



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

“CAUSAS QUE IMPIDEN LA APLICACIÓN DEL PLAN DE REDUCCIÓN, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA DEL HOSPITAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA, AÑO 2013”

**TESIS COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA**

Maestrante

MD. CAROLA ERIKA CEREZO CARRASCO

Tutor

DRA. MARIANA DE JESÚS NAGUA RODRÍGUEZ, M.Sc

GUAYAQUIL- ECUADOR

2015



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Esta tesis cuya Autoría corresponde a Sra. Médico **Carola Erika Cerezo Carrasco**, ha sido aprobada luego de su defensa pública, en La forma presente ante el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito para obtener el Grado de **MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA**.

Dr. Mario Ortiz San Martín Esp.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Marco Ruíz Pacheco. M.Sc
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Elisa Llanos Rodríguez M.Sc.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Mercedes Morales López.
SECRETARIA
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICADO DEL TUTOR

Dra. Mariana Nagua Rodríguez, ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA, domiciliada en la ciudad de Babahoyo. En mi calidad de tutor del Trabajo de Investigación de Tesis para obtener el título de Magister en Epidemiología, de la Facultad piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICO que: he dirigido y revisado la tesis, presentada por la Sra. MÉDICO CAROLA ERIKA CEREZO CARRASCO, con C.I. N° 0922260856

Cuyo tema de tesis es: “CAUSAS QUE IMPIDEN LA APLICACIÓN DEL PLAN DE REDUCCIÓN, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA DEL HOSPITAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA, AÑO 2013”

La tesis fue revisada y corregida; la tesis se aprobó en su totalidad lo certifico.

Dra. Mariana Nagua Rodríguez, M.Sc
Tutora

CERTIFICADO DEL GRAMATICO

En mi calidad de Gramático del Trabajo de Investigación de Tesis para obtener el título de Magister en Epidemiología, de la Facultad piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICO que: he revisado la tesis, presentada por la Sra. MÉDICO CAROLA ERIKA CEREZO CARRASCO, con C.I. N° 0922260856

Cuyo tema de tesis es: “CAUSAS QUE IMPIDEN LA APLICACIÓN DEL PLAN DE REDUCCIÓN, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MUERTE MATERNA DEL HOSPITAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA, AÑO 2013”

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes en la lengua española.

Dr. José Antonio Aveiga San Andrés
Doctor en Ciencias de la Educación
Especialización Literatura y Castellano
C.I. 090224352-6
Registro 1006-03-405476

DEDICATORIA

A mis padres, Teodoro y Nancy, por su apoyo en mi formación académica, por su incondicional colaboración. A mis hijas Yngeborth y Mayleen que son una bendición de Dios.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de investigación es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas, acompañándome en todo momento.

Agradezco:

A Dios por haberme permitido alcanzar una meta más en mi vida.

A mis padres por su cariño, comprensión y apoyo incondicional.

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
Caratula	
Contracaratula	I
Certificado de tutor	II
Certificado de gramatólogo	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Índice general	VII
Índice de cuadros	IX
Índice de gráficos	X
Repositorio	XI
Resumen	XII
Summary	XIII
Introducción	1
El problema	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Descripción del problema	7
1.3 Formulación del problema	7
1.4 Preguntas de Investigación	8
1.5 Objetivos de Investigación	8
1.5.1 Objetivo general	8
1.5.2 Objetivos específicos	8
1.6 Justificación	9
1.7 Viabilidad	12
2. Marco teórico	13
2.1 Antecedentes	13
2.2 Bases teóricas	16

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
2.2.1 Modelo de organización de los servicios	16
2.2.2 Modelo CONE	20
2.3 Marco Conceptual	21
2.4 Marco Legal	22
2.5 Hipótesis	23
2.6 Variables de Investigación	23
2.6.1 Variable Independiente	23
2.6.2 Variable Dependiente	23
2.6.3 Variable Intervinientes	23
2.7 Operacionalización de las variables	24
3. Materiales y métodos	25
3.1 Tipo de estudio	25
3.2 Diseño metodológico	25
3.3 Método de investigación	26
3.4 Universo y muestra	26
3.5 Recursos empleados	28
3.5.1 Talento Humano	28
3.5.2 Recursos físicos	28
3.6. Procedimiento de investigación	29
3.6.1 Operacionalización de equipo	29
3.6.2 Análisis de la información	29
3.7 Resultados y análisis	29
3.8 Discusión	48
4. Propuesta	51
5. Conclusiones	58
6. Recomendaciones	62

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
Bibliografía	64
Anexo	67

ÍNDICE DE CUADROS

Contenido	Pág.
MARCO TEORICO	
Cuadro 1: Las tres demoras	19
Cuadro 2: Modelo CONE	20
CONSULTA EXTERNA	
Cuadro 1: Edad de la gestante	29
Cuadro 2: Estudios	31
Cuadro 3. Estado civil	32
Cuadro 4: Antecedentes obstétricos	33
Cuadro 5. Hábitos tóxicos.	34
Cuadro 6. Inmunización con toxoide tetánico	35
Cuadro 7. Control odontológico	36
Cuadro 8: Examen VRDL o serológico de Lúes	37
Cuadro 9: Controles médicos	38
Cuadro 10. Controles médicos	39
Cuadro 11: Bacteriuria	40
Cuadro 12: Examen de glicemia	41
Cuadro 13: Suplementación con hierro y ácido fólico	42
Cuadro 14: Análisis de la primera parte	43
HOSPITALIZACIÓN	
Cuadro 1: Semanas de gestación	44
Cuadro 2. Tipo de parto	45
Cuadro 3: Peso al nacer	46
Cuadro 4: Control del puerperio	47

ÍNDICE DE GRAFICOS

Contenido	Pag.
CONSULTA EXTERNA	
Gráfico 1: Edad de la gestante	30
Gráfico 2: Estudios	31
Gráfico 3. Estado civil	32
Gráfico 4: Antecedentes obstétricos	33
Gráfico 5. Hábitos tóxicos.	34
Gráfico 6. Inmunización con toxoide tetánico	35
Gráfico 7. Control odontológico	36
Gráfico 8: Examen VRDL o serológico de Lúes	37
Gráfico 9: Controles médicos	38
Gráfico 10. Controles médicos	39
Gráfico 11: Bacteriuria	40
Gráfico 12: Examen de glicemia	41
Gráfico 13: Suplementación con hierro y ácido fólico	42
Gráfico 14: Análisis de la primera parte	43
HOSPITALIZACIÓN	
Gráfico 1: Semanas de gestación	44
Gráfico 2. Tipo de parto	45
Gráfico 3: Peso al nacer	46
Gráfico 4: Control del puerperio	47

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: “Causas que impiden la aplicación del plan de reducción, vigilancia epidemiológica de la muerte materna del hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor de la provincia de Santa Elena, año 2013”

AUTORA/: Md. Carola Cerezo Carrasco

TUTORA: Dra. Mariana Nagua Rodríguez M.Sc

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: PILOTO DE ODONTOLOGIA

CARRERA: Maestría en Epidemiología

FECHA DE PUBLICACIÓN: Fecha de disertación

No. DE PÁGS: 90 páginas

ÁREAS TEMÁTICAS: AREAS DE SALUD.

PALABRAS CLAVE: Causas, aplicación, reducción, plan, muerte materna.

RESUMEN: La aplicación de la Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) es la responsable del manejo adecuado oportuno y uniforme de los trastornos gestacionales en las pacientes del Hospital Dr. Liborio Panchana, centros de salud San José, Atahualpa, y Santa Elena de la provincia de Santa Elena, evitando el manejo inadecuado de complicaciones materno-fetal, en la actualidad. Resultados. No hay atención integral, no hay buenas coberturas de atención prenatal y odontológica, el examen de VIH-SIDA, y factor Rh al 100% de embarazadas, no existe capacidad resolutive en los centros de salud y las usuarias terminan en el hospital. Situación que vamos a mejorar con la implementación del monitoreo y seguimiento del CONE.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono:0999157922

E-mail:carolacerezo@icloud.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre:

Teléfono:

Quito: Av. Whympner E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. **Fax: (593 2) 250905**

RESUMEN

La aplicación de la Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) es la responsable del manejo adecuado oportuno y uniforme de los trastornos gestacionales en las pacientes que ingresan en el área de emergencia y consulta externa del Hospital Dr. Liborio Panchana de la provincia de Santa Elena, evitando el manejo inadecuado de complicaciones materno-fetal, en la actualidad. El presente estudio-investigación “Causas que impiden la aplicación del plan de reducción, vigilancia epidemiológica de la muerte materna, año 2013. Tiene como objetivo general. Determinar las causas que impiden la aplicación del plan de reducción, vigilancia epidemiológica de la muerte materna del hospital Dr. Liborio Panchana de la provincia de Santa Elena, año 2013. El universo de estudio lo conformaron 100 historias clínicas únicas de embarazadas, de enero a diciembre 2013, la fuente de información fue obtenida de registros de estadísticas del Hospital Dr. Liborio Panchana, y de los centros de salud de San José de Ancón, Anta Elena y Atahualpa, se elaboró una matriz o base de datos de donde obtuvimos las variables. Resultados. No hay atención integral, no hay buenas coberturas de atención prenatal, odontológica, el examen de VIH-SIDA, y factor Rh al 100% de embarazadas, pero los demás exámenes de laboratorio no se realizan a todas las embarazadas, no existe capacidad resolutive en los centros de salud y las usuarias terminan en el hospital. Situación que vamos a mejorar con la implementación del monitoreo y seguimiento del CONE.

Palabras claves: causas, aplicación, reducción, plan, muerte materna.

SUMMARY

The implementation of the Strategy of Essential Obstetric and Neonatal Care (CONE) is responsible for the timely and proper handling uniform gestational disorders in patients admitted to the emergency area of the hospital and outpatient Dr. Liborio Panchana of the province of Santa Elena, avoiding improper handling of maternal and fetal complications today. This study-research "Causes impeding the implementation of the reduction plan, epidemiological surveillance of maternal death, 2013. Its overall objective. Determine the causes that prevent the implementation of the reduction plan, epidemiological surveillance of maternal death of Dr. Liborio Panchana hospital in the province of Santa Elena, 2013. The universe of study was made up only 100 medical records of pregnant women from January to December 2013, the source of information was obtained from accounting records of Hospital Dr. Liborio Panchana, and health centers in San José de Ancon, Anta Elena and Atahualpa, a matrix or database where we got was developed variables. Results. No comprehensive care, there is good coverage of prenatal, dental care, HIV-AIDS test, Rh factor and 100% of pregnant women, but other laboratory tests are not performed to all pregnant women, there is no response capacity in health centers and end users in the hospital. Situation that we will improve with the implementation of monitoring and follow-CONE.

Keywords: causes, application reduction plan , maternal death.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materno-infantil a nivel mundial representa uno de los problemas más graves y difíciles de afrontar en la Salud Pública, según cifras de hasta el 2011 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 99% recae sobre los países en vías de desarrollo dentro de los cuales está nuestro país. A razón de 430 muertes por cada 100.000 nacidos vivos mundialmente, 480 en países en vías de desarrollo y 27 en países desarrollados, como se demuestra en cifras hay una desproporción en el segundo grupo.

Ante esta problemática la OMS en la cumbre de la Naciones Unidas, celebrada en Ginebra en septiembre del 2010, el secretario general Ban Ki-moon presentó una “Estrategia mundial de la salud de las mujeres y los niños” cuyo objetivo es salvar la vida a más de 16 millones en los 4 próximos años, constituyéndose los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Ban Ki Moon, 2010).

Es necesario recordar que la mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo el parto, el puerperio o su manejo pero no por causas accidentales.

Dentro de este contexto podemos citar que los trastornos varían desde los relacionados con complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, incluso algunas pueden estar presentes antes del embarazo y agravarse en el mismo, El 80% por causas directas como: hemorragias intensas, graves o masivas aproximadamente

en un 24%, infecciones generales (septicemias) en un 15% , trastornos hipertensivos (toxemia: Preeclampsia y eclampsia) más o menos 12%, el parto obstruido 8% y los abortos peligrosos (secuelas) 13% . Entre las causas indirectas se cuentan como más importantes enfermedades previas como paludismo, VIH, anemia, enfermedades cardiovasculares, diabetes, accidentes y violencia que representan 20%.

El CONE *es una estrategia* que responde al objetivo general del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS2, que coordina a los prestadores de servicios de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales articulados por territorios: parroquial, cantonal y provincial o a su vez respondiendo a la nueva organización territorial del país: circuito, distrito y zona, con capacidad resolutive según el nivel de atención, incluyendo y coordinando a los proveedores de salud de la medicina ancestral. Tiene como propósito asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial de calidad a todas las madres y recién nacidos/as que lo requieran. (MSP, 2008)

Hemos dirigido nuestro estudio en el área de Emergencia y a la vez a la Consulta Externa de Gineco-obstetricia porque son los lugares de control perinatal y prevención. Es ante esta importante temática es que se justifica realizar un análisis de las causas locales que impiden la aplicación del plan mundial de reducción de muerte materna por medio de la aplicación de un modelo de detección oportuna que relaciona los factores predisponentes o de riesgos mediante un instrumento de alerta y con base a una casuística propia y local destacada que le da la naturaleza de vigilancia epidemiológica conociendo los pro y los contra en cuanto a los aspectos más importantes de nuestro entorno en particular. El universo está constituido por todas las

historias clínicas de las pacientes que se atendieron en dichas dependencias y tenían algún factor de riesgo.

Se investigara el estado nutricional, raza y nivel socio económico mediante un sistema de encuesta, una vez tabulados se realizara una propuesta práctica para la aplicación del protocolo de atención con más agilidad y mejor calidad. Esta herramienta o matriz elaborada será aplicativa a unidades desconcentradas de servicio, es decir tendrá un gran alcance donde el problema suele ser mayor por las limitantes.

En tanto a los trabajos realizados sobre el mismo tema hay trabajos que señalan los impedimentos a nivel local en una comunidad o institución que son resaltados con el objetivo de determinar una toma de decisiones y acciones oportunas. El método de trabajo va a ser realizar una casuística con técnicas matemáticas y estadísticas de variables cuantitativas y cualitativas para obtener una caracterización del problema que nos preocupa y a la vez una herramienta de monitoreo, así como también una propuesta de intervención.

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para Ecuador uno de los indicadores que no ha sido superado en los últimos años es el de mortalidad materna son muchos los factores que la complican, unos son de tipo cultural, social, de maltrato e inequidad de género y el más importante es el económico todos conocemos que la problemática afecta más a la gente de escasos recurso, la enfermedad y la muerte afecta a las más vulnerables precisamente a este grupo de mujeres, que se encuentran en mayor desventaja porque sin las más pobres, las analfabetas y las que residen en el área urbano-marginal y rural dispersa. Con sus respectivas consecuencias que afectan directamente en el nivel y calidad de vida de esta pobres mujeres, y que incide en el desarrollo humano de las presentes y futuras generaciones (UNFPA, 2007).

El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 (SoWMy 2014): Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer, se inspira en la iniciativa Todas las mujeres, todos los niños del Secretario General de las Naciones Unidas y en su llamamiento a la acción de septiembre de 2013 a hacer todo lo posible por lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015 y a trabajar para la elaboración y la adopción de una agenda para el desarrollo después de 2015 basada en el principio de la universalidad (Ki-moon, 2013) .

De acuerdo a los datos generados por el INEC, encontramos en un 4to lugar al Ecuador entre los países de América Latina, que presentan la mayor razón de mortalidad materna del 96,30% para el 2009. Para el país con población joven 45% menores de 18 años teniendo un porcentaje de nacimientos equivalentes al

19,9%, si comparamos con el porcentaje de nacimientos 12,2% en el grupo de mujeres de 35 años y más.

La mortalidad materna es un indicador claro en donde se visualiza la injusticia social, sobre todo la inequidad de género y pobreza: por esta razón casi siempre un embarazo o parto terminan en la muerte de la mujer o de su niño; en donde se reflejan los problemas como el escaso o limitado acceso al control prenatal así como la atención deficiente de salud; que convierte estos hechos en dramáticos por la poca atención que se le da a este grave problema de salud de la mujer en estado de gestación y la poca importancia que existe para atender todas las situaciones que vive la mujer embarazada tales como la situación de atraso, excesiva marginación, y el rechazo así como y la demora que se da a estos factores en que también tiene responsabilidad el personal de salud y autoridades gubernamentales que no dan solución efectiva a estos problemas de la embarazada, familiares y comunidad.

Por otro lado, la paupérrima situación económica en la que viven estas pobres mujeres que además debe de enfrentar una serie de factores de riesgo sociales y culturales que la ubican en una desventaja para enfrentarse a la dura vida cotidiana.

La muerte materna es un gran problema de salud dentro del campo materno infantil, no solo por la frecuencia sino por el aspecto médico, social económico y nutricional.

En el aspecto social puede provocar un infante con trastornos en el desarrollo intelectual, problemas en el aprendizaje, problemas de adaptación y mucho más grave un infante sin madre y/o una familia sin los cuidados maternos.

En lo económico no solo por el padre sino que interviene el estado en dar una buena asistencia y tener insumos médicos, reactivos de laboratorio para su control, soportes de ventilación mecánica en UCI, medicación, etc. lo cual genera un alto costo.

En la parte nutricional sino cuenta la mujer con un aporte adecuado de calorías proteínas y carbohidratos se incrementan los factores de riesgos fatales, con bebe de bajo peso.

La muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio, es una gran tragedia para los familiares, la comunidad y un país, con profundas consecuencias y secuelas sociales y económicas. En su mayoría de estas muertes pueden ser prevenibles con acciones dirigidas a evitar un embarazo no deseado, no planificado, con controles prenatales integrales oportunos, integrales para detección de riesgos y para el tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas y para una atención profesional del parto y puerperio.

Como signatario de los objetivos de desarrollo del milenio ODM, Ecuador ha logrado importantes avances en salud sexual y reproductiva gracias a la implementación de políticas que buscan garantizar el derecho a la salud. Esto ha permitido avanzar en el propósito de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna hacia el año 2015.

El trabajo en torno a la reducción de la mortalidad materna debe estar sustentado en las estrategias de la “Maternidad segura” que enfatizan la necesidad de actuar sobre los factores determinantes de las muertes maternas y de los problemas de salud reproductiva, incluidos el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual.

El plan de reducción de la muerte materna Acuerdo Ministerial 2005 pone en evidencia que la tasa de mortalidad materna en el país es todavía demasiado alta, si se la compara con la de los otros países de la región. Entre las principales causas se señalan, eclampsia 21,8%, hemorragia 12,3% y Sepsis 10.1%.

La presente investigación surge a raíz de la preocupación manifestada por los administradores y personal de salud de la provincia de Santa Elena en esta institución de reciente inauguración, donde exponen como principal problema de salud las altas tasas de muerte materna, si bien este no es un problema actual que no se dan en las unidades operativas del MSP, ocurren en los grandes centros hospitalarios o en los hogares.

1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: “Causas que impiden la aplicación del plan de reducción, vigilancia epidemiológica de la muerte materna del hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor de la provincia de Santa Elena, año 2013”

Objeto de estudio: Causas que impiden la aplicación del plan de reducción, vigilancia epidemiológica

Campo de acción: muerte materna

Área: Postgrado

Lugar: Facultad Piloto de Odontología

Periodo: 2010-2012

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo inciden las causas que impiden la aplicación del plan de reducción, vigilancia epidemiológica de la muerte materna en el hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor de la provincia de Santa Elena, año 2013”?

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las estrategias que se aplican en el primer nivel de salud a las embarazadas?

¿Cuáles son las costumbres culturales en la atención del parto?

¿Por qué es importante el agendamiento y el ingreso inmediato de la gestante?

¿Cómo podemos sensibilizar al personal de salud para brindar una atención, oportuna, periódica, integral y de calidad a las mujeres durante su etapa prenatal, y postnatal en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos?.

¿Cuenta la unidad hospitalaria con recursos humanos, materiales, medicamentos, y normas necesarias para una atención de calidad materna y neonatal?

Como un plan estratégico de cuidados obstétricos neonatales esenciales, en todos los niveles de atención evita las muertes maternas.

1.5 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las causas que impiden la aplicación del plan de reducción, vigilancia epidemiológica de la muerte materna del hospital Dr. Liborio Panchana de la provincia de Santa Elena, año 2013.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el tipo de atención Determinar la atención integral del embarazo en el primer nivel de atención.

- Definir si la unidad hospitalaria cuenta con los recursos humanos, materiales, medicamentos y normas necesarios para una atención de calidad materna y neonatal.
- Describir las costumbres culturales en la atención del parto.
- Diseñar un plan estratégico de cuidados obstétricos neonatales esenciales para todos los niveles de atención.

1.6 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo se desarrolló por ser la mortalidad materna un problema de salud pública desde 1990 y se ha reducido casi un 50% y la mortalidad infantil un 41%. *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014* se centra en 73 de los 75 países de bajos ingresos y de ingresos medianos que se incluyen en los informes de la “Cuenta atrás para 2015 (Countdown to 2015)”.

Más del 92% de todas las muertes maternas y neonatales y mortinatos del mundo tienen lugar en estos 73 países. Sin embargo, sólo el 42% de los médicos, personal de partería y enfermería del mundo está disponible en estos países para las mujeres y los niños recién nacidos (en adelante, “recién nacidos”). En los 73 países analizados por el informe, la tasa de mortalidad materna se redujo un 3% por año y la tasa de mortalidad neonatal un 1,9 por año.

Desde la edición de 2011, los países, gobiernos, entes reguladores, instituciones de capacitación, asociaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales que

aportaron datos han tomado medidas enérgicas para fortalecer la partería. • Casi la mitad (el 45%) de los 73 países están trabajando para mejorar la retención del personal de partería en zonas remotas • El 28% de los países están aumentando la contratación de parteras y su asignación a puestos de trabajo • El 20% de los países cuentan con nuevos códigos de práctica y/o marcos normativos. • El 71% de los países están mejorando la recopilación de datos, información y la rendición de cuentas (OMS-UNFPA, 2014) .

ODM¹. Objetivo 5: “Mejorar la salud materna”. La tasa de mortalidad materna disminuyó sensiblemente en el período 1990– 2004 al pasar de 117,2 a 50,7 defunciones por cada cien mil nacidos vivos. Las mujeres indígenas y las que viven en el sector rural del país son las más afectadas. Para alcanzar la meta de 29,3, los esfuerzos han de incrementarse sostenidamente fortaleciendo el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y el Programa de Atención Integral de Salud de la Mujer y la Pareja (OPS-OMS, 2010)

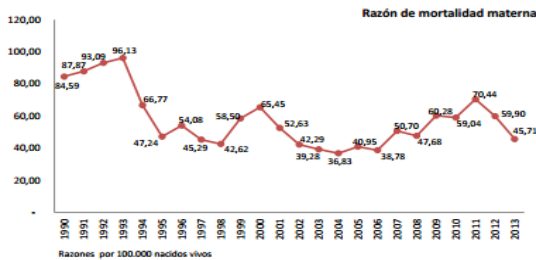


Gráfico 1: Razón de mortalidad materna
Fuente: INEC 2013

¹ Objetivos de desarrollo del Milenio Ecuador

De acuerdo a los datos del INEC 2013, el análisis desde 1990 al 2013 ha existido un descenso, pero a partir del 2013 se mantiene la misma tasa 45,71 por cien mil nacidos vivos².

Si una persona ha tenido abortos le aumenta la probabilidad de tener partos prematuros, otro factor para que se presenten abortos es la edad avanzada de la gestante. Por lo tanto, si prevenimos los embarazos de bajo peso con productos de bajo peso evitamos los partos de bajo peso, y será menor el riesgo de una defunción materna.

Otro factor predisponente a que ocurra una defunción materna asociada al embarazo son los embarazos de alto riesgo que terminan muchas veces en abortos de alto riesgo, como los abortos a partir del segundo trimestre de gestación que son causados por personas no especializadas e irresponsables, o realizados en lugares que carecen de los requisitos mínimos para realizar el este procedimiento quirúrgico.

En América del Sur por cada 1000 mujeres que se embarazan ocurren 34 abortos peligrosos.

La investigación se vincula con el **Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017** en el **Objetivo N°3**. Mejorar la calidad de vida de la población. Y las políticas: **Política 3.1**. Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. Lineamiento: c. Incentivar la implementación de procesos de desarrollo profesional, formación continua, evaluación, certificación y recategorización laboral para los profesionales de la educación y la salud y para los profesionales

² Datos INEC 2013

o técnicos de servicios de atención y cuidado diario. **Meta 3.1.** Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%

Política 3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas. **Lineamiento. d.** Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal a la madre y el recién nacido, para prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia. **Meta 3.2.** Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0% (SENPLADES, 2013)

1.7 VIABILIDAD

Esta investigación es viable porque nos ha permitido solucionar los problemas de salud de las embarazadas, saben prevenir riesgos, mejorar los diferentes indicadores, es de interés nacional e institucional, académico y personal porque hemos disminuido, las cesáreas innecesarias, se mejoró el control prenatal en el primer nivel de atención. Porque solo de esta manera logramos el buen vivir de nuestras mujeres y sus productos.

Gracias a la implementación de la estrategia se ha creado en los profesionales consciencia, empoderamiento y mística de trabajo, ven a la estrategia como la herramienta que les ha permitido disminuir los riesgos, se actúa de manera oportuna para la vigilancia epidemiológica de los factores que predisponen a la muerte materna.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Para América Latina, como un común denominador encontramos las siguientes enfermedades como causa más frecuente de mortalidad materna: en primer lugar tenemos las hemorragias (20%), segundo lugar la pre-eclampsia (22%), otras complicaciones en el posparto (15%), otras conocidas como causas directas (17%) y causas asociadas al aborto (11%).

La morbilidad agravada por el embarazo calificada como causas no prevenibles corresponde tan solo al 15%, por lo que queda demostrado que las causas evitables o prevenibles son la mayoría, debemos combatir todas estas brechas de salud y la inequidad, que hacen la mortalidad materna sea el indicador de mayor impacto para nuestra región (Braveman, 2002).

En el Ecuador a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno de turno, en bajar la mortalidad materna no lo a podido lograr, es un problema de salud pública multicausal. El problema de la mortalidad materna está fuertemente asociadas a varios factores de riesgo, culturales, sociales y la lleva a un problema doble como es la mortalidad perinatal, en el mundo ocurren 5,7 millones de muertes maternas y el 99% de estas muertes ocurren en países subdesarrollados. La muerte perinatal ocurre el 50% en la etapa antenatal y el otro 50%, hasta 7 días después del nacimiento (MNP). (González P, 2010).

En Ecuador, en la medicina basada en evidencias, han cambiado sus políticas de salud y han apuntado a la reducción acelerada de la Muerte Materna e infantil, por esta razón el gobierno central

ha invertido mucho dinero en modernizar las unidades de salud equipándolas, dotándolas de personal calificado, y para disminuir las tasas de mortalidad materna ha puesto en marcha la estrategia CONE, según el MSP. El CONE es una estrategia que se identifica y que responde a las expectativas planteadas en el objetivo general del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud MAIS2, basados en la nueva estructura política del país u organización territorial circuito, distrito y zona.

Se procedió a realizar un proceso de reingeniería, equipando y capacitando al personal mejorando la toma de decisiones y capacidad resolutive de cada uno de los niveles de atención, y la medicina ancestral. El objetivo principal que las embarazadas tengan una atención integral, con calidad y calidez asegurando de esta manera la atención a todas las madres y recién nacidos/as, con calidad y calidez.

La estrategia CONE está comprometida en brindar servicios integrados, de atención integral, humanizados y continuos a la madre durante su etapa prenatal y postnatal así como la atención al recién nacido. Además de fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Materna se incorpora la Mortalidad Neonatal definido para el efecto.

Para este trabajo investigativo vamos a partir de experiencias de otros provincias, tomando en consideración que nuestra provincia es de reciente creación, y hemos podido revisar los datos estadísticos que nos ofrece el MSP, y seleccionamos a los de la provincia del Guayas, ciudad de Guayaquil, los indicadores gineco obstétricos de las unidades de salud pertenecientes al Distrito de Salud N°8, pudimos apreciar que tienen una tasa de incidencia de cesáreas 30% que es superior a la normativa

señalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la tasa para cesáreas a nivel hospitalario no debe sobrepasar el 15% del total de partos atendido en el hospital, cuando se han realizado estudios en otros países en donde se realizaron cerca de trescientas mil cesáreas realizadas en varios países y establece los indicadores de calidad de subutilización y de tasas elevadas (Souza, 2010), La tasa estimada de cesáreas en el mundo fue de 15%. En América Latina salió un valor promedio fue de 29,2%, y existen valores extremos como el caso de Haití con la tasa más baja (1,7%), Honduras (7,9%) y los mayores en México (39,1%), Brasil (36,7) (Morera S, 2013).

Con estos antecedentes tenemos que analizar muchos indicadores que a continuación voy a detallar.

En nuestro hospital a la fecha tenemos una tasa de incidencia de cesáreas sobre el 30%, el doble de lo que se estableció en la OMS, las pacientes que atendemos en nuestra unidad hospitalaria son referidas de los centros de salud de San José de Ancón, Santa Elena y Atahualpa, pero esta embarazadas no han recibido una buena atención prenatal, no se maneja la integralidad.

Es por eso que realizaremos un diagnóstico, y trabajaremos con las historias clínicas únicas de las embarazadas atendidas en el 2013, para saber si el problema viene del primer nivel de atención o acaso se complican las pacientes en el hospital, ya sea porque no son agendadas de inmediato, y postergan su ingreso al hospital.

Es por eso que realizamos esta propuesta para capacitar a todo nivel con la estrategia CONE, que es una “Estrategia Nacional para los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales” (CONE) y que constituye la respuesta técnica de nuestro gobierno, que

integra los dos pilares fundamentales en la lucha contra esa problemática, el “Incremento del Acceso” y la “Mejora de la Calidad de Atención en los Servicios de Salud”. Además integra el concepto mundial actual del “continuo” de la atención al proceso de la reproducción “Madre-Recién Nacido”.

La estrategia Incluye la re organización de los servicios en función de su capacidad de respuesta, su integración como una red articulada que atiende a la población de los espacios población definidos como “Distritos”, también incluye las actividades de capacitación, normatización y monitoria y evaluación del desempeño como herramientas fundamentales para mejorar la calidad de la atención.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 MODELO DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS: SISTEMA LOCAL DE CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (SI – CONE)

La presente estrategia aplicará el modelo de atención “Sistema Integrado de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales CONE” (SI-CONE) basado en los conceptos definidos por la OMS y aceptados por el Sistema de Naciones Unidas y otros organismos de cooperación técnica y financiera en todo el mundo, conocidos como “**Cuidados Obstétricos Emergencia (COEm)**” está definida la cantidad y tipo de unidades de salud para atender a ciertos grupos poblacionales, en donde se utilizan “**indicadores de proceso**” relacionados con el cuidado obstétrico esencial tales como el porcentaje de cesárea y la

letalidad Hospitalaria por complicaciones obstétricas (MSP, Manual de Normas Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales, 2008).

Para poder reducir la mortalidad materna y neonatal debemos poner en marcha un plan de monitoreo y vigilancia de la estrategia CONE. En donde debemos superar todas las adversidades y limitantes económicas, culturales, geográficas, y de servicios que están impidiendo la buena marcha del programa, y haciendo que los usuarios del servicio no puedan reconocer oportunamente un problema de salud y demandar de inmediato a los servicios de salud para su pronta solución, todo esto, conduce a serias demoras que frecuentemente terminan en la muerte y que se agrupan en el modelo de las tres demoras que describimos a continuación.

El Modelo de las tres demoras

Estas barreras y sus consecuencias pueden agruparse en un modelo llamado “Las Tres Demoras”: **la primera** demora ocurre en tomar la decisión de buscar ayuda; **la segunda** demora en llegar a la instalación de tratamiento y **la tercera** demora ocurre en recibir el tratamiento oportuno y adecuado en los servicios de salud.

La primera demora: la usuaria debe tomar la decisión de buscar ayuda:

Es la decisión más difícil de buscar ayuda, existen limitantes culturales, para poder cumplir con este primer paso, para que una mujer con una complicación en su embarazo, reciba atención CONE. Decisión que está influenciada por muchos factores entre ellos que la mujer no puede tomar sus propias decisiones, su

familia o acompañante, que no saben reconocer que la embarazada tiene una complicación que amenaza su vida y no saber a dónde acudir. Puede ser que las personas sepan que necesitan ayuda, pero deciden no ir a un hospital porque conocen que la calidad del servicio no es buena y saben que no hay médicos capacitados y con habilidades obstétricas.

Los factores culturales juegan un factor importantísimo en cuanto a tomar la decisión de buscar ayuda. El estatus de la mujer en una comunidad machista y la autonomía también afecta la decisión de buscar ayuda. Además, las características culturales de la forma como se atiende el parto en las Unidades de Salud muchas veces son diferentes o hasta opuestas a la cultura y tradiciones de la población.

El acceso a los servicios de salud y la distancia que existe a la unidad de salud, disponibilidad y eficiencia del transporte público y privado, influyen en la toma de decisión de la persona en buscar ayuda. Además, servicios de salud con poca credibilidad y reputación, juegan un papel clave, es posible que las personas no busquen ayuda profesional rápida o en absoluto si creen que los servicios son de mala calidad.

La segunda demora: llegar a la Unidad de salud para recibir tratamiento:

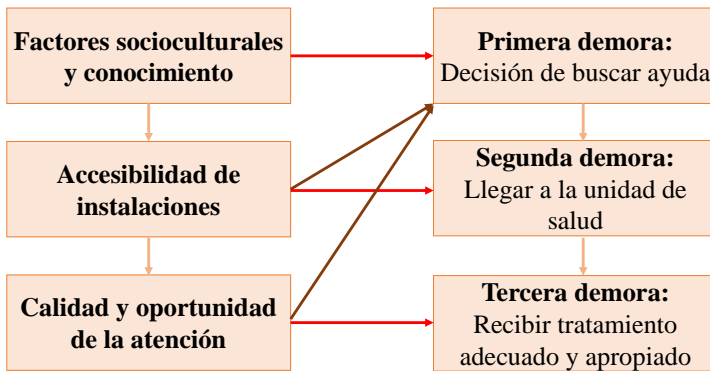
Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, y haber superado las instancias anteriores la mujer llega a la Unidad de salud donde están disponibles los CONE. Pero se encuentra con una novedad, que debe agendarse para su atención, en estos momentos depende del criterio del agendador para realizar su ingreso al hospital, muchas veces tienen que esperar muchos días y se produce la muerte llegando a tiempo al servicio. La accesibilidad a las unidades hospitalarias limitada por el

agendamiento de la embarazada; por lo tanto influenciará la demora en este paso. La accesibilidad es una función de distancia a la unidad de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo. La accesibilidad también es una función de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud, como es el agendamiento.

La tercera: demora en recibir el tratamiento adecuado en los servicios de salud: Muchas mujeres mueren en los hospitales, habiendo superado las barreras de la primera, segunda demoras y tercera demora (agendamiento). La calidad de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales depende de muchos factores como el personal capacitado y humanizado, disponibilidad de medicamentos y suministros, las condiciones de la Unidad y la calidez con que se brinda la atención, que está íntimamente relacionada con la actitud del personal para abordar y resolver el problema. Sin embargo, una Unidad que cuenta con todos los recursos requeridos, puede brindar un mal servicio, si el contenido de los servicios que brinda no está basado en la evidencia o si el personal no ejecuta los procedimientos de manera correcta, o ambas cosas. Todos estos elementos se incluyen en lo que llamamos calidad clínica de la atención.

La oportunidad es un factor importantísimo en la tercera, el tiempo que transcurre entre que la usuaria llega al servicio y es atendida, muchas veces pasa mucho tiempo en las salas de espera sin que se identifique su urgencia del caso e iniciar la atención, una vez que está siendo atendida es muy importante el tiempo que transcurre en la orden médica y la aplicación del medicamento o toma de muestras para exámenes.

Factores que afectan la utilización y el resultado por Demoras

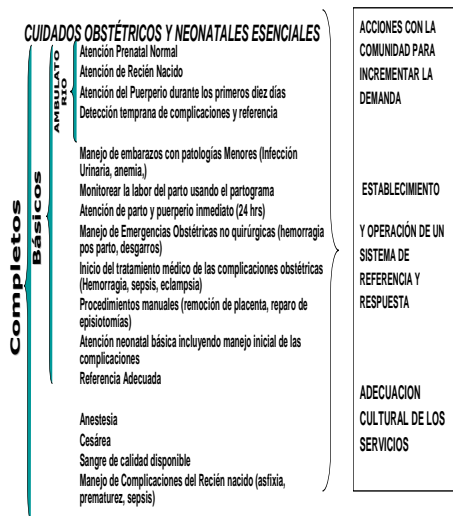


Cuadro 1: Las tres demoras

Fuente: Carola Cerezo/2013

El siguiente modelo gráfico muestra los componentes de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales:

2.2.2. MODELO CONE



Cuadro 2: cuidados obstétricos y neonatales especiales

Fuente: Carola Cerezo/2013

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Embarazo

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS O. M., 2010) define al embarazo como aquella etapa que comienza cuando termina la implantación. DeCherney la define como el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo; el producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana ocho del embarazo recibe el nombre de embrión, y a partir de esta semana y hasta al parto se llama feto (DeCherney A, 2003.). Se denomina también como la secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer y generalmente incluyen la fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal, finalizando con el nacimiento luego de un período correspondiente a 280 días o 40 semanas (DeCherney A, 2003.)

Período Intergenésico.

Se denomina periodo intergenésico, al espacio de tiempo que transcurre entre el nacimiento del primer hijo y los sucesivos. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), una buena planificación familiar permite decir, el tiempo que se debe dejar pasar entre los embarazos y también pensar bien el número de hijos que se desean tener. Se debe dejar pasar un intervalo de tiempo entre un embarazo y otro, para así aumentar las condiciones saludables de un nuevo embarazo, tanto para la salud de la madre como la del futuro bebé.

Se considera período intergenésico corto cuando es menor de un año, esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérmino, anemias durante el embarazo, abortos espontáneos, malformaciones congénita incluso la muerte perinatal y materna, toxemia anterior, cesárea anterior debe considerarse que toda intervención sobre el útero debe esperarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar. Rh negativo sensibilizado, etc.

2.4 MARCO LEGAL

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Asamblea Constituyente, 2008)

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. (Asamblea Constituyente, 2008)

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: (Asamblea Constituyente, 2008)

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

2.5 HIPÓTESIS

La aplicación de un plan estratégico de cuidados obstétricos neonatales esenciales mejora la atención prenatal en todos los niveles de atención y se reduce las muertes maternas del hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor de la provincia de Santa Elena, año 2013

2.6 VARIABLES DE INVESTIGACION

2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

2.6.2 Plan de vigilancia epidemiológica

2.6.3 VARIABLE DEPENDIENTE:

Muerte materna

2.6.4 VARIABLE INTERVINIENTES

Edad

Sexo

Estudios
 Estado civil
 Antecedentes Gineco-Obstetricos
 Controles médicos

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador
Plan de reducción, vigilancia epidemiológica	Programa para la reducción de la muerte materna	Cultural	Cobertura Tasas Mejoramiento de la calidad
Muerte materna	Deceso de la mujer por causas del embarazo, parto o puerperio	Social	Tasa de mortalidad materna
Edad	Tiempo desde el nacimiento a la fecha actual	Adulta	Años cumplidos
Estado civil	Unión conyugal entre el hombre y la mujer	Estado de compromiso	Soltero Casado Unión libre Otros
Estudios	Grado alcanzado en el estudio	Cultural	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Antecedentes obstétricos	Relación con el Embarazo	Salud reproductiva	Gestas Paras Abortos Cesáreas
Control prenatal	Atención profesional del embarazo	Salud	Menos de 5 controles Más de 5 controles

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue:

Esta investigación es de tipo transversal porque tratamos de buscar los factores de riesgo que nos están ocasionando las muertes maternas, buscaremos en donde se originan estas causas, si es en el primer nivel de atención, si son culturales o se originan en la unidad hospitalaria.

Según la profundidad u objetivo: descriptiva y explicativa porque se orienta al establecimiento de relaciones de causalidad, descripción y relación de los hechos.

De acuerdo al alcance temporal: corte transversal, porque permite hacer un abordaje del problema en el estudio en un período de tiempo determinado.

Investigación Descriptiva.- Porque a través de esta investigación podemos individualizar en parte la situación real que vive la mujer embarazada, en cuando nos referimos a los Controles Prenatales primeros y subsecuentes, mediante los datos obtenidos nos permite describir si a la embarazada se le ha realizado un control mínimo (5) o se la ha realizado un mal control, este es el mejor indicador para prevenir los riesgos perinatales.

3.2. DISEÑO METODOLÓGICO

Será una investigación No experimental. Transversal, hacemos comparación con la historia clínica única de la embarazada y la

norma establecida para la atención. Para verificar si se cumplió con la norma y la integralidad.

3.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El inductivo.- Partimos de los riesgos perinatales o problemas y nos vamos a indagar desde el comienzo del embarazo en qué etapa se falló, si el control prenatal no es integral en el primer nivel, si la embarazada no cumplió con lo mínimo requerido por la norma que son 5 controles, para establecer las posibles causas. etc.

Método histórico lógico.- Parte de la investigación de los acontecimientos pasados en relación a un determinado tiempo y lugar, recogiendo datos veraces, criticándolos y sintetizándolos.

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo constituyen 520 historias clínicas de mujeres gestantes del hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor del área de Emergencia y Consulta externa materno, centros de salud de San José de Ancón, Santa Elena y Atahualpa.

Muestra

$n = \frac{N}{e^2 (N-1)+1}$

En Donde:

n = Tamaño de la muestra (N° de unidades a determinarse).

N = Universo o número de unidades de la población total

N-1 = Es una corrección que se usa para muestras grandes mayores de 30.

e^2 = Límite aceptable de error maestral, que generalmente varía entre 0.01 y 0.09 para este caso se tomó el valor de 0.05 que equivale al 5%.

$n = \frac{520}{(0.09)^2 (520-1)}$
$n = \frac{520}{0.0081 (519)+1}$

$n = \frac{520}{4, 2039+1}$

$n = \frac{520}{5,2039} = 100$

La muestra son 100 historias que cumplían con los criterios de inclusión

Criterios de exclusión e inclusión

Criterios de inclusión

- Historias clínicas del año 2013
- Historias clínicas con factores de riesgo
- Historias clínicas de tres circuitos de salud
-

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de otros años
- Historias clínicas sin factores de riesgo
- Historias clínicas de otros circuitos de salud

3.5. RECURSOS EMPLEADOS

Apoyo institucional

El presente trabajo investigativo tiene en trámite el apoyo institucional ya que existe cierto temor de índole legal que provoque la identificación de determinantes prevenibles.

3.5.1. TALENTO HUMANO

Tutora

Dra. Mariana de Jesús Nagua Rodríguez

Investigadora

Médico Carola Erika Cerezo Carrasco

3.5.2 RECURSOS FÍSICOS

Ordenador
Historias clínicas
Matriz tipo encuesta con chek list
Esferográficos
Lápices
Borradores
Cuadernos
Programas informáticos
Internet
Hojas A4
Impresiones

3.6. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

3.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE EQUIPO

Para poder llegar a los resultados finales y lograr los objetivos trazados, elaboramos instrumentos de recolección de datos. En esta investigación se utilizó un formulario prediseñado y validado para la recolección de la información necesaria y pertinente, para el análisis y obtención de resultados, basados en las variables de estudio. Estos documentos fueron llenados con los datos que se obtuvieron de las diferentes historias clínicas. Se ingresaron en una base de datos de Excel, para después realizar los cálculos estadísticos los mismos que se basaron en porcentajes.

3.6.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Posterior al ingreso a la base de datos se realizaron las respectivas tablas y gráficos, para poder interpretar de manera adecuada los resultados y poder divulgarlos.

3.7 RESULTADOS Y ANÁLISIS

Consulta externa

CUADRO N°1

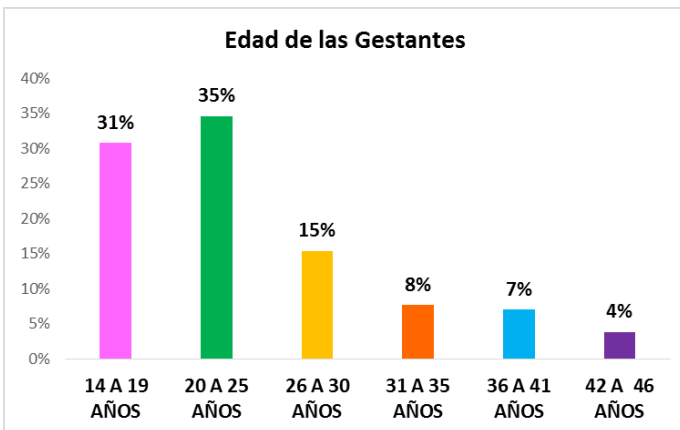
Edad de la gestante

14 A 19 AÑOS	20 A 25 AÑOS	26 A 30 AÑOS	31 A 35 AÑOS	36 A 41 AÑOS	42 A 46 AÑOS	TOTAL
31	35	15	8	7	4	100
31%	35%	15%	8%	7%	4%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 1



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos 31% de adolescentes, 35% en la edad de 20 a 35 años, 15% de 26 a 30 años, 8% de 31 a 35 años, 7% de 36 a 41 años, y 4% de 42 a 46 años. Como podemos apreciar existe un predominio del grupo de 20 a 35 años edad en que la mujer no corre ningún riesgo al embarazarse, pero es preocupante que el 31% sean adolescentes por los riesgos que genera la corta edad.

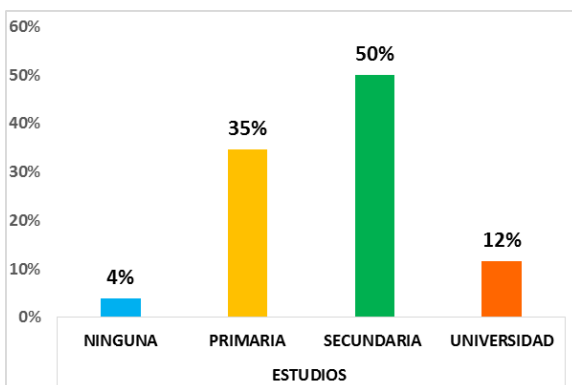
CUADRO N°2 Estudios

ESTUDIOS				
NINGUNA	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSIDAD	TOTAL
4	34	50	12	100
4%	34%	50%	12%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 2



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos que los estudios que presentan las pacientes, ninguna 4%, primaria 35%, secundaria 50% y superior 12%.

Como podemos apreciar existe un predominio de instrucción secundaria.

CUADRO N°3

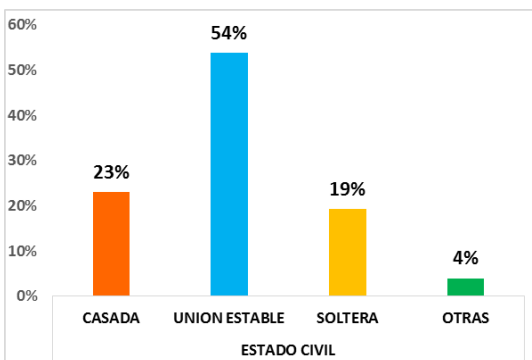
Estado civil

ESTADO CIVIL				
CASADA	UNION ESTABLE	SOLTERA	OTRAS	TOTAL
23	54	19	4	100
23%	54%	19%	4%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 3



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos el estado civil de las pacientes, casada 23%, unión estable 54%, soltera 19% y otras 4%. Como podemos apreciar existe predominio de unión estable.

CUADRO N°4

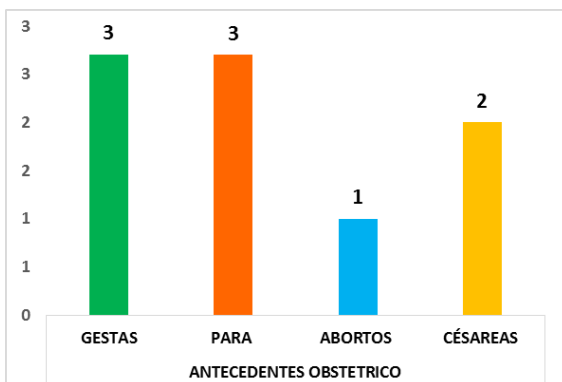
Antecedentes obstétricos

ANTECEDENTES OBSTETRICO				
GESTAS	PARA	ABORTOS	CÉSAREAS	TOTAL
184	108	20	56	PROMEDIOS
3	3	1	2	

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 4



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos los antecedentes obstétricos, que los analizamos y sacamos los promedios en las gestas promedios de embarazo es 3 por mujer, las paras promedio de partos 3 por mujer, abortos promedio 1 por mujer, y cesáreas promedio de 2 cesáreas por mujer.

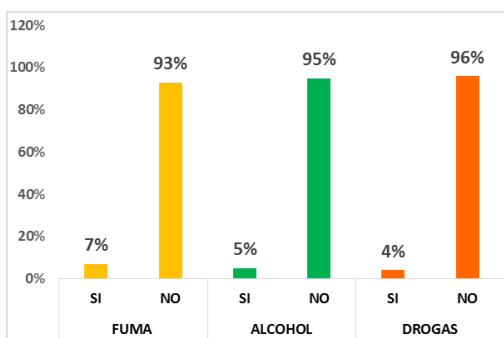
CUADRO N°5
Hábitos tóxicos.

FUMA		ALCOHOL		DROGAS		TOTAL
SI	NO	SI	NO	SI	NO	
4	96	5	95	3	97	100
4%	96%	5%	95%	3%	97%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 5



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos a los hábitos perjudiciales para la salud, fuma el 93% no fuma y un 7% fuma, situación que es perjudicial en el embarazo, ocasiona bajo peso al nacer. Alcohol, no bebe 95% y bebe 5%, el alcohol produce daños en el embarazo. Drogas no se droga el 96%, y se droga el 4%. Como podemos apreciar a pesar de ser mínimo el consumo del cigarrillo, alcohol, y droga es perjudicial durante el embarazo.

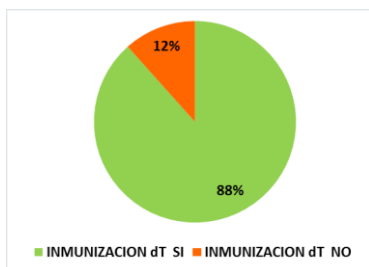
CUADRO N°6 **Inmunización con toxoide tetánico**

INMUNIZACION dT		
SI	NO	TOTAL
88	12	100
88%	12%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 6



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos la vacunación con toxoide tetánico están inmunizadas el 88%, y un 12% no está inmunizada. Como podemos apreciar existe un predominio de inmunizadas.

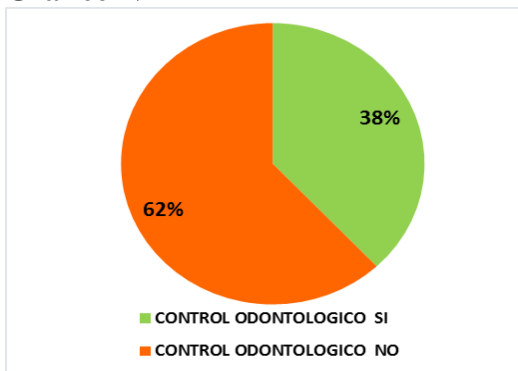
CUADRO N°7
Control odontológico

CONTROL ODONTOLOGICO		
SI	NO	TOTAL
38	62	100
38%	62%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 7



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

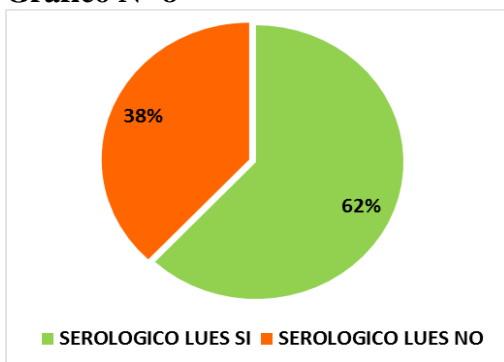
Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos que el control odontológico en el embarazo, se realizaron control el 38%, y no recibieron control odontológico el 62%. Como podemos apreciar existe un predominio del no, lo que nos demuestra que no existe referencia de la embarazada al control odontológico, no hay trabajo de equipo.

CUADRO N°8
Examen VRDL o serológico de Lúes

SEROLOGICO LUES		
SI	NO	TOTAL
62	38	100
62%	38%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051
Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 8



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051
Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos que el VRDL o serológico de Lúes se realiza el 62%, y no se realiza el 38%. Como podemos apreciar existe un predominio del sí y no están reactivos, pero es un examen tan importante y ese 38% no se realizó el examen están en riesgo de tener niños con sífilis primaria.

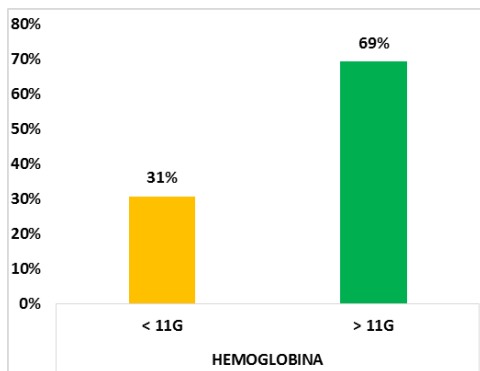
CUADRO N° 9
Controles médicos

CONTROLES MEDICOS		
MENOS DE 5	MAS DE 5	TOTAL
38	62	100
38%	62%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 9



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos el examen de hemoglobina, se les realizo a todas las pacientes pero el 31% tubo los niveles bajos de hemoglobina, y el 69% niveles normales de hemoglobina. Como podemos apreciar existe de hemoglobina normal, pero el 31% de las embarazadas presento anemia.

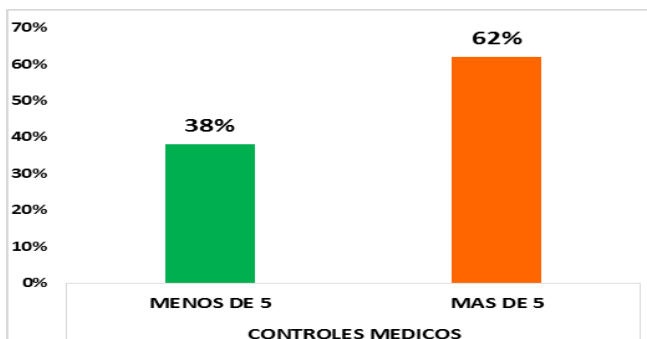
CUADRO N°10
Controles médicos

CONTROLES MEDICOS		
MENOS DE 5	MAS DE 5	TOTAL
38	62	100
38%	62%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 10



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos los controles médicos de las embarazadas, menos de 5 controles 38%, más de 5 controles 62%. Como podemos apreciar existe un predominio de más de 5 controles, pero el 38% que no cumplió con la norma está en riesgo.

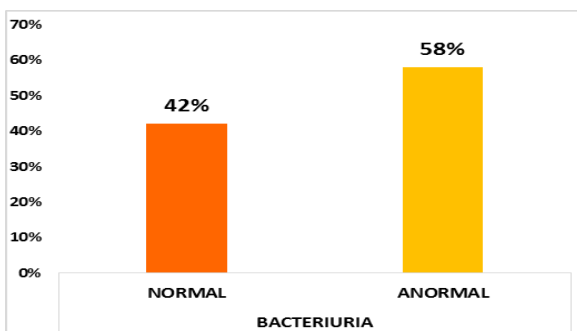
CUADRO N°11 Bacteriuria

BACTERIURIA		
NORMAL	ANORMAL	TOTAL
42	58	100
42%	58%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 11



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos la bacteriuria en las embarazadas, normal 42%, anormal 58%. Como podemos apreciar existe un predominio de anormal son las embarazadas que se complican en el momento del parto.

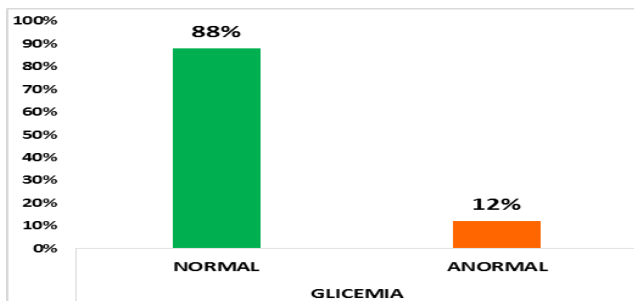
CUADRO N°12
Examen de glicemia

GLICEMIA		
NORMAL	ANORMAL	TOTAL
88	12	100
88%	12%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 12



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos la glicemia de las embarazadas, normal el 88%, y anormal 12%. Como podemos apreciar existe un predominio de normal, sin embargo el 12% representa un gran riesgo porque la diabetes gestacional puede acompañarse de niños macrosómicos, que ponen en riesgo la vida de la madre, o el bebé presentar diabetes juvenil.

CUADRO N°13

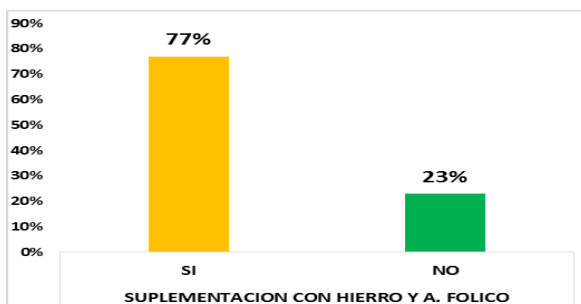
Suplementación con hierro y ácido fólico

SUPLEMENTACION CON HIERRO Y A. FOLICO		
SI	NO	TOTAL
77	23	100
77%	23%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 13



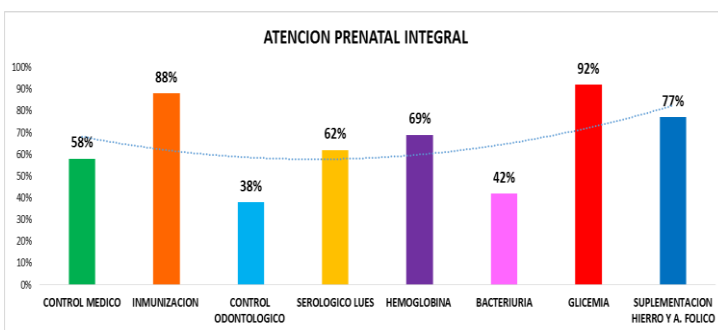
Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos la suplementación del hierro y el ácido fólico, se suplementaron el 77%, no se suplementaron el 23%. Como podemos apreciar existe un predominio de suplementaron el 77%, pero el 23% que no suplemento no mejoro su cuadro de anemia, y sus niños pudieron presentar problemas al cierre del tubo neural.

Análisis de la primera parte

Grafico N° 14



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación. En el gráfico que es el resumen de las actividades que se realizaron a las mujeres embarazadas podemos apreciar que no existe integralidad en las atenciones de la embarazada, que no se cumple con la norma de atención que no hay buenas coberturas de atención prenatal, odontológica, que el examen de VIH-SIDA, factor Rh se realiza al 100% de las embarazadas, pero los demás exámenes de laboratorio no se cumple con la norma, y no se da la importancia a la

transcendencia que tiene el no realizar estos exámenes. Situación que vamos a mejorar con la implementación del monitoreo y seguimiento del CONE.

Hospitalización

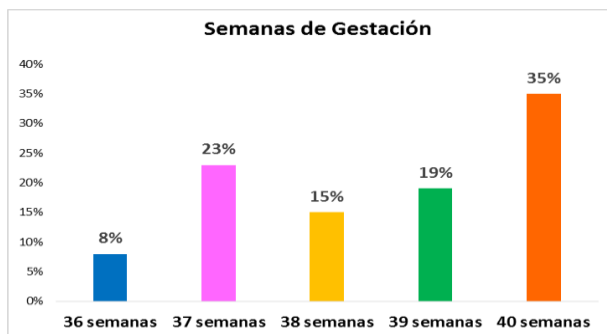
CUADRO N°1 Semanas de gestación

36 semanas	37 semanas	38 semanas	39 semanas	40 semanas	TOTAL
8	23	15	19	35	100
8%	23%	15%	19%	35%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 1



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos que las semanas de gestación con las que ingresaron las embarazadas son, 36 semanas 8%, 37 semanas 23%, 38 semanas 15%, 39 semanas 19%, y 40 semanas 35%. Como podemos apreciar existe un predominio de 40 semanas, las embarazadas llegan a término.

CUADRO N°2

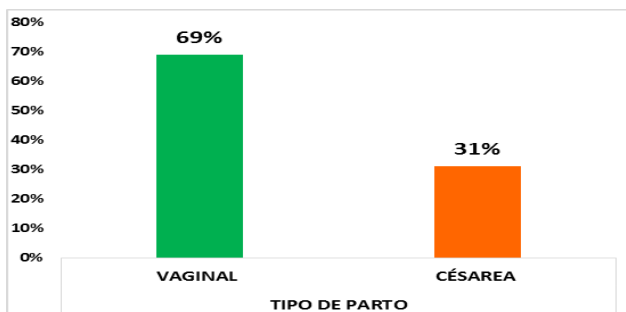
Tipo de parto

TIPO DE PARTO		TOTAL
VAGINAL	CÉSAREA	
69	31	100
69%	31%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 2



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos el tipo de parto. El vaginal 69%, y cesárea 31%. Como podemos apreciar existe un predominio de parto normal, sin embargo de acuerdo a lo establecido por la OMS, la tasa de incidencia de cesáreas no debe de pasar del 15%, situación que la tenemos duplicada, y vamos a trabajar para bajar este indicador.

CUADRO N°3

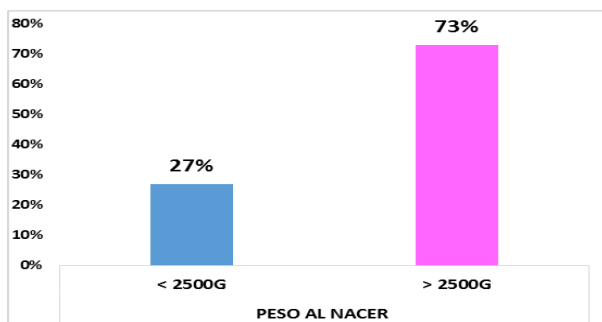
Peso al nacer

PESO AL NACER		TOTAL
< 2500G	> 2500G	
27	73	100
27%	73%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 3



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos los nacidos vivos y el peso al nacer, el 27% tienen bajo peso, 73% de los nacidos vivos tienen buen peso. Como podemos apreciar existe un predominio de peso superior a 2500 gramos, pero los de bajo peso son neonatos de riesgo.

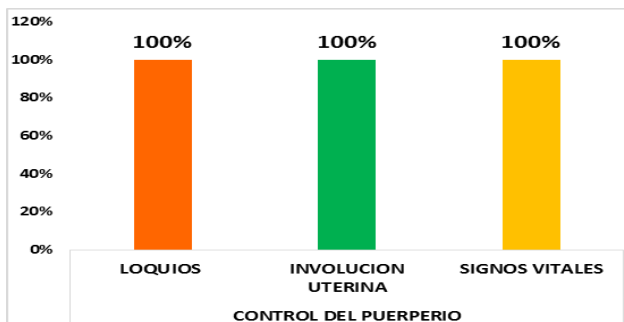
CUADRO N° 4 **Control del puerperio**

CONTROL DEL PUERPERIO		
LOQUIOS	INVOLUCION UTERINA	SIGNOS VITALES
100	100	100
100%	100%	100%

Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Grafico N° 4



Fuente: Historia Clínica Única Perinatal. Form. 051.

Autora: Carola Cerezo/2013

Análisis e Interpretación: En las historias analizadas encontramos el control postparto o puerperio que lo realizan al 100% de las paridas.

3.8 DISCUSIÓN

En el área de consulta externa, al realizar las historias clínicas únicas de las embarazadas nos encontramos con las siguientes novedades en lo referente a la edad, 31% de adolescentes, 35% en la edad de 20 a 35 años, 15% de 26 a 30 años, 8% de 31 a 35 años, 7% de 36 a 41 años, y 4% de 42 a 46 años.

Predominio del grupo de 20 a 35 años edad en que la mujer no corre ningún riesgo al embarazarse, pero es preocupante que el 31% sean adolescentes por los riesgos que genera la corta edad, un 19% de embarazadas añosas, que también es un riesgo. En relación al estudio que presentan las pacientes secundaria 50%. Estado civil de las pacientes, unión estable 54%.

Antecedentes obstétricos, que los analizamos y sacamos los promedios en las gestas promedios de embarazo es 3 por mujer, las paras promedio de partos 3 por mujer, abortos promedio 1 por mujer, y cesáreas promedio de 2 cesáreas por mujer.

Hábitos perjudiciales para la salud, fuma el 93% no fuma y un 7% fuma, situación que es perjudicial en el embarazo, ocasiona bajo peso al nacer. Alcohol, no bebe 95% y bebe 5%, el alcohol produce daños en el embarazo. Drogas no se droga el 96%, y se droga el 4%. Como podemos apreciar a pesar de ser mínimo el consumo del cigarrillo, alcohol, y droga es perjudicial durante el embarazo.

Vacunación con toxoide tetánico están inmunizadas el 88%, y un 12% no está inmunizada. Control odontológico en el embarazo, se realizaron control el 38%, y no recibieron control odontológico el 62%, lo que nos demuestra que no existe referencia de la embarazada al control odontológico, no hay trabajo de equipo. VRDL o serológico de Lúes se realiza el 62%, y no se realiza el 38%, pero es un examen tan importante y ese 38% están en riesgo de tener niños con sífilis primaria.

Hemoglobina, se les realizo a todas las pacientes pero el 31% tubo los niveles bajos de hemoglobina, y el 69% niveles normales de hemoglobina, pero el 31% de las embarazadas presento anemia. Controles médicos de las embarazadas, menos de 5 controles 38%, más de 5 controles 62% pero el 38% que no cumplió con la norma está en riesgo.

Bacteriuria en las embarazadas, normal 42%, anormal 58%, son las embarazadas que se complican en el momento del parto. Glicemia de las embarazadas, normal el 88%, y anormal 12%, sin embargo el 12% representa un gran riesgo porque la diabetes gestacional puede acompañarse de niños macrosómicos, que ponen en riesgo la vida de la madre, o él bebe presentar diabetes juvenil.

Suplementación del hierro y el ácido fólico, se suplementaron el 77%, no se suplementaron el 23%, pero las que no suplementaron no mejoro su cuadro de anemia, y sus niños pudieron presentar problemas al cierre del tubo neural o bajo peso al nacer.

En conclusión o resumen de las actividades que se realizaron a las mujeres embarazadas en la consulta externa, podemos apreciar que no existe integralidad en las atenciones de las

embarazadas, que no se cumple con la norma de atención, que no hay buenas coberturas de atención prenatal, odontológica, que el examen de VIH-SIDA, factor Rh se realiza al 100% de las embarazadas, pero los demás exámenes de laboratorio no se cumple con la norma, y no se da la importancia a la trascendencia que tiene el no realizar estos exámenes. Situación que vamos a mejorar con la implementación del monitoreo y seguimiento del CONE.

En el área de Hospitalización, al realizar las historias clínicas únicas de las embarazadas en hospitalización nos encontramos con las siguientes novedades: Semanas de gestación con las que ingresaron las embarazadas son, 36 semanas 8%, 37 semanas 23%, 38 semanas 15%, 39 semanas 19%, y 40 semanas 35%.

En su mayoría llegaron a las 40 semanas de gestación, las embarazadas llegaron a término. Tipo de parto, vaginal 69%, y cesárea 31%, de acuerdo a lo establecido por la OMS, la tasa de incidencia de cesáreas no debe de pasar del 15%, situación que la tenemos duplicada, y vamos a trabajar para bajar este indicador. Nacidos vivos y el peso al nacer, el 27% tienen bajo peso, 73% de los nacidos vivos tienen buen peso, pero los de bajo peso son neonatos de riesgo. Control postparto o puerperio que lo realizan al 100% de las paridas.

En la atención primaria de salud, está fallando la atención del embarazo, no existe integralidad en las atenciones y estas embarazadas llegan al hospital y se complican en el momento del parto, en el hospital en la sala de obstetricia se está cumpliendo con la norma y los estándares de calidad establecidos en el programa.

4. PROPUESTA

Plan estratégico de cuidados obstétricos neonatales esenciales
Para dar cumplimiento y seguimiento Plan estratégico de cuidados obstétricos neonatales esenciales CONE, necesitamos un trabajo de equipo, que pongan en práctica toda y cada una de las estrategias, es por eso que hemos señalado el enfoque colaborativo.

La presente propuesta se desarrolló colateralmente para dar cumplimiento al seguimiento de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales que incluye el manejo adecuado de las complicaciones para reducir las causas evitables de la mortalidad materna y neonatal. Si bien el énfasis se hará en el manejo las complicaciones obstétricas y neonatales, la detección oportuna de las mismas se garantizará mediante la aplicación de los procedimientos y estándares de calidad en todos los embarazos y partos.

Para acelerar la implementación de la Estrategia CONE y sus resultados, QAP pondrá en práctica el enfoque Colaborativo que ha demostrado ser efectivo para la mejora rápida de la calidad y la expansión de dichas mejoras a nuevas regiones

Plan de acción

La metodología que utilizaremos en este trabajo es:

Preventiva: Mediante la capacitación enseñaremos al personal de salud a poner en práctica todo lo aprendido, enseñaran a las madres que sus controles prenatales sean oportunos, periódicos, e integrales.

Prevención de riesgos. Valorar a todas las embarazadas con sus antecedentes patológicos personales.

Curativa: Daremos tratamiento a las embarazadas de riesgo hasta mejorar su estado de salud.

Taller

Temática:

- Aspectos epidemiológicos de la mortalidad materna.
- Enfoques de derechos humanos, género, riesgo reproductivo, riesgo obstétrico, ciclo de vida, atención integral en SSR e IEC

Tiempo Aproximado: 3 horas

Propósito

Que los/as participantes se introduzcan en el proceso de capacitación recordando y reafirmando conceptos relativos a la mortalidad materna, derechos humanos, enfoque de riesgo, enfoque de atención integral e IEC.

Objetivos:

Que las y los participantes:

- Se familiaricen con el propósito de la actualización y capacitación sobre el abordaje de emergencias obstétricas en el marco de la salud reproductiva.
- Se conozcan e inicien el taller en un ambiente de confianza.
- Conozcan datos sobre la epidemiología de las muertes maternas a nivel mundial, nacional y local.
- Conozcan cuales son los derechos humanos y los derechos reproductivos y sexuales, así como la importancia de ver a la usuaria como un ser humano digno y más vulnerable por su rol reproductivo.
- Reconozcan riesgos reproductivos y obstétricos.

- Reconozcan la participación de la familia, la influencia del estado emocional de la paciente, la importancia de la comunicación afectiva y efectiva médico-paciente.
- Aprendan a reforzar IEC (para la detección de signos de alarma) con todas sus pacientes.

Contenidos

- Introducción
- Mortalidad Materna
- Derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos
- Enfoque de género
- Enfoque de riesgo reproductivo
- Enfoque de riesgo obstétrico
- Enfoque de atención integral e IEC

Material de apoyo:

1. Aparato de música y música instrumental
2. Diapositivas sobre Epidemiología de la mortalidad materna
3. Diapositiva sobre caso clínico para analizar enfoques
4. Material de lectura Maternidad sin riesgo en el marco de la salud sexual y reproductiva
5. Diapositivas sobre Marco conceptual de la SSR y derechos reproductivos y sexuales
6. Hojas de trabajo sobre casos clínicos para analizar enfoques de riesgo
7. Diapositivas sobre enfoque de riesgo reproductivo
8. Diapositivas sobre enfoque riesgo obstétrico
9. Papel bond tamaño carta, plumones

Desarrollo:

1. Introducción al taller: objetivos, metodología y reglas del taller (se elaboran entre todos/as los/as participantes)

2. Los/as participantes se numeran, hacen una fila formando un círculo y reciben una hoja de papel bond, que pegarán a su compañero/a. Se inicia una música suave, empiezan a recorrer en forma aleatoria el salón y al aviso de la facilitadora cada uno escribe en el papel bond de su compañero/a más cercano 1 cualidad positiva de esa persona que tiene o cree que tiene.

Luego el/la otro/a hace lo mismo con él/ella. Sigue la música y siguen en movimiento, hasta que se han escrito 5 cualidades a cada persona.

Sigue la música y al parar, cada uno/a elige el más cercano/a. Lee sus cualidades y lo presenta.

3. La facilitadora hace una presentación sobre epidemiología de mortalidad materna. (Material de apoyo No. 2)
4. En plenaria, analizan un caso clínico para identificar los derechos sexuales
5. Luego, leen el material de apoyo 4 y modifican su análisis, si es necesario.
6. Con la facilitadora, completan el análisis de los derechos sexuales y reproductivos. (Material de apoyo No. 5).
7. Se forman 4 grupos, cada grupo recibe 1 caso en el cual responderán una serie de preguntas relacionadas con enfoques de riesgo (material de apoyo No. 6).
8. Luego, en plenaria, se discutirán las respuestas y con ayuda de la facilitador/a se discutirán Enfoques de riesgo reproductivo y obstétrico. (Material de apoyo 7 y 8)
9. Cada grupo ya formados elige un caso diferente al que trabajó y discute la mejor manera de brindar atención integral. También diseñan un programa pequeño de IEC para que las usuarias conozcan e identifiquen los signos y síntomas de alarma en el momento de su apareamiento.

10. los participantes reciben el material de apoyo a utilizar en todo el taller donde se les dejaran tareas de lecturas previo a cada uno de los temas a desarrollar.

Temática:

- **Control prenatal y plan de parto**

Tiempo aproximado: 4 horas

Propósito:

Que los/as participantes recuerden aspectos importantes sobre el control prenatal y plan de parto, con la aplicación del enfoque de la salud sexual y reproductiva y de los derechos humanos.

Objetivos:

Que las y los participantes:

- Reconozcan los objetivos del control prenatal y la importancia de la consejería efectiva sobre signos y síntomas de alarma.
- Reconozcan la importancia del plan de parto en las emergencias obstétricas.

Contenidos:

- Control prenatal y detección de signos y síntomas de alarma.
- Plan de parto.

Material de apoyo:

1. Hoja de trabajo para analizar aspectos del control prenatal
2. Diapositivas sobre Plan de parto
3. Material de lectura “Línea de base de Mortalidad Materna en Ecuador Junio 2008-Mayo 2009”
4. papel bond tamaño carta, plumones, lápices

Desarrollo:

1. Se forman grupos multidisciplinarios y en 10 minutos elaboran un listado de las medidas más importantes del control prenatal para disminuir la consulta tardía e incluyendo aspectos clínicos, enfoques de SSR y consejería.
2. Se eligen 2 voluntarios de diferentes grupos para realizar un sociodrama sobre un médico y una embarazada que llega a su control prenatal. Los/as demás participantes reciben una hoja de trabajo sobre control prenatal que incluye la aplicación de los enfoques. El sociodrama dura 5 minutos y luego en 10 minutos cada participante contesta las preguntas de la hoja de trabajo. (Material de apoyo 9)
3. Los/as participantes discuten sobre lo que sucedió y no sucedió y por qué.
4. Los y las participantes realizan el siguiente juego de simulación: Ellos/as son representantes de organismos internacionales y han llegado al país para ayudar a elaborar lineamientos de un “Plan de Parto”. Se organizan en grupos y elaboran en lenguaje sencillo lineamientos para instruir a la usuaria y a las comunidades, en la preparación de un plan de parto como medida de prevención de la morbi mortalidad materna, para ello se apoyan en las normativas nacionales y en su creatividad.
5. En plenaria, elaboran un modelo único y completo y se apoyan en las diapositivas que les proporcionará la facilitadora (material de apoyo 10)
6. Finalizan revisando el modelo de forma que contenga un listado de las medidas más importantes para el control prenatal y, para la usuaria y la comunidad de forma que se disminuyan las consultas tardías.

7. Evalúan el día y se asignan tareas a cada participante para el siguiente encuentro, incluyendo la lectura de “Línea de base de Mortalidad Materna en Ecuador junio 2008-mayo 2009”.

Material de apoyo:

Hojas de trabajo sobre casos clínicos para analizar el enfoque de Riesgo

1. Enfoque de derechos. ¿Cuáles fueron los derechos reproductivos y sexuales que ella disfrutó o no disfrutó?.
2. Como esta situación está influyendo en su estado de salud
3. ¿Compartió ella responsabilidades con su pareja? ¿Por qué?.
4. ¿Qué consecuencias tiene esa situación en su estado de salud?.
5. Factores de riesgo preconcepcional:
6. Factores de riesgo del embarazo:
7. Factores de riesgo del parto:
8. Complicaciones maternas que puede presentar en el postparto:
9. ¿Qué complicaciones pueden ocurrirle a partir de este momento para que ella se convierta en un caso más de mortalidad materna?.
10. ¿Qué medidas reducirán el riesgo de que ocurran esas complicaciones?.

PRODUCTOS

Mejoramiento continuo de la calidad

Mejoramiento de los indicadores de salud

Atención integral e integrada del embarazo

Disponibilidad de insumos, medicamentos y materiales.

Mejoramiento de la calidad de vida

Humanización del personal de salud

5. CONCLUSIONES

- Logramos identificar las causas que impedían la aplicación del plan de reducción y vigilancia de la muerte materna, comprobamos que la principal limitación en la provincia de Santa Elena fue su capacidad para ofertar servicios necesarios que exigen las políticas de salud actual, por escasos de recursos, humanos, materiales y medicamentos.
- Además la falta de calidez del talento humano y la promoción de los servicios de salud hacen que las embarazadas no regresen a las consultas subsecuentes., que son las que nos demuestran que la atención es de calidad. el cumplimiento del tercer objetivo Plan Nacional de Desarrollo “Buen Vivir” Mejorar la Calidad de vida de la Población puede ser exitoso a mediano plazo y contribuir al logro del objetivo del acceso universal al cuidado de la salud reproductiva con la disminución de la morbilidad materna y neonatal no solo en la provincia de Santa Elena sino en el Ecuador.
- Se determinó que la atención integral del embarazo no se cumplía. Pero si aplicamos correctamente los indicadores obstétricos en los servicios de salud nos ayudan a definir con claridad el estado de la morbilidad materno neonatal y a reorientar planes de acción para el mejoramiento de las cifras en relación con los estándares que promulga la OMS, y tomar las decisiones correctas.
- Al definir si las unidades cuentan con los recursos suficientes nos encontramos muchas limitantes las diferentes unidades de salud de la Red de la provincia de

Santa Elena actualmente cubren el 63% de la atención a las mujeres embarazadas, sin embargo no se encuentran en la capacidad de satisfacer a todas las atenciones debido a falta de infraestructura, talento humano y sistema de gestión, siendo los indicadores apropiados los que nos llevarían a dar el verdadero diagnóstico del aumento o disminución de la morbimortalidad materno neonatal.

- Se diseñó e implemento el plan estratégico para los cuidados obstétricos neonatales y se implementó el sistema informático, no se ha podido implementar la HCU informática, y se tiene que recurrir a las carpetas de HCU, que contiene en papeles que no son llenadas correctamente, debido a que el sistema estadístico está guardado en archivos de papeles cuyo personal administrativo no lo protege correctamente y que limita el estudio y correlación estadística entre los diferentes centros de salud, por lo que se debe mejorar la red informática de salud de la red CONE que nos permita monitorizar y evaluar la atención brindada y en base a los indicadores obstétricos mejorar la calidad de vida de las mujeres gestantes, y por ende la disminución de la morbi-mortalidad.
- Al definir las costumbres culturales nos encontramos que en el indicador de partos refleja que en la provincia de Santa Elena y especialmente en la ciudad de La Libertad la razón de partos sobre cesárea es 2,2, sus mujeres tiene preferencia por la cesárea, situación que preocupa a las autoridades de salud, significa que no estamos dentro de los indicadores que la OMS permite.

- La tasa de cesáreas en la Provincia de Santa Elena en los diferentes centros de atención de la red es del 31%, según el análisis de la tendencia temporal de este indicador, en la provincia nos indica una tendencia al alza 33%.
- Una vez implementado el plan estratégico de los cuidados obstétricos neonatales esenciales se tendrá impacto en la Salud y mejoramiento de la morbilidad materno neonatal porque los servicios ofrecidos se manejan de acuerdo a Protocolos basados en la evidencia científica así como por normas y estándares nacionales que son monitorizados y evaluados en todas las unidades de salud obstétrica contando con personal adecuadamente capacitado, para lo cual existen indicadores obstétricos adecuados que permiten mejorar la calidad de la atención en las madres y recién nacidos.
- Como parte de la atención integral materno-neonatal la calidad de la atención en las unidades de salud obstétrica está dada por la capacidad técnica de los profesionales para el reconocimiento precoz y tratamiento inicial o completo de las complicaciones, lo que se garantiza al realizar un sistema de capacitación clínica continua en alianza con Universidades locales y nacionales.
- Una de las limitantes ha sido la cultural, se debe a que las mujeres gestantes no llegan a los servicios a demandar su atención profesional cuando se complican, razón por lo que se produce una proporción elevada de muertes maternas y neonatales en la provincia. A pesar del alto porcentaje de atención institucional del parto en la Provincia de Santa Elena la elevada tasa de morbilidad materna-neonatal debida a complicaciones obstétricas y del recién nacido.

- Al implementar el Marco del Plan estratégico de los cuidados obstétricos neonatales esenciales para mejorar las falencias para lo comenzaremos por: Socializar las garantías y derecho de las usuarias, Seguridad en la gestión del paciente, Criterios técnicos y Protocolos que deben implementarse en las unidades de salud dependiendo del nivel de atención, el Reforzamiento de la formación continua del equipo multidisciplinario que atiende el parto o la cesárea, todo lo anterior dentro de un Marco jurídico justo para el personal médico.

6. RECOMENDACIONES.

Fortalecer la vigilancia, monitoreo y control de la estrategia CONE, en todos los niveles de atención de la Red de Salud de la Provincia de Santa Elena, logrando el empoderamiento y la responsabilidad de los profesionales y trabajadores de la salud, para basar las intervenciones y atenciones, en las mejores prácticas médicas, científicas y humanas, que garanticen embarazos, partos y nacimientos seguros, y lograr el buen vivir.

Romper el paradigma de primera cesárea, siempre serán cesárea, para esto se debe evitar científicamente la incidencia de la cesárea primaria, porque la práctica asistida del parto vaginal después de cesáreas no ha dado los resultados que se esperaba.

Realizar estudios que evidencien de manera científica que la cesárea innecesaria es más riesgosa para la madre y su hijo que el parto vaginal, ya que existen pocos trabajos científicos, literatura, o experiencia médica que diferencie sobre las complicaciones en relación a diferentes vías de parto, ya que también es importante recalcar que las desventajas de la operación cesárea son menos evidentes, y bajar las altas tasas de incidencia por cesáreas.

Desarrollar una base de datos con información útil para continuar con investigaciones futuras.

Desarrollar medidas orientadas a obtener una disposición favorable por parte de las madres y familiares hacia un parto vaginal.

Fortalecer y potenciar las capacidades de los centros de salud con la dotación de tecnología, especialistas gineco-obstetras, para así mejorar la capacidad resolutive, y además baje el número de referencias de atención materna y neonatal en los Hospitales, y así poder dar una atención oportuna y con calidad, resolviendo las emergencias de las mujeres gestantes en su misma área de influencia.

Vigilar que se cumpla con la norma de atención prenatal, se de atención integral en todos los componentes prenatales, y mejorar la concentración y coberturas de atención prenatal. Si damos atención integrada e integral disminuirémos la morbimortalidad materna-neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Constituyente. (2008). Constitución Política del Ecuador , Aerículo N° 43. Montecristi.
2. Asamblea Constituyente. (2008). Constitución Política del Ecuador. Artículo N° 360. Montecristi.
3. Ban Ki Moon, s. g. (2010). *Cumbre de la Naciones Unidas*. Ginebra.
4. Braveman, P. &. (2002). Social inequalities in health within countries: not for affluent nations. . *Social Science & Medicine*, . doi:10.1016/S0277-9536(01)00331-8.
5. Gòmez, F. R. (2008). Componente Normativo Hipertensiòn Arterial y Embarazo. (U. 2000, Ed.) . En M. d. Ecuador..
6. González P, R. (2010). SALUD MATERNO-INFANTIL EN LAS AMÉRICAS. Chile: Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología, doi:10.4067/S0717-75262010000600011.
7. Ki-moon, B. (2013). *Secretario General de las Naciones Unidas y en su llamamiento a la acción de septiembre de Washintong* .
8. Morera S, M. (2013). ariabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. En V. e. de, doi:10.4067/S0717-75262013000200008 (págs. 78(2), 119–125.). V Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología,.

9. MSP. (2008). Manual de Normas Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales. Quito.
10. MSP. (2008). Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno Neonatal. En Componente Obstétrico de la Norma Materno Neonatal. Quito, Junio .
11. MSP, e. l.-n. (2008). *<http://www.salud.gob.ec/msp-emite-lanorma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-yneonata>*.
12. MSP, M. d. (2008). Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCI. . En *Dirección Nacional de Normatización*.
13. OMS-UNFPA. (2014). El Estado de las parteras en el mundo. Prólogo II. Resumen del contenido III. Hacia el acceso universal a la salud, Un derecho de la mujer.
14. OMS-UNFPA. (2014). *<http://www.unfpa.org/>*.
15. OPS-OMS. (2010). *ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE PAÍS, DE LA OPS/OMS EN ECUADOR, PERIODO 2010-2014*. Quito.
16. SENPLADES. (2013). Plan Nacional de Desarrollo Buen Vivir . Quito.
17. Souza, J. G. (2010). the WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. En C. s.-t. 2004-2008. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Medicine,.
18. UNFPA, F. d. (2007). Manual de capacitación en cuidados obstétricos de emergencia en el marco de la salud

reproductiva: guía para facilitadores/as / Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer. -- . El Salvador: 1a. ed. -- San Salvador, .

19. OMS, WHO Handbook for guideline development. Ginebra, 2008
20. Norma CONE .salud.gob.ec/dirección-nacional-de-normalización/ Incidencia de pacientes con Preeclampsia <http://scielo.isciii.es>
21. Preeclampsia Medline plus www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000898.htm
22. Preeclampsia principal causa de muerte en México www.cronica.com.mx/notas/2013/744245.html
23. La Preeclampsia un problema de salud pública mundial. www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013
24. Obstetricia. Swartz. www.cronica.com.mx/notas/2013/744245.html
25. OMS. Mortalidad Materna-World Health Organization www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/
26. OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es
27. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
28. Organización Mundial de la Salud. www.who.int/reproductivehealth
29. Intervenciones de enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia
30. Centro Nacional de excelencia tecnológica en Salud www.cenetex.salud.gob.ex/interior/gpc.html.

ANEXOS

Anexo 1 Encuesta



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

ENCUESTA

OBJETIVO: Determinar las causas que impiden la aplicación del plan de reducción, vigilancia epidemiológica de la muerte materna del hospital Dr. Liborio Panchana de la provincia de Santa Elena, año 2013.

Unidad de salud:

Fecha:

1. ESTUDIOS

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Universidad

2. ESTADO CIVIL

- a. Casada
- b. Unión estable
- c. Soltera
- d. Otras

3. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

- a. Para

- b. Gestas
- c. Abortos
- d. Cesáreas

HÁBITOS TÓXICOS

4. FUMA

- a. Si
- b. No

5. ALCOHOL

- a. Si
- b. No

6. DROGAS

- a. Si
- b. No

7. INMUNIZACION Dt

- a. Si
- b. No

8. CONTROL ODONTOLOGICO

- a. Si
- b. No

9, SEROLOGICO LUES

- a. Si
- b. No

10. TOXOPLASMA

- a. Si
- b. No

11. TOXOPLASMA

- a. Si
- b. No

12. VIH- SIDA

- a. Si
- b. No

13. HEMOGLOBINA

- a. <11 G
- b. >11 G

14. BACTERIURIA

- a. Normal
- b. Anormal

15. GLICEMIA

- a. Normal
- b. Anormal

16. CONTROLES MEDICOS

- a. Menos de 5
- b. Más de cinco

17. SUPLEMENTACION CON HIERRO Y A. FOLICO

- a. Si
- b. No

Anexo 2. Historia Clínica Única

Formulario 051

CARNÉ PERINATAL - CLAP/S/M/R - OPS/SOMS FECHADE NACIMIENTO ETNIA ALTA SITUACION Lugar del parto Lugar del parto Lugar del parto

NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____ TELEF.: _____ LOCALIDAD: _____		EDAD: <input type="checkbox"/> < de 15 <input type="checkbox"/> de 15 a 20 <input type="checkbox"/> > de 20 años		ESTADIA: <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> no embarazada <input type="checkbox"/> no sabe		SITUACION: <input type="checkbox"/> en cama <input type="checkbox"/> en silla <input type="checkbox"/> en silla <input type="checkbox"/> en silla		Lugar del parto: <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en casa <input type="checkbox"/> en casa							
ANTECEDENTES FAMILIARES: <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hipertension <input type="checkbox"/> premclampsia <input type="checkbox"/> edema de piernas PERSONALES: <input type="checkbox"/> hipertension <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hipertension <input type="checkbox"/> hipertension			OBSTETRICOS: <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/> Abortos ULTIMO PREVIO: <input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 7-9 meses			Embarazos anteriores: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4°			Embarazo planificado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Método anticoncepcional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si						
GESTACION ACTUAL PESO ANTERIOR: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° TALLA: <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 160 <input type="checkbox"/> 170 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 200				RIESGO: <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto				RIM ACT: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si RIM PAS: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si GROSAS: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ACIDIA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si VEDUGNA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ANTRHUBOLA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ANTITETANICA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							
CERVIX: <input type="checkbox"/> firme <input type="checkbox"/> blanda <input type="checkbox"/> blanda PAP: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si COLP: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				TOCOPLAGIS: <input type="checkbox"/> <20 años <input type="checkbox"/> 20-25 años <input type="checkbox"/> 26-30 años <input type="checkbox"/> 31-35 años <input type="checkbox"/> >35 años				HB: <input type="checkbox"/> >120 g/L <input type="checkbox"/> 100-120 g/L <input type="checkbox"/> <100 g/L				POPULOS: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
CHAMA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si MALARIA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si S-FACTERIA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si QUORONA EN URINAS: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				ESTREPTOCOCCO B: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si PREPARACION QUORONA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si CONSERVACION LA LACTANCIA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				Pruebas de laboratorio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tratamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
CONSULTAS ANTERIORES: Fecha: _____ Lugar: _____				Fecha: _____ Lugar: _____				Fecha: _____ Lugar: _____							
PARTO PERSONA DELIMBRO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No CARNE: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			HOSPITALIZACION: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si CONSULTAS PRENATALES: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			EMBARAZO: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Abortado			ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si						
EDAD GEST: <input type="checkbox"/> <36 <input type="checkbox"/> 36-39 <input type="checkbox"/> >39 años			PRESENTACION: <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Butaca			SITUACION: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			AGORNANTE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si						
NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO TERMINACION: <input type="checkbox"/> espont. <input type="checkbox"/> quirurgica				INDICACION PRENATAL DE PARTO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				MULTIPLE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							
POSICION PARTO: <input type="checkbox"/> Cefalica <input type="checkbox"/> Butaca				DESGARROS: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				LUGAR DE NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							
SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				PESO AL NACER: <input type="checkbox"/> <3000g <input type="checkbox"/> 3000-4000g <input type="checkbox"/> >4000g				APGAR (min): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							
DEFECTOS CONGENITOS: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				TAMIZAJE NEONATAL: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				PAREDADE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							
EGRESO ORN: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				ALIMENTO AL ALTA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				EGRESO MATERNO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							
METODO ELEJIDO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				METODO ELEJIDO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				METODO ELEJIDO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si							

Pátema de aldas última ementem de peso mtemo según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en el gráfico y se comparan los valores obtenidos con los críticos (P10, P25 y P50) graficados.

Anexo 3 Fotos

Revisión de las HCU



