curaren y Reitoca, los cuales según las proyecciones poblaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) acumularon para el año 2016 una población de

37,403 habitantes, distribuidos de la siguiente manera: 14,408 habitantes en el Municipio de Reitoca, 18,905 habitantes en el Municipio de Curaren y 4,099 habitantes en el Municipio de Alubaren. La red de Salud de estos Municipios está gestionada de manera descentralizada bajo un convenio entre la Organización No Gubernamental ChildFund Honduras y la Secretaría de Salud, la zona cuenta con 15 Establecimientos de Salud y una Clínica Materno Infantil ubicada en el Municipio de Reitoca, esta última es la responsable de la atención de los partos de los tres Municipios.

4. Criterios de inclusión y exclusión

Los dos criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: Mamá seleccionada que firmó el consentimiento informado y mamá seleccionada menor de 18 años con aprobación de la pareja y en su defecto del cuidador. Los criterios de exclusión fueron: Mamá con menos de un año de vivir en la comunidad, mamá que no firma el consentimiento informado. (No desea participar en la investigación) y mamá mentalmente discapacitada.

5. Procedimiento

La información fue recolectada por medio de la técnica de entrevistas utilizando un instrumento tipo encuestas con preguntas cerradas el cual estuvo conformado por dos grandes secciones, la primera que contenía información general sobre la investigación y consentimiento informado por parte de las participantes en el estudio. La segunda sección compuesta por cuatro partes: datos generales que contiene 13 ítems, aspectos socioeconómicos incluye 12 preguntas, atención prenatal 10 preguntas y atención de parto 6 preguntas. La entrevista en total contenía 28 preguntas.

El instrumento fue previamente validado en el Municipio de la Venta del Sur, (próximo a los Municipios de Alubaren y Reitoca) con 5 MEF con antecedente de parto comunitario y 5 MEF con antecedente parto institucional.

6. Recursos humanos y materiales

El equipo de recolección de información participó en una capacitación de un día de duración sobre, alcances de la investigación, análisis de cada una de las preguntas del cuestionario, principios para la selección aleatoria de participantes en el estudio, técnicas básicas para la conducción efectiva de entrevistas y supervisión de encuestadores. Finalmente se

elaboró un plan de recopilación de datos, fundamentado en el marco de muestreo correspondiente y en el que se presentaron las fechas en que se realizaron las entrevistas en cada comunidad y el responsable de realizarlas.

El equipo de campo fue conformado por 23 personas, los cuales son proveedores de servicios de salud en la misma zona de investigación. La información fue recolectada por 15 promotores los cuales están asignados a cada uno de los establecimientos de salud de la zona. El grupo de promotores era supervisado por 5 médicos y 3 licenciadas en enfermería quienes son responsables de monitorear el trabajo regular de los promotores, revisar día a día los instrumentos recolectados por los promotores y asegurar que son consistentes y no poseen vacíos de información.

En la medida de lo posible, el supervisor se desplazó a las comunidades donde se realizaron las entrevistas y proporcionaron apoyo técnico y logístico requerido a sus respectivos entrevistadores para garantizar una adecuada selección aleatoria de participantes y un correcto llenado de cuestionarios. Además, los diariamente revisaron cada uno de los cuestionarios que fueron llenados por los promotores y verificaron que no se presentaron inconsistencias o pérdida de datos. En algunos casos, tomaron las acciones correctivas pertinentes para obtener la información respectiva y asegurar datos de buena calidad. A cada promotor se le entregó dos instrumentos extras, con el fin de estar prevenido en caso se le extraviara alguno durante el traslado a las casas de las MEF participantes de la investigación.

Durante el periodo de recolección de información el investigador principal se trasladó en tres ocasiones a la zona para monitorear en campo las entrevistas a las madres seleccionadas, monitoreo a los supervisores de los encuestadores y proceso de archivo de instrumentos y digitación de datos.

7. Consideraciones éticas y consentimiento informado

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de ética del Departamento de Docencia e Investigación Del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Ver anexo 1.

Antes de iniciar la entrevista se explicó a cada participante que se trataba de una investigación para mejorar los programas de salud materno de la zona, así mismo, se explicó que la información consignada en el expediente sería utilizada únicamente para fines de la investigación y por ningún punto compartida con terceras personas; después de aclarar la confidencialidad de la información brindada se le preguntó a la participante si estaba de acuerdo en ser entrevistada, todo lo anterior se realizó por medio de un formato estandarizado previamente establecido. Si la participante en la investigación aceptaba ser entrevistada se le solicitaba que firmara dicha aceptación como evidencia del consentimiento otorgado. Cuando la informante fue menor de edad se solicitó el consentimiento informado a la pareja y en su defecto al cuidador, y a la informante menor de edad un asentamiento informado descrito en el anexo 2.

8. Procesamiento de datos

Los promotores entregaron las encuestas llenas a los supervisores, quienes las revisaron para asegurar que no existieran vacíos de información. Según se recolectó la información era entregada por los supervisores al digitador del modelo descentralizado de la zona, este pasó la información a una matriz en excel 2013, proceso que fue supervisado por el gerente de salud de la zona.

Para el procesamiento de la información se utilizaron programas como excel en la versión 2013, en la que originalmente se vació la base de datos, para posteriormente transportarla a EPI INFO versión 7 para realizar los análisis respectivos. Se utilizó el programa excel 2013 para la elaboración de gráficos y tablas que ilustran los resultados del análisis.

9. Plan de análisis de Datos

El análisis del presente estudio incluyó medidas de frecuencia, intervalo de confianza del 95% y medias de tendencia central para las variables cuantitativas continuas.

Se calcularon medidas de asociación (OR), intervalos de confianza del 95% para el OR. El OR se utilizó para cuantificar la magnitud de la asociación entre el parto comunitario y los factores socioeconómicos y de acceso a servicios de salud.

X. Resultados.

En total se entrevistaron 60 mujeres con antecedentes de parto comunitario (casos) y 240 mujeres con antecedente de parto institucional (controles). Del grupo de madres con parto comunitario el 95% (57) tuvieron el parto en la casa y 5.0% (3) en el camino a la clínica materno infantil. Por otro lado, del grupo de madres con parto institucional el 62.9% (151) tuvo el parto en la clínica materno infantil, 36.7% (88) en un hospital público y 0.4%(1) en un hospital privado.

Del total de madres con antecedente de parto comunitario se encontró que el 31.7% (19) no asistieron a la escuela, 60% (36) saben leer y escribir y 99.8% (59) son amas de casa. El 66.7% (40) de ellas se consideran mestizas y el 26.7% (16) lencas, 85.0% (51) manifestaron profesar la religión católica y el 11.7% (7) la religión evangélica. El rango de edad encontrado entre las entrevistadas fue de 18 a 45 años, con una media y mediana de 29.6 años y una moda de 26 años, desviación estándar de 7.5 y varianza de 56.3. Ver cuadro número 1.

Cuadro 1. Distribución de la población estudiada según procedencia, y edad. Municipios de Reitoca, Alubaren y Curaren. Enero – diciembre 2016.

Variable	Casos n = 60	Controles n = 240	Total n= 300
Procedencia según Municipio			
Curaren	63.3%	63.3%	63.3%
Alubaren	3.3%	3.3%	3.3%
Reitoca	33.3%	33.3%	33.3%
Edad			
Rango	18 - 45	15 - 45	
Media	29.6	26.3	
Mediana	29.6	26.3	
Moda	26	29	
Desviación estándar	+/- 7.5	+/- 6.7	
Varianza	56.3	45.2	

El 63.3% (38) de las entrevistadas procedían de 6 de los 15 Establecimientos de Salud: El Portillo de Curaren (16.7%), La Cuchilla de Curaren (11.7%), Curaren Centro (10.0%), San Marcos de Curaren (8.3%) Victorina de Curaren (8.3%) y Cerro del Señor de Reitoca (8.3%).

El 68.3% (41) de la madres que tuvieron un parto comunitario asistieron a la escuela siendo esta variable significativa ya que muestra un OR de 0.29 y un intervalo de confianza entre 0.14 y 0.62. Por otro lado, el estado civil no muestra ser una variable significativa. Ver cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución de la población estudiada según escolaridad y estado civil. Municipios de Reitoca, Alubaren y Curaren. Enero – diciembre 2016.

Variable	Casos	Controles	OR	IC 95%
Escolaridad				
	n = 60	n = 238	0.29	0.14 - 0.62
Asistió a la escuela	68.3%	87.1%		
No asistió a la escuela	31.7%	12.1%		
Estado civil				
	n = 58	n = 240	1.86	0.73 - 4.71
Soltera	13.3%	7.9%		
Unión libre o Casada	83.3%	92.1%		

Solamente el 5.7% (17) de las madres entrevistadas confirmaron poseer disponibilidad de algún medio de transporte (bestia, bus, moto-taxi o vehículo propio) para trasladarse al establecimiento de salud más cercano, el resto, es decir el 94.3% (283) de las madres entrevistadas lo hacían caminando, sin embargo estas proporciones no son estadísticamente significativas ya que muestran una $p=0.18$.

Se encontró que el 56.7% (131) de las madres entrevistadas contaban con menos de L. 1,000.00 lempiras al mes para costear gastos de mantenimiento de la familia. El 66.7% (40) de las madres que tuvieron el parto en casa manifestaron que necesitaron más de una hora para llegar al establecimiento de salud más cercano, en comparación al 55.4% (142) de la madres cuyo parto fue institucional. No obstante estas proporciones no son significativa ya que presenta intervalos de confianza que atraviesan la unidad. Ver cuadro número 3.

Cuadro 3. Distribución de la población estudiada según recursos económicos mensuales y tiempo que tarda en llegar al establecimiento de salud. Municipios de Reitoca, Alubaren y Curaren. Enero – diciembre 2016.

Variable	Casos	Controles	OR	IC 95%
Recursos económicos mensuales				
	n = 44	n = 187	1.12	0.59 - 2.14
Menos de L. 1,000.00	43.3%	43.8%		
Más de L. 1,000.00	30.0%	34.2%		
Tiempo para llegar al Establecimiento de Salud				
	n = 60	n = 231	0.67	0.37 - 1.21
Menos de 01:00 h	33.3%	40.8%		
Más de 01:00 h	66.7%	55.4%		

El 1.7% (60) de las madres que tuvieron el parto en la comunidad afirmaron que el embarazo no fue deseado, al realizar la misma pregunta a las madres que tuvieron el parto en un establecimiento de salud, se encontró que el 36.3% (239) de ellas tuvieron ese embarazo de forma no deseada. El OR para esta variable fue de 30.9 con un intervalo de confianza del 95% entre 6.43 - 148.8. Se observa una fuerte asociación entre embarazo no deseado en las mujeres con parto institucional en comparación con las mujeres con parto comunitario

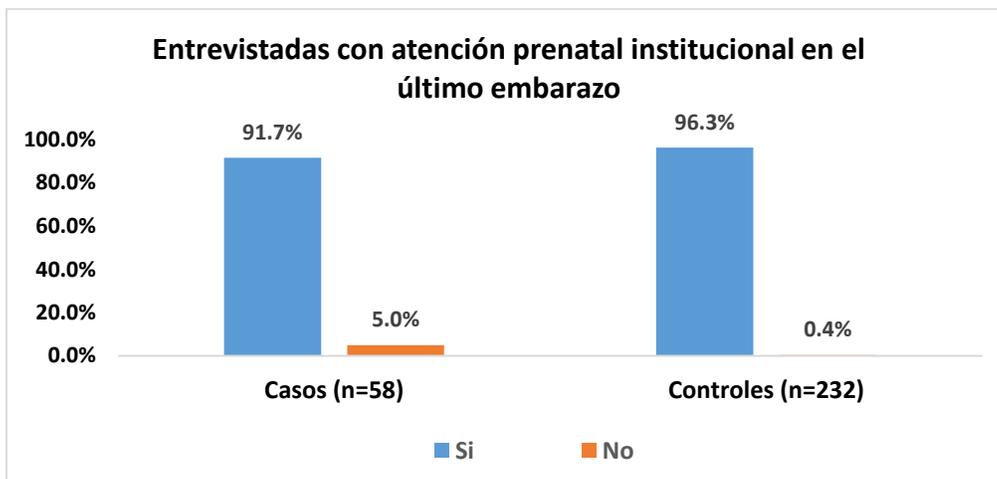
Ser primigesta y tener 3 o menos gestaciones se asocia a mayor probabilidad de que el parto sea institucional, es decir, hay 62% y 59% menos probabilidad respectivamente que en esa situación el parto sea comunitario, con IC 95% de 0.18 - 0.82 para la variable de ser primigesta y de 0.23 – 0.74 para tener menos de tres gestas; para ambos casos se muestra significancia estadística. Ver cuadro número 4.

Cuadro 4. Distribución de la población estudiada según gestas. Municipios de Reitoca, Alubaren y Curaren. Enero – diciembre 2016.

Variable	Casos	Controles	OR	IC 95%
Gestas de las entrevistadas				
	n = 59	n = 230		
Primigestas	11.7%	25.0%	0.38	0.18 - 0.82
Dos o más gestas	86.7%	70.8%		
Tres o menos gestas	43.3%	62.9%	0.41	0.23 - 0.74
Múltiparas	55.0%	32.9%		
Institucional	31.7%	48.3%		

Haber recibido atención prenatal durante el embarazo mostró un OR de 0.07, con un IC del 95% entre 0.003 – 1.93, lo que significa que no muestra significancia estadística. Ver gráfico 1.

Gráfico 1: Porcentaje de madres con antecedente de atención pre-natal institucional en el último embarazo. Municipios de Reitoca, Alubaren y Curaren. Enero – diciembre 2016.



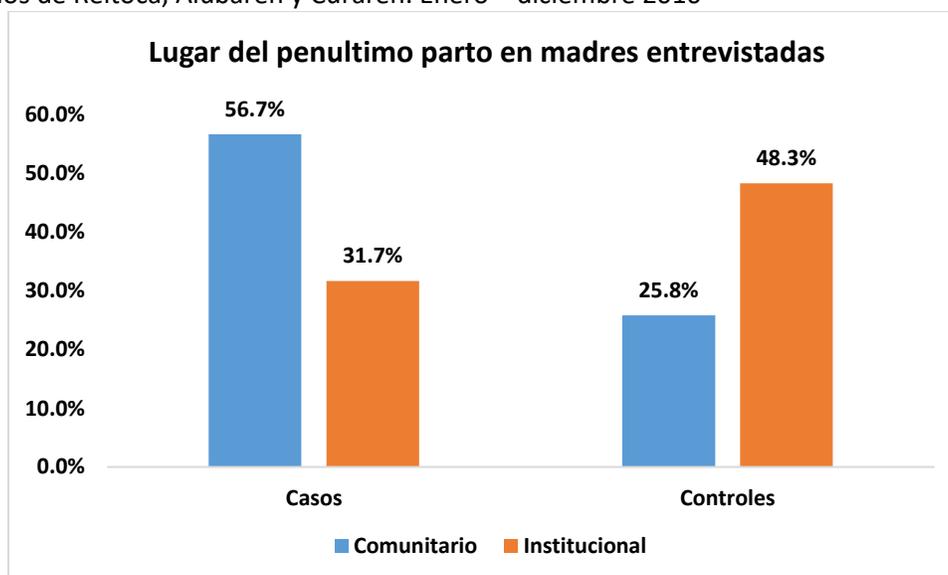
Haber recibido 5 atenciones prenatales, se asocia a mayor probabilidad de que el parto sea institucional, es decir, hay 64% menos de probabilidad que en esa situación el parto sea comunitario, con IC 95% de 0.19 - 0.67 por lo que presenta significancia estadística.

Cuadro 5. Distribución de la población estudiada según cantidad de atenciones pre natales recibidos. Municipios de Reitoca, Alubaren y Curaren. Enero – diciembre 2016.

Variable	Casos	Controles	OR	IC 95%
Número de atenciones Pre natales				
	54	51		
5 atenciones	35.0%	56.3%	0.36	0.19 - 0.67
Menos de 5 atenciones	51.7%	30.4%		

Se analizó el antecedente del lugar del penúltimo parto en 53 madres casos y 178 controles, ya que el resto de madres (7 y 59 respectivamente eran primigestas, por lo tanto no habían tenido un parto anterior) encontrando una asociación entre antecedente de parto comunitario con la probabilidad de tener nuevamente otro parto en la comunidad, encontrando un OR de 3.34 con un IC del 95% entre 1.75 – 6.39, es decir con significancia estadística. Ver gráfico número 2.

Gráfico 2: Porcentaje de madres con parto comunitario e institucional en su penúltimo parto. Municipios de Reitoca, Alubaren y Curaren. Enero – diciembre 2016



Los resultados muestran que elaborar un plan de parto, se asocia a mayor probabilidad de realizar un parto institucional, con IC 95% de 0.01 - 0.63, por lo que presenta significancia estadística. Así mismo se encontró que las madres que encuentran útil realizar un plan de parto se asoció a tener un parto comunitario, con un IC 95% de 0.003 - 0.08. Ver cuadro 6

Cuadro 6. Distribución de la población estudiada según elaboración de plan de parto y percepción de utilidad del plan de parto. Municipios de Reitoca, Alubaren y Curaren. Enero – diciembre 2016.

Variable	Casos	Controles	OR	IC 95%
Elaboración de plan de parto				
	n = 60	n = 236		
Si	88.3%	97.1%	0.1	0.01 - 0.63
No	11.7%	1.3%		
Utilidad del plan de parto				
	n = 50	n = 239		
Útil	40.0%	97.9%	0.01	0.003 - 0.08
No Útil	43.3%	1.7%		

Los resultados encontrados en cuanto a la participación de las madres entrevistadas en club de embarazadas, la cantidad de reuniones en dichos clubes de embarazadas y la percepción sobre la utilidad de las reuniones del club para promover un parto institucional mostraron significancia estadística para las tres variables. Ver cuadro número 7

Cuadro 7. Distribución de la población estudiada según participación y utilidad percibida del club de embarazadas. Municipios de Reitoca, Alubaren y Curaren. Enero – diciembre 2016.

Variable	Casos	Controles	OR	IC 95%
Participación en club de Embarazadas				
	n = 60	n = 240	0.22	0.06 - 0.84
Si	88.3%	97.1%		
No	11.7%	2.9%		
No. de reuniones del club a las que asistió				
	n = 60	n = 239	0.25	0.13 - 0.50
3 o más reuniones	58.3%	84.2%		
2 o menos reuniones	41.7%	15.4%		
Utilidad de las reuniones del club para programar el parto institucional				
	n = 48	n = 239	0.03	0.007 - 0.14
Si	48.3%	97.5%		
No	31.7%	2.1%		

XI. Discusión.

Se encontró evidencia para rechazar la hipótesis que enunciaba que la proporción de parto comunitario es igual a la proporción de parto institucional independientemente de factores personales: edad, nivel educativo, estado civil, paridad y procedencia. Los resultados mostraron que la proporción de parto comunitario es diferentes a la proporción de parto institucional debida a factores como la paridad y nivel educativo de las madres. Se encontró que las madres que ya tuvieron uno o más hijos en comparación con las primigestas, o que las madres multíparas en comparación con las madres con tres hijos o menos y las madres que nunca asistieron a la escuela en comparación con las que si asistieron a la escuela muestran mayor preferencia para tener el parto comunitario.

Similares resultados fueron encontrados por Tarqui (2005) y López Clemente (2014) en investigaciones realizadas en zonas rurales de Perú y Guatemala respectivamente, donde encontraron que ser multípara y no haber asistido a la escuela son factores que predisponen a tener un parto en la comunidad. Ambas investigaciones, al igual que la presente investigación, encontraron que la variable edad no tiene significancia estadística para disminuir la preferencia hacia un parto comunitario^{22. 23}.

Otro hallazgo encontrado en la investigación fue que la ocurrencia del parto comunitario en la comunidad está asociado al acceso a servicios de atención prenatal, plan de parto, y participación de las mujeres en club de embarazadas. Por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada: “La ocurrencia del parto en la comunidad en las mujeres en edad fértil de los municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca no está asociado a factores de acceso a servicios de salud. (Atenciones pre natales, plan de parto y participación en club de embarazadas)”.

Los resultados mostraron que haber recibido menos de cinco atenciones prenatales, no haber elaborado un plan de parto y no participar en al menos tres reuniones en el club de embarazadas, son factores de riesgo para realizar el parto comunitario.

López Clemente (2014) en una investigación realizada en áreas rurales de Guatemala encontró de manera similar que recibir menos de 4 atenciones pre natales aumenta la probabilidad de tener un parto comunitario²³.

No se encontró literatura que determinara la relación entre el parto institucional y participar en un club de embarazadas o elaboración de plan de parto, probablemente porque se trata de estrategias locales sin valorar en otros países. Tampoco existe evidencia a nivel de país sobre la relación de estas dos variables con la preferencia de un parto institucional.

Un tercer hallazgo encontrado fue que el nivel económico, medido por el ingreso familiar no fue un factor determinante que predispone al parto comunitario, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis planteada: “La ocurrencia del parto en la comunidad en las mujeres en edad fértil de los municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca no está asociado a factores socio económicos”.

Rosales (2006) en una investigación realizada en la misma zona que la presente investigación y López Clemente (2014) encontraron que los pocos ingresos económicos favorecen el parto comunitario, considerando que las mujeres no trabajaban, solo el esposo trabaja y generan sus ingresos en la economía informal, el ingreso precario y la condición de pobreza limitan el acceso a servicios de salud, debido a los costos directos e indirectos que esto representa^{3, 23}.

Un factor de riesgo identificado, que favorece la ocurrencia de parto comunitario es tener el antecedente de parto anterior en la comunidad. Se encontró una fuerte asociación en esta variable. Tarqui (2005) y López Clemente (2014) en sus investigaciones encontraron de manera similar la relación directa entre antecedente de parto comunitario y tener el siguiente parto en la comunidad^{22, 23}.

XII. Conclusiones.

A partir de lo anterior se concluye que existen factores personales y de acceso a servicios de salud que inciden directamente para que una mujer tenga el parto en la comunidad y en un Hospital o en una Clínica Materno Infantil.

Los factores personales encontrados que aumentan la preferencia de un parto comunitario son:

- No haber asistido a la escuela
- No ser primigesta
- Tener más de tres hijos, es decir, ser múltipara

Los factores de acceso a servicios de salud que aumentan la preferencia de un parto comunitario fueron:

- Haber recibido menos de 5 atenciones pre natales.
- No haber elaborado un plan de parto
- No haber participado en el Club de Embarazadas
- Haber participado en menos de dos reuniones de club de embarazadas

Un valor agregado de la presente investigación es que es una de las primeras evidencias a nivel de país, (aunque tampoco se encontró literatura a nivel de la Región), que muestran relación entre la elaboración de plan de parto y participación en club de embarazadas con la probabilidad de no tener un parto en la comunidad.

Es importante señalar que un factor identificado, muy relacionado con el parto comunitario es haber tenido como antecedente que el parto anterior haya ocurrido también en la comunidad. También es importante señalar que investigación no encontró relación entre ingreso económico mensual de la familia y lugar de parto.

XIII. Recomendaciones

Con base a lo anterior se realizan las siguientes recomendaciones:

Profundizar el presente estudio con una investigación sobre como el ingreso económico familiar impacta sobre la decisión del lugar de parto, adicionalmente esta investigación debe ser complementada con otro tipo de investigaciones que valoren las pautas culturales como el machismo, el rol de la partera, el respeto por las creencias de la población por parte de los proveedores de salud de las zonas del interior del país.

Por otro lado, esta investigación debe ser fortalecida con estudios sobre la satisfacción de usuarios en el nivel de la Clínica Materno Infantil cuando es utilizado el servicio para atención de parto y a nivel de Establecimiento de Salud cuando es utilizado el servicios para atención prenatal, club de embarazadas y elaboración de plan de parto.

La Secretaría de Educación debe de realizar esfuerzos para asegurar la matrícula y permanencia escolar, sobre todo de las niñas. La Educación es un factor importante no solo para la decisión del lugar de parto sino también para el cuidado de la salud de la propia madre y de los hijos.

La Secretaría de Salud debe de fortalecer los programas de planificación familiar, asegurando la incorporación de estrategias que incluyan la participación consensuada de la pareja y las pautas culturales de la población.

Los proveedores de servicios de salud deben asegurar que la oferta de servicios de atención prenatal se brinda con calidad, calidez y llena la expectativa de los usuarios.

Fortalecer las iniciativas de elaboración de plan de parto y participación de club de embarazadas.

Elabora e implementar un sistema de monitoreo especial a mujeres embarazadas con antecedente de parto comunitario.

XIV. Bibliografía

1. Borda Villegas C. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C. Rev Salud Publica. 2001; 3(2): p. 154-70.
2. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011 - 2012. Honduras: Secretaría de Salud; 2013.
3. Rosales A. Línea de Base de Salud Materna y Neonatal en comunidades rurales. Francisco Morazán: CCF-H, Honduras; 2006.
4. De Brouwere TaVL1, 1999. Strategies for reducing maternal mortality in developing countries. Tropical medicine & International Health. 2001 October.
5. LaFleur M. Vélez J. Determinantes de la salud materna e infantil y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Honduras. Programa las Naciones Unidas; Febrero 2014.
6. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico. OPS; 2007.
7. Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. United Nation and The World Bank. ; 2007.
8. Iriarte E. Morir dando a luz. Revista del BID. 2016 Junio.
9. Secretaría de Salud de Honduras. Reducción Acelerada de Mortalidad Materna y de la Niñez. RAMNI 2008 – 2015. 2008
10. Ministerio de Salud de salud de Perú. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015.
11. Cunningham G, Bloom S, Obstetricia de William, 23 edición. MacGraw Hill. México. 2011
12. Ministerio de Salud de salud de Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES. (Perú) 2014: p. 231
13. Secretaria de Salud de Honduras. Normas Nacionales Para La Atención Materno-Neonatal. (Honduras) 2010: p. 97 -98.
14. Proyecto FamiSalud/USAID Nicaragua. Plan de Parto para la Maternidad Segura. Marzo 2008.
15. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994 Apr; 38(8): p. 1091-110.
16. Secretaría de Salud de Honduras. Mejoramiento colaborativo de los cuidados obstétricos y neonatales esenciales. Síntesis del aprendizaje del mejoramiento de la atención prenatal. 2011 p. 4-6
17. Berg C. Danel I, Mora G, Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. 1998.
18. Secretaría de Salud de Honduras. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Guía para la vigilancia de la mortalidad materna en Honduras. 2008
19. Secretaría de Salud de Honduras. Mortalidad Materna. 2010.
20. OMS. (Mortalidad materna, Nota descriptiva N°348. [Online].; 2015 [cited 2016 Julio Viernes. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
21. Salinas H. MPEVSC. Obstetricia Chile Ud, editor. Chile: RED; 2005.
22. Tarqui C. Barreda A. Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. Rev. Salud Publica Perú 2005; 22(2): p. 111 - 115
23. López C. Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional. Guatemala. 2014.

XV. Anexos

Anexo 1. Aprobación por comité de ética.



OFICIO No. 006 – GNDI-HE/IHSS - 2017

Tegucigalpa MDC, 6 de Febrero, 2017

Doctor
JOSE MAURICIO RAMIREZ
Maestría en Epidemiología
Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNAH

Estimado Doctor Ramírez:

Por medio de la presente le notifico, que el Protocolo de estudio **“Factores Asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el periodo de enero a septiembre del año 2016.”** ha sido **aprobado** por el Comité de Bioética y por la Gerencia de Docencia, así mismo le solicitamos anexar el asentimiento informado en el Protocolo y nos mantengan informados de los avances del estudio.

Adjunto acta recibida por el Comité de Bioética.

Atentamente,



DRA. LUCIA ANGELICA SARMIENTO
GERENTE NACIONAL DOCENCIA E INVESTIGACION IHSS
Docencia.investigacion2012@gmail.com

GERENCIA DE DOCENCIA E INVESTIGACION HE, EXT.: 5176
docencia.investigacion2012@gmail.com

COMITÉ DE BIOÉTICA, HDE.

ACTA 52 CB-HE 1 de Febrero del 2017

PARA: *Gerente de Docencia e Investigación*
Dra. Lucía Sarmiento

DE: *Comité de Bioética*

ASUNTO: *Protocolo de Investigación*

Cordialmente estamos comunicándole a usted, que los integrantes del Comité de Bioética, se reunieron, revisaron y se discutió el protocolo de investigación:

“ Factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el periodo de enero a septiembre del año 2016 ”

1.- Debe anexar el asentimiento informado en el protocolo de investigación.

Integrantes:

Dra. Karin Clare, Dr. Gaspar Rodríguez, Dra. Helga Codina, Lic. Gerardo Andino, Lic. Magdalena Escobar, Lic. Enrique Álvarez.


Coordinadora
Dra. Karin Clare


Secretario
Lic. Gerardo Andino

cc Director Médico
cc archivo

Dra. Dinna Rojas

Anexo 2. Consentimiento y asentamiento Informado

Factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el período de enero a septiembre del año 2016 **Consentimiento informado para la participación de mamás**

Instrucciones

Leer claramente a cada mamá antes de aplicar el cuestionario, con la finalidad de presentar los objetivos y demás detalles del estudio y garantizar que toda persona pueda tomar una decisión informada respecto a participar o no.

¿De qué se trata el estudio?

Esta investigación se está realizando como parte de una clase de la Maestría en Epidemiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, con el propósito de contribuir a mejorar la salud de las madres y recién nacidos de esta zona del País.

El objetivo del estudio es, determinar los factores asociados al parto comunitario en mamás de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca. Se espera entrevistar a 297 mamás de los municipios antes mencionados, en un período aproximado de dos meses. El estudio consta en la aplicación de una entrevista donde se le realizarán preguntas **a usted** sobre lo que sucedió en los dos últimos embarazos y partos y distancia al centro de salud.

Si está de acuerdo en participar en el estudio, se le harán unas preguntas sobre estos temas mediante una entrevista que se realizará en un lugar privado para una mayor comodidad y mantener la confidencialidad. Se le darán indicaciones para dar sus respuestas, la duración de esta entrevista será de aproximadamente 30 minutos. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Toda la información que nos brinde se guardará respetando la confidencialidad y privacidad para proteger sus derechos. La hoja donde aparece su firma de consentimiento a participar se mantendrá separada de sus respuestas del cuestionario. Nunca se unirá su nombre o firma con las respuestas brindadas en la entrevista.

¿Existe algún riesgo si participa usted?

Ninguno. Las respuestas se escribirán en el cuestionario que usaremos para esta entrevista. Es importante aclarar que no voy a hacer juicios morales sobre las opiniones o experiencias que usted desee relatar. A parte de esto, la investigación no representa ningún otro riesgo para usted.

¿Existe algún beneficio para usted por participar?

Por supuesto que existen beneficios. La información que podamos obtener de este estudio nos ayudará a conocer en mayor precisión como mejorar las atenciones en salud de la madre durante el embarazo y el parto.

¿Existen dudas sobre el estudio?

Si tiene alguna duda o necesita alguna aclaración puede hacerme las preguntas que necesite, lo importante es que usted comprenda de qué se trata el estudio, los procedimientos, beneficios y riesgos del mismo. De esta manera la decisión de que usted participe será de manera informada. Otro aspecto importante que debe saber es, que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si en cualquier momento usted desea cambiar de opinión o dejar de contestar definitivamente la entrevista, puede hacerlo; así mismo si usted decide no participar o terminar antes que la entrevista finalice, no habrá

ninguna consecuencia negativa para usted. Si algo de lo que le he explicado no queda claro me puede hacer preguntas en cualquier momento.

Para cualquier duda posterior usted podrá comunicarse con el Dr. José Mauricio Ramírez al teléfono 9972-9347 quien es el coordinador de este estudio.

CONSENTIMIENTO:

Al firmar este consentimiento, doy mi autorización para que me entrevisten y realicen las preguntas según el cuestionario del estudio **Factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el período de enero a septiembre del año 2016**. Me han explicado que toda la información será tratada con estricta confidencialidad y también sobre los beneficios, riesgos y procedimientos de esta investigación.

Acepto participar de forma voluntaria y expreso que mi participación es totalmente voluntaria y que después de haber iniciado el trabajo de investigación, puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o dar por terminada mi participación en cualquier momento.

Participante del estudio: Si el participante no puede firmar, debe estampar su huella digital.

_____	_____
Firma del participante	Fecha

ENTREVISTADOR: Certifico que he explicado al participante los objetivos de la investigación, los beneficios y los riesgos asociados con su participación, así como el carácter voluntario del mismo:

_____	_____
Firma del entrevistador	Fecha

SUPERVISOR: Certifico que he observado la mayor parte de este procedimiento y ha sido realizado correctamente por el Entrevistador a cargo:

_____	_____
Firma del supervisor	Fecha

Factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el período de enero a septiembre del año 2016
Asentimiento Informado para madres menores de 18 años de edad

Le invitamos que participe en un estudio donde se le harán preguntas sobre su embarazo, características geográficas, antecedentes personales y familiares. Puede decir “sí” o “no” quiere participar en el estudio cuando quiera.

Puede preguntar si no entiende algo que con gusto le hare las aclaraciones que usted desee.

Entiendo que la participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y que después de haber iniciado las preguntas, puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o dar por terminada mi participación en cualquier momento.

Me han explicado claramente que toda la información será tratada con estricta confidencialidad, es decir nadie se enterará de las respuestas que me realicen.

Si acepta participar dibuja una equis (X) en donde dice quiero participar y si no desea déjelo en blanco.

Si quiero participar: _____

Participante del estudio: Si el participante no puede firmar, debe estampar su huella digital.	
_____	_____
Firma del participante	Fecha

ENTREVISTADOR: Certifico que he explicado al participante los objetivos de la investigación, los beneficios y los riesgos asociados con su participación, así como el carácter voluntario del mismo:	
_____	_____
Firma del entrevistador	Fecha

SUPERVISOR: Certifico que he observado la mayor parte de este procedimiento y ha sido realizado correctamente por el Entrevistador a cargo:	
_____	_____
Firma del supervisor	Fecha



Anexo 3. Instrumentos de recolección de información:

**Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Maestría de Epidemiología 2015 – 2017.**

Estudio Factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el período de enero a septiembre del año 2016.

Cuestionario para los casos

Introducción y saludo.

Buenos días mi nombre es... trabajo en el Establecimiento de Salud, en esta ocasión la estamos visitando para realizar una encuesta a cerca de la salud de madres para medir los avances que hemos tenido hasta el momento. Agradecemos mucho su participación en esta encuesta. Esta información ayudará a mejorar las actividades de nuestros servicios. Esta entrevista tarda 25-30 minutos. Cualquier información que nos facilite será mantenida entre nosotros.

La participación de esta entrevista es voluntaria, y esperamos que conteste las siguientes preguntas. Su opinión es muy importante.

Sección 0: Datos de la entrevista, revisión de criterios de inclusión y registro

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Respuesta
P001	Municipio donde se realiza la entrevista	Curaren 1 Alubaren 2 Reitoca 3	
P002	Comunidad/Aldea del municipio donde se realiza la entrevista	Escribir el nombre de la comunidad	
P003	Fecha de la entrevista	Día /Mes	___/___/16
P004	Código del entrevistador	Escribir las iniciales del nombre	
P005	¿Se ha obtenido el consentimiento informado de la entrevistada?	Sí 1 No 0	
P006	Nombre de la entrevistada	Dos nombres y primer apellido	
P007	Número de identidad	xxxx-xx-xxxxx	
P009	Código del caso	Iniciales del nombre del caso. Ejemplo: JMR	

Sección 1: Características sociodemográficas

En esta sección le realizaremos preguntas respecto a los aspectos generales de usted, como por ejemplo su edad, su nivel de escolaridad, su identidad étnica, su situación laboral y familiar.

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Respuesta
P101	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Escribir edad en años		
P102	¿Sabe leer y escribir?	Sí 1 No 0 No responde 999		
P103	¿Cuál fue el último grado o año que completó en la escuela o colegio? Seleccionar la respuesta después que el entrevistado haya respondido	No asistió a la escuela/colegio 0 Primaria completa 1 Primaria incompleta 2 Básico completo 3 Básico incompleto 4 Diversificado completo 5 Diversificado incompleto 6 Técnico Superior 7 Universidad 8 No responde 999		
P104	¿Actualmente trabaja usted?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/ NR → P106	
P105	¿Qué tipo de trabajo realiza actualmente?	Oficio Doméstico 1 Agricultora 2 Comerciante 3 Jornalera 4 Vendedor ambulante 5 Empleado público 6 Otro 777 No responde 999	Otro → P105a	
P105a	¿Qué otro trabajo realiza actualmente?	Especificar que trabajo mencionó cuando dijo "otro"		
P106	¿Cuánto es su ingreso mensual aproximado?	Salario al mes en L.		

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Respuesta
P107	¿A qué religión pertenece usted?	Ninguna 1 Católica 2 Evangélica 3 Testigo de Jehová 4 Mormón 5 Otros 777 No responde 999	Otro→ P107a	
P107a	¿A cuál otra religión pertenece?	Especificar que religión mencionó cuando dijo "otro"		
P108	¿A qué grupo étnico pertenece usted? Leer las opciones de respuesta y elegir una respuesta	Lenca 1 Chortís 2 Garífuna 3 Isleño 4 Tawahkas 5 Tolupan 6 Pech 7 Misquito 8 Ladino 9 Mestizo 10 Otro 777 No sabe 888 No responde 999	Otro→ P108a	
P108a	¿A qué otro grupo étnico pertenece?	Especifique:		
P109	Actualmente, ¿cuál es su estado civil? Leer las opciones de respuesta y elegir una respuesta	Soltera 1 Casada 2 Unión libre 3 Separada o divorciada 4 Viuda 5 No responde 999		

Sección 2: Acceso a Establecimientos de Salud

En esta sección le realizaremos preguntas respecto al Establecimiento de Salud más cercano donde acude para recibir atención de sus embarazos, por favor responder todas las preguntas porque necesita tener su opinión.

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Respuesta
P201	¿Cuál es centro de salud más cercano a su casa?	Alubaren 1 Tablones 2 Curaren 3 La Cuchilla 4 San Marcos 5 Caragual 6 Victorina 7 El Portillo 8 Lodo Negro 9 Reitoca 10 Azacualpa 11 Cerro del Señor 12 Santa Cruz 13 San Carlos 14 La Guadalupe 15 Otro 777 No responde 999	Otro → P201 a	
P201 a	¿Cuál es el otro centro de salud más cercano a su casa?	Especificar qué centro de salud mencionó cuando dijo "otro"		
P202	¿Cómo se traslada más frecuentemente desde su casa a ese centro de salud?	Caminando 1 Bestia 2 Bus 3 Vehículo propio 4 Otro 777	Otro → P202 a	
P202 a	¿De qué otra manera se traslada frecuentemente desde su casa a ese centro de salud?	Especificar como se traslada cuando dijo "otro"		
P203	¿Cuánto tiempo gasta en llegar desde su casa a ese centro de salud?	Colocar el tiempo en horas y minutos según corresponda. Ejemplo: 1:30		
P204	¿Cuál es el lugar de atención de parto más cercano a su casa?	Clínica Materno Infantil 1 Hospital público 2 Hospital Privado 3 No responde 999		

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Respuesta
P205	¿Cómo se traslada más frecuentemente desde su casa a ese lugar de atención de parto más cercano a su casa?	Caminando 1 Bestia 2 Bus 3 Vehículo propio 4 Otro 777	Otro → P205 a	
P205 a	¿De qué otra manera se traslada a ese lugar de atención de parto más cercano a su casa?	Especificar como se traslada cuando dijo "otro"		
P206	¿Cuánto tiempo gasta en llegar desde su casa a la clínica materna infantil?	Colocar el tiempo en horas y minutos según corresponda. Ejemplo: 1:30		
P207	¿Cuánto tiempo gasta en llegar desde su casa al Hospital público más cercano?	Colocar el tiempo en horas y minutos según corresponda. Ejemplo: 1:30		
P208	Piense en el último parto ¿Donde tuvo /parió a su último hijo/hija?	Casa 1 Clínica Materno Infantil 2 Hospital público 3 Hospital Privado 4 Otro 777 No responde 999	Otro → P208 a	
P208 a	¿En que otro lugar tuvo /parió a su último hijo/hija?	Especificar qué otro lugar mencionó cuando dijo "otro"		
P209	¿Cuál fue la razón o razones que influyeron en la decisión de haber tenido su último parto en ese lugar? Mencionar el lugar según la respuesta de P208	Más cerca 1 Menos costoso 2 Es más seguro 3 Otro 777 No responde 999	Otro → P209 a	
P209 a	¿Cuál es la otra razón o razones que influyó en haber tenido su último parto en ese lugar? Mencionar el lugar según la respuesta de P209	Especificar qué otra razón mencionó cuando dijo "otro"		

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Respuesta
P210	Piense en el penúltimo parto ¿Donde tuvo /parió a su penúltimo hijo/hija?	Casa 1 Clínica Materno Infantil 2 Hospital público 3 Hospital Privado 4 Solo ha tenido un hijo 555 Otro 777 No responde 999	555 → P301 Otro → P210 a	
P210 a	¿En que otro lugar tuvo /parió a su penúltimo hijo/hija?	Especificar qué otro lugar mencionó cuando dijo "otro"		
P211	¿Cuál fue la razón o razones que influyeron en la decisión de haber tenido su penúltimo parto en ese lugar? Mencionar el lugar según la respuesta de P210	Más cerca 1 Menos costoso 2 Es más seguro 3 Otro 777 No responde 999	Otro → P211 a	
P211 a	¿Cuál es la otra razón o razones en influyó en haber tenido su penúltimo parto en ese lugar? Mencionar el lugar según la respuesta de P211	Especificar qué otra razón mencionó cuando dijo "otro"		

Sección 3: Antecedentes de embarazos, la atención prenatal, plan de parto, club de embarazadas

En esta sección le realizaremos preguntas respecto a los embarazos anteriores, atención prenatal recibida, plan de parto y participación en club de embarazadas

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Respuesta
P301	¿A los cuántos años tuvo usted su primer hijo o hija?	Escribir edad en años No sabe 888 No responde 999		
P302	En total ¿cuántos embarazos ha tenido usted?	Número de embarazos No sabe 888		
P303	Piense en todos los embarazos que ha tenido ¿Recibió atención prenatal en un establecimiento de salud <u>en todos esos embarazos</u> ?	Sí 1 No 0 No sabe 888 No responde 999		

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Respuesta
P304	Piense en el embarazo antes del último ¿Recibió atención prenatal en un establecimiento de salud <u>en el penúltimo embarazo?</u>	Sí 1 No 0 Solo ha tenido un hijo 555 No responde 999		
P305	Piense en el último embarazo ¿Ese embarazo fue deseado o planificado?	Sí 1 No 0 No responde 999		
P306	Piense en el último embarazo ¿Recibió atención prenatal en un establecimiento de salud <u>en el último embarazo?</u>	Sí 1 No 0 No responde 999	No →P309	
P307	¿Durante el último embarazo donde recibió atención prenatal?	Alubaren 1 Tablones 2 Curaren 3 La Cuchilla 4 San Marcos 5 Caragual 6 Victorina 7 El Portillo 8 Lodo Negro 9 Reitoca 10 Azacualpa 11 Cerro del Señor 12 Santa Cruz 13 San Carlos 14 La Guadalupe 15 Otro 777 No responde 999	De 1 a 15 → P308 Otro → P307 a	
P307 a	¿Cuál es el otro centro de salud donde recibió atención prenatal en su último embarazo?	Especificar qué otro lugar mencionó cuando dijo "otro"		
P308	¿Cuál fue la razón o razones que influyeron en que usted recibiera atención prenatal en su último embarazo en ese lugar? Mencionar el lugar según la respuesta de P306	Ver la salud del niño 1 Ver como esta mi salud 2 Salud del niño y la mía 3 Por las vitaminas 4 Otro 777 No responde 999	Otro → P308 a	
P308 a	¿Cuál es la otra razón o razones en influyeron en haber tenido su último parto en ese lugar?	Especificar qué otra razón mencionó cuando dijo "otro"		

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Respuesta
P309	En su último embarazo ¿Quién le brindó los cuidados o la atención prenatal?	Médico 1 Enfermera 2 Partera 3 Voluntario de Salud 4 Otro 777	Otro → P309 a	
P309 a	¿Quién fue la otra persona que brindo cuidado o atención prenatal?	Especificar qué otra persona mencionó cuando dijo "otro"		
P310	¿Posee el carné pre natal que le dieron, cuando le brindaron atención prenatal durante el último embarazo?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/N R→ P312	
P311	Solicitar el carné prenatal y anotar el número de atenciones prenatales recibió en el centro de salud	No muestra el carné Muestra el carné y anota		
P312	En su último embarazo, ¿Cuántas atenciones prenatales recibió?	Escribir el número de atenciones prenatales		
P313	¿Ha escuchado hablar sobre el plan de parto?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/N R→ P316	
P314	¿Realizó un plan de parto durante el último embarazo?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/N R→ P316	
P315	¿Ese plan de parto en realidad le ayudó a prepararse para el momento del nacimiento de su hijo/hija?	Sí 1 No 0 No responde 999		
P316	¿Ha escuchado hablar sobre el club de embarazadas?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/N R→ P401	
P317	Durante su último embarazo, ¿Participó usted en alguna reunión en el club de embarazadas?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/N R→ P401	
P318	Durante su último embarazo, ¿Cuántas veces participó en las reuniones del club de embarazadas?	Número de veces		

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Respuesta
P319	¿Participar en el club de embarazadas le ayudó a prepararse para el momento del nacimiento de su hijo/hija?	Sí 1 No 0 No responde 999		

Muchas gracias

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Maestría de Epidemiología 2015 – 2017.



Estudio Factores asociados a la ocurrencia de parto comunitario en mujeres en edad fértil de los Municipios de Curaren, Alubaren y Reitoca, durante el período de enero a septiembre del año 2016.

Cuestionario para los controles

Introducción y saludo.

Buenos días mi nombre es... trabajo en el Establecimiento de Salud, en esta ocasión la estamos visitando para realizar una encuesta a cerca de la salud de madres para medir los avances que hemos tenido hasta el momento. Agradecemos mucho su participación en esta encuesta. Esta información ayudará a mejorar las actividades de nuestros servicios. Esta entrevista tarda 25-30 minutos. Cualquier información que nos facilite será mantenida entre nosotros.

La participación de esta entrevista es voluntaria, y esperamos que conteste las siguientes preguntas. Su opinión es muy importante.

Sección 0: Datos de la entrevista, revisión de criterios de inclusión y registro

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Control 01	Control 02	Control 03	Control 04
P001	Municipio donde se realiza la entrevista	Curaren 1 Alubaren 2 Reitoca 3				
P002	Comunidad/Aldea del municipio donde se realiza la entrevista	Escribir el nombre de la comunidad				
P003	Fecha de la entrevista	Día /Mes	___/___/16	___/___/16	___/___/16	___/___/16
P004	Código del entrevistador	Escribir las iniciales del nombre				
P005	¿Se ha obtenido el consentimiento informado de la entrevistada?	Sí 1 No 0				
P006	Nombre de la entrevistada	Dos nombres y primer apellido				
P007	Número de identidad	xxxx-xx-xxxxx				
P008	¿Es control de un caso?	Sí 1 No 0				

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Control 01	Control 02	Control 03	Control 04
P009	Código del control ligado al caso	Iniciales del nombre del caso más número 1, 2, 3 ò 4 según el orden. Ejemplo: JMR-01				

Sección 1: Características sociodemográficas

En esta sección le realizaremos preguntas respecto a los aspectos generales de usted, como por ejemplo su edad, su nivel de escolaridad, su identidad étnica, su situación laboral y familiar.

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Control 01	Control 02	Control 03	Control 04
P101	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Escribir edad en años					
P102	¿Sabe leer y escribir?	Sí 1 No 0 No responde 999					
P103	¿Cuál fue el último grado o año que completó en la escuela o colegio? Seleccionar la respuesta después que el entrevistado haya respondido	No asistió a la escuela/colegio 0 Primaria completa 1 Primaria incompleta 2 Básico completo 3 Básico incompleto 4 Diversificado completo 5 Diversificado incompleto 6 Técnico Superior 7 Universidad 8 No responde 999					
P104	¿Actualmente trabaja usted?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/ NR → P106				
P105	¿Qué tipo de trabajo realiza actualmente?	Oficio Doméstico 1 Agricultora 2 Comerciante 3 Jornalera 4 Vendedor ambulante 5 Empleado público 6 Otro 777 No responde 999	Otro → P105a				
P105a	¿Qué otro trabajo realiza actualmente?	Especificar que trabajo mencionó cuando dijo "otro"					

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Control 01	Control 02	Control 03	Control 04
P106	¿Cuánto es su ingreso mensual aproximado?	Salario al mes en L.					
P107	¿A qué religión pertenece usted?	Ninguna 1 Católica 2 Evangélica 3 Testigo de Jehová 4 Mormón 5 Otros 777 No responde 999	Otro→ P107a				
P107a	¿A cuál otra religión pertenece?	Especificar que religión mencionó cuando dijo "otro"					
P108	¿A qué grupo étnico pertenece usted? Leer las opciones de respuesta y elegir una respuesta	Lenca 1 Chortís 2 Garífuna 3 Isleño 4 Tawahkas 5 Tolupan 6 Pech 7 Misquito 8 Ladino 9 Mestizo 10 Otro 777 No sabe 888 No responde 999	Otro→ P108a				
P108a	¿A qué otro grupo étnico pertenece?	Especifique:					
P109	Actualmente, ¿cuál es su estado civil? Leer las opciones de respuesta y elegir una respuesta	Soltera 1 Casada 2 Unión libre 3 Separada o divorciada 4 Viuda 5 No responde 999					

Sección 2: Acceso a Establecimientos de Salud

En esta sección le realizaremos preguntas respecto al Establecimiento de Salud más cercano donde acude para recibir atención de sus embarazos, por favor responder todas las preguntas porque necesita tener su opinión.

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Control 01	Control 02	Control 03	Control 04
P201	¿Cuál es centro de salud más cercano a su casa?	Alubaren 1 Tablones 2 Curaren 3 La Cuchilla 4 San Marcos 5 Caragual 6 Victorina 7 El Portillo 8 Lodo Negro 9 Reitoca 10 Azacualpa 11 Cerro del Señor 12 Santa Cruz 13 San Carlos 14 La Guadalupe 15 Otro 777 No responde 999	Otro → P201 a				
P201 a	¿Cuál es el otro centro de salud más cercano a su casa?	Especificar qué centro de salud mencionó cuando dijo "otro"					
P202	¿Cómo se traslada más frecuentemente desde su casa a ese centro de salud?	Caminando 1 Bestia 2 Bus 3 Vehículo propio 4 Otro 777	Otro → P202 a				
P202 a	¿De qué otra manera se traslada frecuentemente desde su casa a ese centro de salud?	Especificar como se traslada cuando dijo "otro"					
P203	¿Cuánto tiempo gasta en llegar desde su casa a ese centro de salud?	Colocar el tiempo en horas y minutos según corresponda. Ejemplo: 1:30					
P204	¿Cuál es el lugar de atención de parto más cercano a su casa?	Clínica Materno Infantil 1 Hospital público 2 Hospital Privado 3 No responde 999					

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Control 01	Control 02	Control 03	Control 04
P205	¿Cómo se traslada más frecuentemente desde su casa a ese lugar de atención de parto más cercano a su casa?	Caminando 1 Bestia 2 Bus 3 Vehículo propio 4 Otro 777	Otro → P205 a				
P205 a	¿De qué otra manera se traslada a ese lugar de atención de parto más cercano a su casa?	Especificar como se traslada cuando dijo "otro"					
P206	¿Cuánto tiempo gasta en llegar desde su casa a la clínica materna infantil?	Colocar el tiempo en horas y minutos según corresponda. Ejemplo: 1:30					
P207	¿Cuánto tiempo gasta en llegar desde su casa al Hospital público más cercano?	Colocar el tiempo en horas y minutos según corresponda. Ejemplo: 1:30					
P208	Piense en el último parto ¿Donde tuvo /parió a su ultimo hijo/hija?	Casa 1 Clínica Materno Infantil 2 Hospital público 3 Hospital Privado 4 Otro 777 No responde 999	Otro → P208 a				
P208 a	¿En que otro lugar tuvo /parió a su ultimo hijo/hija?	Especificar qué otro lugar mencionó cuando dijo "otro"					
P209	¿Cuál fue la razón o razones que influyeron en la decisión de haber tenido su último parto en ese lugar? Mencionar el lugar según la respuesta de P208	Más cerca 1 Menos costoso 2 Es más seguro 3 Otro 777 No responde 999	Otro → P209 a				
P209 a	¿Cuál es la otra razón o razones que influyeron en haber tenido su último parto en ese lugar? Mencionar el lugar según la respuesta de P209	Especificar qué otra razón mencionó cuando dijo "otro"					

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Control 01	Control 02	Control 03	Control 04
P210	Piense en el penúltimo parto ¿Donde tuvo /parió a su penúltimo hijo/hija?	Casa 1 Clínica Materno Infantil 2 Hospital público 3 Hospital Privado 4 Solo ha tenido un hijo 555 Otro 777 No responde 999	555 → P301 Otro → P210 a				
P210 a	¿En que otro lugar tuvo /parió a su penúltimo hijo/hija?	Especificar qué otro lugar mencionó cuando dijo "otro"					
P211	¿Cuál fue la razón o razones que influyeron en la decisión de haber tenido su penúltimo parto en ese lugar? Mencionar el lugar según la respuesta de P210	Más cerca 1 Menos costoso 2 Es más seguro 3 Otro 777 No responde 999	Otro → P211 a				
P211 a	¿Cuál es la otra razón o razones en influyó en haber tenido su penúltimo parto en ese lugar? Mencionar el lugar según la respuesta de P211	Especificar qué otra razón mencionó cuando dijo "otro"					

Sección 3: Antecedentes de embarazos, la atención prenatal, plan de parto, club de embarazadas

En esta sección le realizaremos preguntas respecto a los embarazos anteriores, atención prenatal recibida, plan de parto y participación en club de embarazadas

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Control 01	Control 02	Control 03	Control 04
P301	¿A los cuántos años tuvo usted su primer hijo o hija?	Escribir edad en años No sabe 888 No responde 999					
P302	En total ¿cuántos embarazos ha tenido usted?	Número de embarazos No sabe 888					

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Control 01	Control 02	Control 03	Control 04
P308	¿Cuál fue la razón o razones que influyeron en que usted recibiera atención prenatal en su último embarazo en ese lugar? Mencionar el lugar según la respuesta de P306	Ver la salud del niño 1 Ver como esta mi salud 2 Salud del niño y la mía 3 Por las vitaminas 4 Otro 777 No responde 999	Otro → P308 a				
P308 a	¿Cuál es la otra razón o razones en influyeron en haber tenido su último parto en ese lugar?	Especificar qué otra razón mencionó cuando dijo "otro"					
P309	En su último embarazo ¿Quién le brindó los cuidados o la atención prenatal?	Médico 1 Enfermera 2 Partera 3 Voluntario de Salud 4 Otro 777	Otro → P309 a				
P309 a	¿Quién fue la otra persona que brindo cuidado o atención prenatal?	Especificar qué otra persona mencionó cuando dijo "otro"					
P310	¿Posee el carné pre natal que le dieron, cuando le brindaron atención prenatal durante el último embarazo?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/N R→ P312				
P311	Solicitar el carné prenatal y anotar el número de atenciones prenatales recibió en el centro de salud	No muestra el carné Muestra el carné y anota					
P312	En su último embarazo, ¿Cuántas atenciones prenatales recibió?	Escribir el número de atenciones prenatales					
P313	¿Ha escuchado hablar sobre el plan de parto?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/N R→ P316				
P314	¿Realizó un plan de parto durante el último embarazo?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/N R→ P316				
P315	¿Ese plan de parto en realidad le ayudó a prepararse para el momento del nacimiento de su hijo/hija?	Sí 1 No 0 No responde 999					

No.	Pregunta	Opciones de respuesta	Salto	Control 01	Control 02	Control 03	Control 04
P316	¿Ha escuchado hablar sobre el club de embarazadas?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/N R→ P401				
P317	Durante su último embarazo, ¿Participó usted en alguna reunión en el club de embarazadas?	Sí 1 No 0 No responde 999	No/N R→ P401				
P318	Durante su último embarazo, ¿Cuántas veces participó en las reuniones del club de embarazadas?	Número de veces					
P319	¿Participar en el club de embarazadas le ayudó a prepararse para el momento del nacimiento de su hijo/hija?	Sí 1 No 0 No responde 999					

Muchas gracias