



RESUMEN

OBJETIVO: describir las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal y la calidad de la atención en el Centro de salud N° 9 del Cantón Nabón en el año 2010.

MÉTODOS Y MATERIALES Se realizó un estudio descriptivo en el periodo comprendido entre marzo a octubre del 2010. La muestra fue representativa y aleatoria. Se seleccionó 52 casos del Centro de salud # 9 Nabón sobre la base de la información registrada en el SIP.

Resultados

Del total de mujeres y neonatos atendidos no se encuentran casos de mortalidad, observándose que los casos de morbilidad materna son los siguientes: Infección de vías urinarias con el 87%, hipodinamia uterina con el 7%, ruptura prematura de membranas con el 4%, Preeclampsia moderada y otras enfermedades con el 1%. Cumplen con la norma referente al control prenatal y parto gramado en un 80%, son atendidos por médicos u obstetrix en un 100%.

En cuanto a la morbilidad neonatal las causas fueron: trastornos respiratorios con el 10,1% de los nacidos vivos, sobre peso al nacer (3,3%), macrocefalia (1,6%), bajo peso al nacer (1,6%), y síndrome de Down (1,6%). El 60% de los recién nacidos fueron atendidos por médicos y cumplen con el 100% de las actividades de la norma de estándares de calidad.

Conclusiones

Se ha logrado identificar las principales causas de morbilidad materna y neonatal en el Centro de Salud Nabón, a la vez analizar los estándares de calidad según la norma del MSP.

PALABRAS CLAVES: Mortalidad materna, morbilidad, mortalidad neonatal, centro de salud N° 9, indicadores de calidad de vida



SUMMARY

OBJECTIVE: to in center describe to the main causes of morbidity and maternal and neonatal mortality and the quality of the attention of health N° 9 of the Nabón Corner in 2010.

METHODS AND MATERIALS a descriptive study was realized in the period between March to October of the 2010. The sample was representative and random. # 9 was selected to 52 cases of the Center of health Nabón on the base of the information registered in the SIP.

Results

Of the total of taken care of newborn women and are not cases of mortality, being observed that the cases of maternal morbidity are the following: Infection of urinary tract with 87%, hipodinamia uterine with 7%, premature membrane rupture with 4%, moderate Preeclampsia and other diseases with 1%. They fulfill the norm referring to the prenatal control and childbirth grama in a 80%, is taken care of by doctors or obstetriz in a 100%.

As far as the neonatal morbidity the causes were: respiratory upheavals with 10.1% of the alive been born ones, on weight when being born (3.3%), macrocefalia (1.6%), low weight when being born (1.6%), and syndrome of Down (1.6%). 60% of new born were taken care of by doctors and fulfill the 100% of the activities of the norm of quality standards.

Conclusions

It has been managed to in center identify the main causes of maternal and neonatal morbidity of Nabón Health, simultaneously to analyze the quality standards according to the norm of the MSP.

KEY WORDS: Maternal mortality, morbidity, neonatal mortality, center of health N° 9, indicating of quality of life

**INDICE**

RESUMEN.....	1
INDICE	2
RESPONSABILIDAD.....	10
1.1 INTRODUCCIÓN.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVO GENERAL:.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	15
2. DISEÑO METODOLÓGICO	16
2.1 TIPO DE ESTUDIO	16
2.2 ÁREA DE ESTUDIO	16
2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	16
2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	16
2.5 PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION.....	17
2.6 RECOLECCI.....	17
2.7 PLAN DE ANÁLISIS	18
3. MARCO REFERENCIAL	19
3.1 BREVE DESCRIPCIÓN DEL CANTÓN NABÓN	19
3.2 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD NABÓN	20
4. MARCO TEÒRICO	25
4.1 MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA.	25
4.2 MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL	28
4.3 Estándares de Calidad	31
4.4 TIC (Tecnologías de Información y Comunicación).....	36



4.5 SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL	38
4.6 INTERCULTURALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PARTO	41
5. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	47
CONCLUSIÓN.....	53
RECOMENDACIONES.....	54
LIMITACIONES	55
SOLUCIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL Y
CALIDAD DE ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD Nº 9 DEL
CANTÓN NABÓN. 2010”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
PARA EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA**

**AUTORAS: GUISELLA MERCEDES BERMÚDEZ VALLECILLAS
ANDREA PRISCILA PERALTA TAPIA.
VERÓNICA ISABEL VÁSQUEZ HERNÁNDEZ**

DIRECTOR: DR. JOSÉ ORTÍZ SEGARRA

ASESORA: LCDA. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ

CUENCA - ECUADOR

DICIEMBRE - 2010



DEDICATORIA:

A mis padres:

A sus esperanzas, las más nobles y desinteresadas.

A su amor sincero y filial como solo un padre y una

Madre son capaces de entregar.

A su apoyo, su fe y su entrega, a ellos les dedico con el más profundo respeto el contenido de esta tesis.

Andrea



DEDICATORIA

Primero agradezco a Dios por permitirme realizar

Este trabajo en forma exitosa, al igual que a mi hija

Que ha sido inspiración para seguir adelante,

Conjuntamente como mis padres que han sido mí

Apoyo y me brindaron amor y confianza.

Verónica



DEDICATORIA

La realización de esta tesis la dedico a Dios por darme la oportunidad de tener fuerza, salud y vida.

A mis padres y hermanos, por sus consejos, que me permitieron enfrentarme a cada uno de los desafíos que se presentaban, para así culminar con éxito mi carrera.

Guisella



AGRADECIMIENTO

En esta vida las cosas no pueden ser hechas por una sola persona, requieren la colaboración de otros que están listos a dar, sin esperar más que la satisfacción a cooperar.

Con estas palabras queremos dejar constancia de gratitud a Dios, instituciones y personas que nos brindaron apoyo necesario para que se haga realidad este trabajo; a la Escuela de Enfermería y toda la planta docente, en especial a la Licenciada Adriana Verdugo Sánchez y al Doctor José Ortiz Segarra que en calidad de Directora y Asesor, supieron compartir sus conocimientos y experiencias para la elaboración de esta tesis, enriqueciendo nuestra formación profesional y personal.

LAS AUTORAS



RESPONSABILIDAD

La presente investigación es total confidencia y responsabilidad de las autoras.

Guísella Mercedes Bermúdez Vallecillas

CI: 010397738-5

Andrea Priscila Peralta Tapia

CI: 010428795-8

Verónica Isabel Vásquez Hernández

CI: 030202254-6



1.1 INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, de acuerdo a cifras de la OMS (Organización Mundial de la Salud), ocurren en la actualidad alrededor de 650,000 muertes maternas, lo que representa que cada minuto ocurre una defunción materna, la mayoría de ellas en los países considerados como subdesarrollados. Se calcula que cerca del 40% de las defunciones de niños menores de cinco años se produce en la primera semana de vida¹.

Cada madre tiene el derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones tanto para ella como a su hijo mediante la accesibilidad de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención, sin pasar por alto que un aspecto fundamental de la mujer es la inversión de tiempo y energía que emplea para que sus hijos e hijas gocen en condiciones de equidad, derecho y beneficios para lograr un desarrollo pleno².

De acuerdo a criterios emitidos por las mujeres, la maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria, sin embargo, en ocasiones puede convertirse en situaciones de muerte, por tal motivo, es necesario promover y favorecer la Salud Materna a través de una Maternidad sin Riesgos³.

Las principales causas de enfermedades y muerte neonatal en el Ecuador en el 2006, son los trastornos respiratorios y la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones que pueden ser prevenidas o tratadas con oportunidad. Se estima en la región que un 9% de recién nacidos tienen un peso bajo al nacimiento (PBN), en el país llega al 6,8%⁴.

El Centro de Salud de Nabón, objeto de nuestra intervención, constituye un lugar estratégico para la atención del parto y recién nacido enfocado desde el punto de vista de la interculturalidad, que permite el acercamiento de la ciencia moderna, con los hábitos, creencias y costumbres ancestrales de las mujeres de la comunidad.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este proyecto forma parte del programa de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas para disminuir la mortalidad materna neonatal en la Provincia del Azuay, la misma que se encuentra enmarcada en los siguientes aspectos:

- ❖ La investigación está orientada a determinar la morbi-mortalidad materna y neonatal y el análisis del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad según la norma del MSP.
- ❖ En el centro de salud N° 9 del Cantón Nabón, se está implementando un sistema Informático Perinatal, para determinar las características de la población atendida, evaluar los resultados de la atención brindada e identificar los problemas prioritarios de salud de la población.
- ❖ El SIP es un sistema que facilita el almacenamiento y aprovechamiento de los datos del formulario 051 los mismos que se constituirán en herramientas claves para ser utilizados por los proveedores de salud.

Actualmente el 60% de las muertes infantiles se producen en el primer mes de vida. De los 350.000 niños que nacen cada día, 12000 mueren durante el periodo neonatal, el 98% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo. La salud perinatal en Latinoamérica no ha mejorado en los últimos años, sin embargo las cifras de mortalidad infantil han disminuido⁵.

Lo que nos motivó a realizar el presente trabajo sobre la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en el centro de salud Nabón fue la falta de información estadística que existe en los centros de salud. Sumada a la falta de información sobre los estándares de calidad establecidos por el ministerio de salud pública.



En el cantón Nabón, se ha implementado una moderna infraestructura, que permite la participación de dos enfoques diferentes en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido, por una parte los componentes occidentales esquematizados en las Normas del MSP y por otro la participación de las Comadronas en la atención de salud de la mujer al interior del Centro de Salud N° 9.



1.3 JUSTIFICACIÓN

Actualmente no contamos con estudios que nos permitan determinar la morbilidad y mortalidad materna a nivel local, razón por la cual mediante la aplicación del Sistema Informático Perinatal, tendremos acceso a una casuística confiable que garantice la implementación de planes de atención. Contaremos además con el análisis de los estándares de calidad, para mejorar la calidad de atención en el Centro de Salud N° 9 del cantón Nabón.

Según datos del INEC la muerte neonatal constituye el 57% de los casos de muerte infantil (menores de 1 año), 41.7% mortalidad neonatal precoz y 15.3 % mortalidad neonatal tardía. Con base a los datos registrado durante el año 2006 la tasa de mortalidad infantil fue de 20.1 %, dato por encima de las metas previstas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015. La muerte neonatal y especialmente la neonatal precoz (hasta los primeros 7 días) es la más representativa⁶.

La investigación aborda los siguientes aspectos: Morbi - Mortalidad materna y neonatal, Calidad de Atención, programa TIC (Tecnologías de Información y Comunicación), se ha analizado también la interculturalidad del parto.

La investigación realizada nos indica que no existen casos de mortalidad materna y neonatal las cifras pueden variar debido a que algunas de las mujeres prefieren que sus partos sean atendidos en sus casas por las comadronas.

Las causas de morbilidad materna en el centro de salud Nabón son las siguientes: infecciones urinarias en el embarazo, Hipodinamia Uterina, Ruptura prematura de Membranas, Preeclampsia moderada y otras enfermedades y neonatal son: trastornos respiratorios, sobrepeso al nacer, macrosomía, bajo peso al nacer y síndrome de Down⁷.



1.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Describir las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal y la calidad de la atención en el Centro de salud N° 9 del Cantón Nabón en el año 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las principales causas de morbi - mortalidad materna y neonatal en los meses de marzo a septiembre del 2010.
- Analizar el comportamiento de los estándares e indicadores de calidad según la norma de MSP, en el Centro de salud #9 Nabón que contemplan personal, infraestructura, equipos, medicamentos, insumos y satisfacción de las mujeres atendidas.
- Plantear una propuesta en relación a los déficit que se encontraron en los estándares investigados.



2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio descriptivo que se realizó en el período comprendido de marzo a octubre del año 2010, se realizó con base al análisis del SIP y los estándares e indicadores de calidad del MSP.

Luego de recolectar los datos se efectuó el recuento, revisión y corrección de los mismos para luego ingresarlos en una base de datos y hacer el análisis estadístico en el SIP.

El análisis e interpretación de los datos se realizó mediante el programa Epiinfo, los datos obtenidos para cada variable se presentan en gráficos y tablas. Se identificó la prevalencia y frecuencia de mortalidad neonatal, los factores de riesgos asociados, cumplimiento de las normas de manejo al recién nacido según normas del MSP. Sobre la base de los resultados de la investigación se elaboró una propuesta de intervención sobre la atención con calidad, tomando como referencia los estándares de calidad que necesitan ser atendidos.

2.2 ÁREA DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas que tuvieron sus partos y recién nacidos atendidos en el centro de salud # 9 cantón Nabón.

2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se trabajó con las mujeres embarazadas que tuvieron sus partos en el centro de salud # 9 del Cantón Nabón en el semestre del año 2010, y los recién nacidos atendidos en este centro de salud.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

- Formulario 051.
- Sistema Informático Perinatal (SIP).
- Historia Clínica.
- Estándares e Indicadores de Calidad.



- Reportes Estadísticos del Centro de Salud Nabón.
- Datos Estadísticos procesados del centro de salud Nabón.

2.5 PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION.

INSTRUMENTOS

SIP, Historias Clínicas, formulario de estándares e indicadores de calidad, partes diarios.

AUTORIZACIÓN: para la investigación se recolectó la muestra necesaria y se analizó la información con la autorización del personal del área de estadística del Centro de salud N° 9 del Cantón Nabón. Contamos con el apoyo del personal médico del centro de salud N° 9 del área de Gineco-Obstetricia.

2.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: visitamos el área de estadísticas del Centro de salud N°9 del Cantón Nabón para obtener las historias clínicas de madres y neonatos atendidos durante seis meses del año 2010. Se Realizó una revisión bibliográfica que nos permitió obtener la información correspondiente de la prevalencia de morbi - mortalidad materna y neonatal, sus factores de riesgo y manejo del recién nacido.



La recolección de datos se realizó en base a las historias clínicas obtenidas mediante el formulario 051 en el área de estadísticas del Centro de salud N°



9 del Cantón Nabón en el año 2010. Además se realizó la revisión de partes mensuales para la identificación de causas de morbilidad. Se aplicó los estándares de calidad de acuerdo a los descritos en las normas de atención materno infantil.

2.7 PLAN DE ANÁLISIS

Formulario 051: se utilizó para la recolección de la información

Sistema Informático Perinatal (SIP): para la recolección de la información se utilizó el programa SIP 2007 utilizando un ordenador ACER Pentium IV.

Historia Clínica: se utilizó la historia clínica para completar datos faltantes en el formulario 051 y SIP.

Estándares e Indicadores de Calidad: nos ayudó para la recolección de datos y calificación sobre el cumplimiento de las normas y la calidad de atención en el centro de salud se utilizó tablas de EXEL.

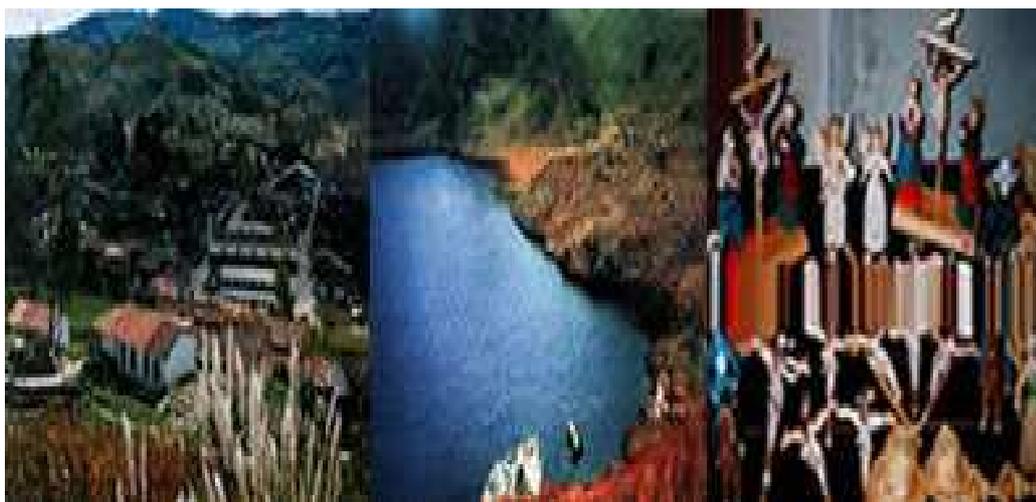
Reportes y Datos Estadísticos procesados del centro de salud Nabón: nos ayudó para la recolección de datos sobre morbilidad.

Para la descripción de las variables cualitativas se utilizó números y porcentajes.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 BREVE DESCRIPCIÓN DEL CANTÓN NABÓN

Nabón es declarado Patrimonio cultural de la Nación (2005); Ubicación: Se encuentra ubicado a 71km. de la ciudad de Cuenca, conectado por la vía Panamericana que va desde Cuenca a Loja. Altitud: 3.000 m.s.n.m. Extensión: El área del cantón es de 668.2 km², lo cual representa el 7,56%. Grupos Sociales: Nabón abarca a su vez el territorio indígena integrado por cuatro comunas jurídicas: Shiña, Chunazana, Morasloma y Puca. Clima: Su clima predominante es el frío. Límites: al norte con Sigsig y Girón al Sur con Oña y la provincia de Loja, al este con las provincias de Morona Santiago y Zamora Chinchipe; al oeste con Santa Isabel y al suroeste con la provincia de Loja. El cantón Nabón se compone de cuatro parroquias: Nabón centro, Cochapata, Las Nieves y El Progreso, La producción se fomenta en la agricultura, la minería y la ganadería. La práctica artesanal es muy incipiente por la zona. Las fiestas de cantonización se celebra el 4 de Julio de 1987. La fiesta más importante es en Mayo, a la Virgen del Rosario.





3.2 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD NABÓN ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el año de 1970 Nabón comienza a contar con los servicios de un médico y una enfermera rural, donde inicio la medicina rural en el cantón y en el Ecuador, estos profesionales brindaban sus servicios en la casa del señor Gabino Almache, donde permanecieron alrededor de dos años. Se inició como subcentro de salud, los equipos y materiales para el trabajo en atención primaria fue donado por el Ministerio de Salud Pública.

Al ser la demanda grande de usuarios la comunidad se ve en la necesidad de realizar una reunión donde son convocados la junta parroquial junto con el pueblo con el propósito de construir un local propio para el subcentro de salud. Con la colaboración de la Curia de Cuenca, se logra la donación de el terreno para la construcción de la primera casa; con mingas se realiza la fabricación de adobes y se trae madera para la construcción; el techo fue donado por el CREA, esta construcción fue terminada en la administración del Dr. Teodoro Dávalos.

Sintiendo la necesidad de una vivienda y un espacio más amplio para la institución, la comunidad realizó los respectivos trámites a la curia para obtener la donación de más terrenos; ante esta propuesta el padre Genaro Patiño párroco de Nabón se opone por lo que el pueblo se levanta y aprovechando el viaje del sacerdote a España, se toman los terrenos en donde actualmente se encuentra el Centro de Salud.

En el año de 1975, se realiza la construcción del cerramiento, además de una casa que serviría para vivienda del médico. El CREA posteriormente inicia la construcción de los servicios de maternidad.

Hace aproximadamente 12 años se inicia la construcción del nuevo edificio del centro de salud, con ayuda del alcalde del cantón Sr Edgar Coello, se culmina con la primera fase que comprendía: el levantamiento de las paredes, el techo y el piso. El Dr. Iván Pauta en el año de 1997, consigue el presupuesto para la segunda fase de la construcción que comprendía los



acabados y mobiliarios, este presupuesto fue manejado por el municipio del cantón, quienes culminaron con la obra.

En el año de 1991 se realiza su inauguración, pasando a ser esta unidad de salud, jefatura de Área # 12, centro de Salud Nabón, por la población que aumenta, tanto en el sector indígena como el urbano, se le hace la entrega de un vehículo para el área, siendo el Sub jefe Dr. Víctor Arévalo.

En el año de 1993, el Dr. Galo Ochoa Director provincial de salud dispone el cambio de la jefatura de Área al Centro de salud de Oña. Ante esta disposición el pueblo de Nabón se levanta junto con sus comunidades, por el lapso de dos meses, su único objetivo fue mantener la jefatura de Área en Nabón, objetivo que lo cumplieron.

Actualmente el Centro de Salud es también la jefatura de Área #9 Nabón – Oña, esta jefatura tiene a su cargo el Centro de Salud de Oña, los sub centros de Zhiña, las Nieves Cochapata, Rañas, El Progreso, Susudel.

MISIÓN

Prestar servicios de primer nivel con calidad y calidez a los usuarios que acuden a las unidades operativas del área # 9 ofreciendo atención gratuita a las/os niños/as menores de 5 años, madres embarazadas y en trabajo de parto y post-parto de acuerdo a la ley de Maternidad gratuita y Atención Temprana de la Infancia, fortaleciendo una articulación con las instituciones internas y externas para alcanzar un sistema integral e intercultural de salud que mejore las condiciones de vida de la población.

VISIÓN

Es nuestra visión llegar con salud para todos; con una dirección de área centrada en los aspectos técnicos y administrativos que permita mantener la dirección y coherencia de la gestión, con un personal adecuado para desempeñar las diversas y complejas funciones encomendadas ; con unidades operativas completamente equipadas servicios continuos integrales, de amplia capacidad resolutive, personal estable y recursos

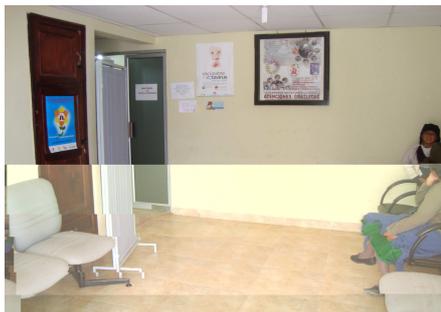


económicos suficientes para brindar una atención de calidad, eficiencia y eficacia que se cuente con la coordinación interinstitucional e intersectorial; enmarcados en un ambiente saludable que nos lleve a constituirnos en un ejemplo de lucha y superación a seguir.

INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD NABÓN



El centro de salud de Nabón Pertenece al área #9 está ubicado en el centro parroquial de Nabón, su estructura física se distribuye en tres bloques: la construcción antigua es de adobe, piso de baldosa y techo de teja; en donde funciona todo el departamento administrativo y el laboratorio a lado izquierdo encontramos un segundo bloque, de construcción de ladrillo y cemento, piso de baldosa, techo de ardes; aquí funciona el área de maternidad, en frente de estos dos bloques encontramos un tercero de construcción de ladrillo y cemento, piso de baldosa, techo de eternit; en donde funcionan los departamentos de medicina, enfermería, banco de vacunas del área #9, odontología, estadística, farmacia, hospitalización, emergencia y el departamento de inspección sanitaria.



Los servicios que brinda el centro de salud son en medicina general, vacunación, atención en parto, odontología y emergencia las 24 horas, además en esta área de salud se otorga permiso de funcionamiento.

DISTRIBUCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

Este cuenta con tres áreas:

ÁREA ADMINISTRATIVA

- ✚ Dirección: Dr. Enrique Vaca además de ser epidemiólogo del área.
- ✚ Coordinación: Dr. Geovanny Fajardo.
- ✚ Administración: economista Jimena Serpa y la Sra. Maricela Carrión.
- ✚ Recursos humanos y Recaudación: señora Soraida Quezada.
- ✚ Estadística: señora Elizabeth Rodas.
- ✚ Trabajo Social: a cargo de la licenciada Julieta Calderón.

DEPARTAMENTO MÉDICO

Comprende:

- ✚ **DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA:** que tiene como responsable a la licenciada Norma Criollo, quien trabaja con 2 enfermeras rurales:
- ✚ **DEPARTAMENTO MÉDICO:** cuenta con 5 médicos: 3 médicos rurales y 2 médicas EBAS que trabajan en comunidades a través de puestos de salud y visitas domiciliarias.
- ✚ **DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO:** cuenta con una odontóloga rural y un odontólogo EBAS Dr. Walter Padilla.
- ✚ **DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA:** Dr. Juan Pablo Mazón.



ÁREA MATERNO - INFANTIL

La misma que está conformada por:

- **OBSTETRICIA:** Dra. Angelita Ochoa.
- **GINECOLOGÍA:** Dra. Isabel Granda.

ÁREA DE LABORATORIO

Licenciada Wendy Ortiz.

ÁREA DE BODEGA Y FARMACIA.

Señor Antonio Santos

IMPLEMENTACION DE LA INTERCULTURALIDAD EN EL CENTRO DE SALUD NABON.

En el centro de Salud Nabón la obstetriz Angelita Ochoa trabaja 2 años luego de un proceso de entrenamiento en Otavalo en donde aprendió desde una perspectiva cultural todos los procedimientos relacionados con la atención del parto vertical.

Las mujeres campesinas del cantón Nabón prefieren una atención con amabilidad cerca de sus seres queridos y en la posición en la que ellas elijen, que en su mayoría es la modalidad del parto vertical, prefieren el acompañamiento de las comadronas que antes se hacían pasar por familiares de la parturienta pero ahora atienden los partos apoyándose mutuamente.

Consideran que el parto vertical es una manera de resistir al absolutismo medico occidental constituye un proceso de adaptación de la mujer a su propia naturaleza, exige nuevas modificaciones y explicaciones requiere acciones de construcción y de reconquista espera un estudio más integral desde una perspectiva femenina, un trabajo conceptual un avance de los métodos y técnicas que engendraran conocimientos de ruptura que permitirán socializar y expandir los conocimientos.



4. MARCO TEÓRICO

4.1 MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA.

La atención prenatal, del parto y del recién nacido necesitan de una serie de controles e intervenciones. No obstante debemos analizar acciones puntuales a aplicarse en forma masiva, que lleguen a poblaciones aisladas para aliviar en parte la concurrencia de las mujeres a controles muy frecuentes. Las intervenciones a ser aplicadas en forma masiva para las mujeres son: la vacunación antitetánica y la suplementación con hierro y ácido fólico.

Una acción importante es lograr acercar a las parejas a métodos que permitan decidir el número y momento para tener sus hijos gozando al mismo tiempo de una vida sexual plena.

Es necesario reforzar las investigaciones para poder lograr intervenciones concretas que puedan brindarse en forma sencilla a todas las embarazadas. En el contexto de la atención materna y perinatal el CLAP está haciendo grandes esfuerzos para lograr la aplicación de las mejores evidencias en la atención.

4.1.1 Mortalidad Materna:

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.”⁸

Las muertes maternas pueden subdividirse en 2 grupos:

4.1.2 Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de



intervenciones, de omisiones de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

4.1.3 Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.⁹

4.1.4 Tasa de Mortalidad Materna

De acuerdo al SIISE, se trata de un indicador de resultado que refleja la atención que la sociedad otorga al cuidado de la salud de las mujeres durante su edad fértil, permitiendo evaluar la calidad de atención de salud antes, durante y después del parto. Refleja, por un lado, el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud y al personal debidamente calificado y, por otro, la situación nutricional de la madre, especialmente la presencia de anemia durante el embarazo.

En el Ecuador, a pesar de las acciones emprendidas en los últimos años, la mortalidad materna sigue siendo alta; según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2008 ocurrieron 165 muertes maternas causadas en los periodos de embarazo, parto, puerperio lo que determina una tasa de mortalidad materna de 80.0 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. A nivel de provincias, Guayas tuvo el mayor número de casos; la tasa más alta corresponde a Napo con 237.9 y le siguen en importancia las provincias de Pastaza, Imbabura, Cañar y Esmeraldas. En el Azuay se produjeron un total de 12 muertes maternas con una tasa de mortalidad de 130.0 defunciones por 100.000 nacidos vivos.

4.1.5 Principales Causas

Las principales causas de muerte materna son: las infecciones bacterianas, toxemia del embarazo, hemorragias obstétricas, embarazo ectópico, sepsis durante el puerperio, hipertensión durante el embarazo, embolismo del



líquido amniótico y complicaciones de un aborto. Algunas causas secundarias o indirectas que causan muertes maternas incluyen la malaria, anemia, infección por VIH o SIDA, suicidio y enfermedades cardiovasculares que complican al embarazo o son agravados por el embarazo, Estos fallecimientos obedecen no sólo a las fallas de los sistemas de asistencia médica, sino también a arraigados patrones de discriminación contra la mujer.

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) las principales causas de muerte materna en el año 2008 tenemos: hemorragias Pospartos con 25 casos con un porcentaje de 15.2% y una tasa de 12.1 por cada 1000 nacidos vivos; en segundo lugar está la Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa con 23 casos, con una tasa de 11,2 y un porcentaje del 13.9% en tercer lugar está la Eclampsia con 22 casos de muerte, un porcentaje de 13.3% y una tasa de 10.7 por 1000 nacidos vivos.

4.1.6 Morbilidad Materna

Se ha definido la morbilidad materna extrema como: una complicación obstétrica severa, que requiere una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte materna.

La morbilidad está dada por las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación parto o puerperio (42 días después de terminada la gestación) y pueden ser inmediatas o mediatas, afectando la salud de las mujeres muchas veces en forma permanente.

De acuerdo a la normatividad para la atención del embarazo, parto y puerperio, son 5 las consultas a otorgar a cada mujer embarazada, número considerado con mínimo para garantizar una buena atención, cada una de ellas con enfoque de riesgo obstétrico y clasificándose como bajo o alto riesgo según la presencia de factores de riesgo como son: los extremos de la vida (menor a 19 o mayor de 35 años), cesáreas previas, abortos, GUISELLA MERCEDES BERMÚDEZ VALLECILLAS /2010
ANDREA PRISCILA PERALTA TAPIA.
VERÓNICA ISABEL VÁSQUEZ HERNÁNDEZ



multiparidad, embarazo múltiple (más de 2 fetos), enfermedades crónicas degenerativas, obesidad o desnutrición, prematurez, defectos congénitos, etc.

4.1.7 Causas de morbilidad

En el primer lugar de las complicaciones esta el Parto obstruido con el 38.7% del total registrado, representa el 11% de las admisiones; en segundo lugar abortos el 27.9% de las complicaciones reportadas y el 7.9% del total de admisiones en tercer lugar esta otras complicaciones con el 24.7% de los casos complicados y el 7% de las admisiones; en cuarto lugar tenemos hipertensión del Embarazo con 4.5% total de las complicaciones y el 1.3% de las admisiones; en quinto lugar tenemos hemorragias 1.6% del total de complicaciones y el 0.5% de las admisiones; en sexto lugar encontramos partos prolongados 1.5% del total de complicaciones y el 0.4% de las admisiones; séptimo lugar están los embarazos ectópicos 0.7% del total de complicaciones y el 0.2% de las admisiones; en octavo lugar Abortos en condiciones inseguras con el 0.3% del total de complicaciones y el 0.1% de las admisiones.¹⁰

4.2 MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL.

El recién nacido pertenece al grupo más vulnerable en el que la mayoría de las condiciones que producen enfermedad pueden ser prevenibles o fácilmente tratables. El momento del posparto y los días siguientes a este son los que requieren de mayor cuidado, de una asistencia profesional diligente y eficaz para brindar seguridad a los padres en el manejo y cuidado de su hijo.

La gran mayoría de las muertes infantiles ocurren durante el primer mes de vida, período durante el cual el riesgo de que un bebé muera es mayor que en cualquier otro momento. De allí nace la inquietud por conocer en nuestra realidad las causas que más frecuentemente hacen que los recién nacidos



que son dados de alta con sus madres después de un posparto normal o de una post-cesárea sin complicaciones, reingresen y requieran de hospitalización y/o manejo médico.¹¹

4.2.1 Mortalidad Neonatal

Es la muerte del producto vivo entre 0 a 27 días, se subdivide en:

Mortalidad neonatal precoz (MNP): muerte desde el nacimiento hasta la primera semana de vida (0-6 días):

- ✓ Mortalidad neonatal precoz I (MNPI): Ocurre en las primeras 24 horas, se debe a asfixia y malas maniobras de reanimación, dificultad en la adaptación, malformaciones cardiovasculares y pulmonares.
- ✓ Mortalidad neonatal precoz II (MNP II): Comprende desde el 2º día de vida hasta el 6º día, se debe a la falta de capacidad de terapia de soporte.

Mortalidad neonatal tardía (MNT): Muerte ocurrida entre los siete días y 27 días. Se relaciona con las condiciones ambientales y de atención infantil. Se expresa por 1 000 nacidos vivos.¹²

4.2.2 Tasa de Mortalidad Neonatal

Según el SIISE2, se trata de un indicador de resultado que refleja varias situaciones de salud ligadas con la madre y su atención de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio referidas sobre todo a sus estados nutricionales, a los riesgos y presencia de toxemias del embarazo, entre otras.

Anota que refleja de manera indirecta, la disponibilidad de servicios de salud, los niveles educativos de las madres y su calificación para el cuidado infantil, las condiciones socio-sanitarias de los hogares, el acceso a agua potable y/o segura y a saneamiento ambiental y, en general, los niveles de pobreza y bienestar del medio familiar.



4.2.3 Causas de Mortalidad Neonatal

Las principales causas de mortalidad neonatal registradas en el 2008 tenemos: los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte ocupa el primer lugar con 476 casos significando el 14.1 del total de muertes infantiles y una tasa de 2,3 por cada 1000 nacidos vivos; el segundo lugar la Neumonía, organismo no especificado con una tasa de 1,6 y un porcentaje del 9,6% ; le sigue en importancia la causa originada por la Sepsis bacteriana del Recién Nacido con una tasa del 1,1 por cada 1000 nacidos vivos y un porcentaje del 6.9 %; en cuarto lugar dificultad respiratoria del recién nacidos con un total de 152 casos una tasa de 0,7 por cada 1000 nacidos vivos y un porcentaje de 4.5%.¹³

4.2.4 Morbilidad Neonatal:

4.2.5 Causas de Morbilidad Neonatal

- Dificultad respiratoria del recién nacido.
- Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido.
- Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal.
- Ictericia neonatal.
- Sepsis bacteriana del recién nacido.
- Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer.
- Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido.
- Neumonía.
- Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal.
- Síndromes de aspiración neonatal.
- Las demás.¹⁴

Uno de cada cuatro fallecimientos es causado por dificultad respiratoria del recién nacido. El retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal junto con la



sepsis bacteriana del recién nacido constituyen la mitad de las causas de las muertes neonatales.

Los cuidados al Recién Nacido que con menor frecuencia se cumplen en los hospitales evaluados son: valoración objetiva del dolor, lactancia materna, termo regulación, cuidado de la piel, prevención de retinopatía y factor de neurodesarrollo; cuidados respiratorios, cuidado centrado en la familia, técnicas de respiración, infectológicos y monitorización clínica.

4.3 Estándares de Calidad

En el año 2005, se conformo un equipo conductor del mejoramiento Continuo de la calidad y de los cuidados obstétricos esenciales en el nivel central del MSP, integrado por funcionarios de Normatización del Sistema Nacional de Salud, de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a lo Infancia y apoyo técnico Bajo lo conducción de este equipo, son 13 las provincias que trabajan mejorando sus procesos de atención mediante lo medición de la calidad y aplicando técnicas de mejoramiento continuo. Bajo acuerdo ministerial V se declaro al Plan Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional, encargando su coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación a la Dirección de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, a través de la Dirección de Normatización. El segundo CIE de acción de este plan, corresponde o las prestaciones en los componentes: materno perinatal, emergencias obstétricos, planificación familiar y uno de los líneas estratégicos es el mejoramiento de los servicios.

En el año 2006 se inicia una investigación operativa para medir el efecto de lo adecuación cultural sobre la atención obstétrico en ocho hospitales cantonales (Alausí, Chillones, Saquisilí, Pangua, Son Miguel, Chunchi, Cañar y Pujilí) de 4 provincias del país (Cotopaxi, Bolívar, Chimborazo y Cañar), con alto población indígena donde la mortalidad materna y el parto domiciliario son significativos.



Para el 2007 el MSP desarrolla el Proyecto colaborativo para el mejoramiento del manejo de lo complicación obstétrico en cinco hospitales provinciales (Esmeraldas, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y El Oro) y la maternidad de Santa Roso en El Oro. En estos hospitales se conformaron equipos de mejora continua que trabajaron en el cumplimiento de lo norma de atención en los complicaciones obstétricas, obteniéndose lecciones aprendidos poro el manejo de las complicaciones, las que serán expandidos a más provincias en un segundo momento del modelo colaborativo. Esta colaboración logró una disminución importante del número de casos de muerte materna intrahospitalario de causas obstétricas.

En 2006, mediante Acuerdo Ministerial N° 0284, se aprobó y autorizo la publicación del “manual de Estándares, Indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil” que ha venido siendo utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en muchas provincias. Posteriormente, luego del trabajo constante y de la retroalimentación de los EMCC de las unidades operativas del MSP los estándares e indicadores fueran revisados durante el primer trimestre del 2008.

El presente documento presento este conjunto de nuevos estándares, instrumentos e instructivos, bosados en lo nuevo Norma Nacional y en lo evidencio científico, diseñados para que los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de las unidades operativas recojan lo información necesario y puedan o través de los indicadores para evaluar el cumplimiento del estándar y por ende de la norma. Cada instrumento tiene su respectivo instructivo, en el que se indico cómo obtener los dotas, el llenado del formulario y procesamiento del mismo.¹⁵

4.3.1 Calidad de la atención Materno infantil

La definición operativa de la calidad se realizo mediante el establecimiento de estándares de calidad, que pueden ser estándares clínicos, administrativos y de satisfacción.



El Ministerio de Salud Público DEFINE operativamente la calidad esperada para lo atención de la salud materno-neonatal, con el establecimiento de un paquete de estándares básicos que constan en el presente documento. Para construir este set de estándares el MSP tomó como guía básico el documento “Norma Materno Neonatal” del MSP del 2008.

4.3.2 Subsistema de monitoreo y reporte de los indicadores de calidad de la atención materno neonatal

El cumplimiento de los estándares se mide a través de indicadores, que son herramientas de análisis cuantitativo de lo calidad. El monitor es un aporte muy importante del sistema de garantía de calidad, y para que funcione de forma eficiente, se debe considerar las siguientes acciones:

- a. Definir estándares e indicadores de calidad.
- b. Recolección periódica de la información necesario para construir los indicadores por los equipos de mejora continua en las unidades.
- c. Flujo y reporte de la información que asegure la presentación, análisis, retroalimentación de los resultados en las instancias adecuadas desde y hacia las Áreas de Salud, Hospitales Cantonales y Provinciales, la Dirección Provincial de Salud, el nivel Central y su difusión para la toma de decisiones técnicas y políticas.¹⁶

4.3.3 ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LA ATENCIÓN NEONATAL.

El Ministerio de Salud Pública establece los siguientes estándares e indicadores para medir la calidad de la atención neonatal:

4.3.4 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO.

Estándar: Todo recién nacido a término se deberá realizar y registrar en la historia clínica las siguientes actividades: medidas antropométricas, Apgar, registro de realización o no de reanimación, examen físico, administración de vitamina K, profilaxis oftálmica bacteriana, apego y lactancia materna precoz.



4.3.5 RECIEN NACIDOS ATENDIDOS POR PROFESIONAL CALIFICADO

Estándar: el 100% de recién nacidos en los hospitales básicos y generales serán atendidos por médico u obstetras.

4.3.6 COMPLICACIONES NEONATALES

Estándar: todo recién nacido con infección, trastornos respiratorios, prematuros, peso bajo se deberá manejar de acuerdo a la norma.

4.3.7 TASA HOSPITALARIA DE MORTALIDAD NEONATAL

Estándar: se registrara todas las muertes de recién nacidos vivos ingresados y que murieron mientras estaban en el hospital hasta los 28 días de nacido.

4.3.8 ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LA ATENCIÓN MATERNA.

El Ministerio de Salud Pública establece los siguientes estándares e indicadores para medir la calidad de la atención materna.

4.3.9 CONTROL PRENATAL.

Estándar: En toda mujer embarazada en su control prenatal (en cualquier semana de gestación) se aplicará y registrará en la historia clínica las siguientes actividades: Antecedentes personales y obstétricos, Semanas de amenorrea, Determinación de la tensión arterial, Auscultación de latidos cardiacos fetales (FCF) en embarazos > 20 semanas, Sangrado genital (SI APLICA), Actitud fetal (presentación posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación, Evaluación del estado nutricional, Verificación, Indicación o registro de vacunación antitetánica según norma del MSP, Prescripción de Hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg), Prescripción de Acido fólico Tabletas 1mg (Hasta 12 semanas de gestación), Solicitud o resultados de exámenes prenatales: Grupo, factor, VDRL, Hb, Hto, glucosa, VIH, EMO, Proteinuria en tirillas de embarazos > 20 semanas.



4.3.10 ATENCIÓN DEL PARTO.

Estándar: En todos los partos atendidos se aplicará y registrará las siguientes actividades: Graficar correctamente la curva de alerta de dilatación cervical del partograma, Graficar correctamente la curva real de la dilatación cervical del partograma, Registra del descenso de la presentación en el partograma, Control y registro de la tensión arterial, Control y registro de actividad uterino (frecuencia y duración), Control y registro de la frecuencia cardiaca fetal;

Estándar: En todos los partos atendidos con partos gramas se aplicaran y se registrara las siguientes actividades en las que se observaron desviaciones de la curva de dilatación cervical: Valoración máxima en 30 minutos (Del inicio del cambio de la curva) por un médico, Manejo terapéutico de la desviación según diagnostico.

4.3.11 ATENCIÓN POST- PARTO.

Estándar: En todo post parto inmediato atendidos en las unidades operativas deberá controlarse y registrarse en la historia clínica perinatal en 3 controles obligatorios durante las primeras 2 horas las siguientes actividades: registro de la hora, temperatura, pulso, tensión arterial, Involución Uterina, Características de los loquios

4.3.12 PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL PROFESIONAL CALIFICADO

ESTANDAR: el 100% de los partos atendidos en hospitales básicos y generales serán atendidos por personal profesional calificado (medico/a u obstetriz)

4.3.13 COMPLICACIONES OBSTETRICAS

ESTANDAR: Toda paciente con Eclampsia, Pre eclampsia, Hemorragias Obstétricas, Infección/fiebre de causa Obstétrica: aborto séptico,



corioamnionitis, endometritis; amenaza de parto pretermino, ruptura prematura de membranas se deberá manejar de acuerdo a la norma.

4.3.14 TASA HOSPITALARIA DE LETALIDAD POR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS

ESTÁNDAR: la tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del Embarazo) no deberá superar el 1%.¹⁷

4.4 TIC (Tecnologías de Información y Comunicación).

Los problemas relacionados con la cobertura y calidad de la atención no solamente dependen de la carencia de medicamentos, el retardo de la aplicación de los tratamientos adecuados para las emergencias obstétricas y neonatales, prácticas clínicas basadas en criterios personales y normas establecidas por expertos antes que en evidencias científicas; esto como consecuencia de que aún no se ha puesto en práctica un sistema de vigilancia epidemiológica, guías, normas de manejo y supervisión con tutoría. Por otro lado, el uso de internet, software, aparatos que se integran a un sistema de información interconectado para el análisis, intervención y comunicación de los problemas de salud perinatales es inexistente entre las instituciones de salud pública y privadas.

El MSP ha implementado el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna -SVEMM- para reporte y análisis de casos de muerte materna e inicia el desarrollo del sistema de vigilancia de la muerte neonatal, pero en ambos casos no se cuenta con información prospectiva sobre el manejo de casos clínicos y el reporte de casos de morbilidad grave que pueden ser fortalecidos con esta propuesta.

4.4.1 Finalidad y Objetivo del programa TIC

Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en los servicios públicos de la provincia del Azuay.



Implementar procedimientos con el uso de Tecnologías de Información y Comunicación para la capacitación del personal de salud en aplicación de prácticas beneficiosas y corrección de errores en la atención de los problemas de salud perinatal, manejo del Sistema Informático Perinatal (SIP) para la vigilancia epidemiológica, mejoramiento de la gestión de calidad de los servicios y difusión de indicadores, procesos, resultados y desarrollo de módulos educativos para el mejoramiento de la salud materna y neonatal.

4.4.2 Resultados

- 1) Portal web en funcionamiento que integra procedimientos, para la integración de los datos generados por el SIP, para la vigilancia epidemiológica, capacitación a distancia, intercambio de experiencias, difusión, que sirvan de insumo para el desarrollo de investigaciones colaborativas metacéntricas y educación comunitaria.
- 2) Sistema de vigilancia epidemiológica materna y neonatal implementado y funcionando, mediante:
 - Sistemas Informático Perinatal instalado en red que conecta a los 10 hospitales.
 - Personal capacitado para el manejo del SIP en cada hospital.
 - Reportes mensuales de análisis del SIP de cada hospital que se envían al Ministerio de Salud y a la Facultad de Ciencias Médicas, para su procesamiento y retroalimentación de la información.
- 3) Programa de capacitación permanente para el manejo del SIP dirigido a los estudiantes del internado rotativo, residentes y tratantes de los servicios de Obstetricia y Pediatría de los Hospitales participantes.
- 4) Realizada la evaluación de la calidad de los hospitales en cuanto al Cuidado Obstétrico y Neonatal de Emergencia, en lo que se refiere a: personal, infraestructura, medicamentos, equipos e insumos.
- 5) Investigación ejecutada, en la que se ha evaluado un programa de capacitación sobre el uso de prácticas comprobadas científicamente como beneficiosas en la atención materna y neonatal.



- 6) Gestiones de los hospitales para la dotación de personal y recursos, sustentadas en el perfil epidemiológico y evaluación de la calidad de los servicios.¹⁸

4.5 SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

La historia clínica perinatal constituye la fuente de datos con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones operativas. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por los propios proveedores de salud.

El CLAP/SMR como respuesta a esta necesidad, ha elaborado la propuesta de sistema informático perinatal que contempla todos los aspectos mencionados anteriormente. Está constituido por la historia clínica perinatal (HCP), el carné Perinatal (CP) y el sistema computarizado con programas para el procesamiento de la información.

El procesamiento tradicional de datos proporciona estadísticas anuales, que raramente llegan al propio personal de salud y cuando llegan, frecuentemente la oportunidad en que esto ocurre no responde a las necesidades del proveedor, no beneficiándolo de la “retroalimentación” indispensable para evaluar y mejorar sus acciones de salud.

Ante estas dificultades, el Sistema Informático Perinatal dispone de programas de procesamiento de datos, permitiendo que la información pueda ser usada en la propia institución en donde se realizó la atención.

El procesamiento de los datos tiene como resultado una serie de documentos que resumen la actividad de la institución en un período dado y pueden ser también elementos de investigación más específica.



Las características salientes del sistema pueden resumirse en los siguientes puntos:

- ✓ El procesamiento local de los datos con estos programas fortalece la capacidad de auto-evaluación de la atención perinatal mediante el análisis de datos en la propia Institución asistencial.
- ✓ Hace tomar conciencia al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud.
- ✓ Facilita la comunicación intra y extra institucional, favorece el cumplimiento de las normas, registra datos de interés legal y facilita la auditoria.
- ✓ Sirve de base para la planificación de la atención, al proveer la información necesaria para identificar la población, evaluar la asistencia, categorizar los problemas y realizar investigaciones operativas.

4.5.1 Componente Informático.

El Sistema Informático Perinatal (SIP) ideado por el CLAP/SMR en 1983, incluye un programa de computación para recoger y analizar la información clínica que se integra al proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad; está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP) el partograma, el Carné Perinatal (CP) y los programas para computadores personales.

Los programas del Sistema Informático Perinatal permiten el ingreso de Historias Clínicas Perinatales y su almacenamiento en bases de datos para su posterior procesamiento. El análisis de las bases de datos se realiza a través de programas automatizados que incluyen indicadores preestablecidos o a través de programas de selección y descripción de variables que permiten realizar análisis más específicos y complejos.



4.5.2 Las etapas en el uso del Sistema Informático Perinatal son:

1. Llenado del Carné Perinatal, Historia clínica perinatal base y en caso necesario los formularios complementarios.
2. Ingreso de datos al alta de la puérpera y del neonato.
3. Análisis de los datos y toma de decisiones.
4. Retroalimentación a todo nivel.
5. Envío de los archivos al Ministerio de Salud Pública.

Estos pasos para el uso del SIP requieren motivación y capacitación del personal de salud, por lo que se recomiendan sesiones de adiestramiento periódicas en llenado de formularios y en el uso de los programas para obtener el éxito deseado.

La cobertura total se logra cuando la historia clínica perinatal de cada uno de los partos y abortos se ingresa al archivo del SIP. Para obtenerla es indispensable establecer un riguroso mecanismo de control diario de recepción de historias para su ingreso al computador. La base de datos generada por los programas de computación permite analizar los datos en la misma institución de salud y realizar una autoevaluación asistencial. Al consolidar información perinatal de varias instituciones, constituye una base de datos regionales o nacionales que sirvan para la planificación de intervenciones.¹⁹

4.5.3 Historia Clínica Perinatal

La Historia Clínica deberá facilitar la atención, el monitoreo y la supervisión del cumplimiento de las normas, de tal manera que el sistema de salud cuente con información precisa y oportuna para la toma de decisiones.

Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atiende



el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder.

La riqueza de datos contenidos en la Historia Clínica Perinatal permite constituir el banco de datos más valioso con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población prestataria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios, monitorizar indicadores claves y realizar investigaciones operacionales y epidemiológicas.

La hoja está constituida por una serie de sectores que contienen la documentación referida a acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el período neonatal inmediato. Se listan preguntas que en su casi totalidad se contestan con respuestas cerradas. La diagramación de la HCP facilita que los datos sean recabados sistemáticamente en el momento oportuno. El manual de instrucciones (Publicación CLAP/SMR N° 1563) ayuda en todos los casos a uniformizar el registro.

La HCP cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen, a modo de hoja de ruta, la información mínima indispensable para la adecuada atención de mujer gestante y el recién nacido. Es de uso sencillo y de bajo costo.²⁰

4.6 INTERCULTURALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

Es necesario que abordemos este tema, debido que en el Centro de Salud Nabón se implementó este programa como una estrategia del MSP, que propicio mecanismos de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas tradicionales de las diferentes comunidades del país.

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el



parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento.

Al reconocer que nuestro país es plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico, es necesario también comprender que los diferentes grupos étnicos tienen diversas expectativas en la atención de la salud. En gran parte esto puede explicar porque el sistema biomédico no satisface sus necesidades.²¹

Y es que a diferencia del sistema biomédico, que define las causas y tratamiento de las enfermedades en base a criterio fisiológicos, los saberes médicos ancestrales generalmente contemplan un conjunto complejo de aspectos socio culturales; Religiosos, económicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holística que integra cuerpo alma y espíritu.

Además, dentro de las diferentes comunidades pueblos y nacionalidades los sabios del subsistema de salud ancestral (yachaks, curanderos, hierbateros, parteras/os, fregadores y kuyfichak) y otras culturas, son gente que aparte de hablar el mismo idioma, están dispuestos a acompañar el tiempo necesario al paciente y no necesariamente cobran dinero sino que establecen un sistema de trueque, reforzando de esta manera las relaciones de afecto, confianza y solidaridad al interior de la comunidad.

Por el contrario, ante la gran demanda de atención médica en las instituciones públicas y falta de recursos humano el personal de salud del sistema occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además, el médico no habla su mismo idioma el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar. Todo ello junto con los costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida porque la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea pública o privada.²²



Reconocer las diferencias culturales en la atención de salud es un aspecto muy positivo, sin embargo no es suficiente, pues es necesario estar consciente de que estos principios culturales deben ser profundizados en su estudio y conocimiento. Debemos entender las concepciones y valores en el trasfondo de dichas diferencias para tomarlas en cuenta en las consideraciones de la salud física emocional y espiritual de la mujer embarazada y poder adecuarlas a la atención calificada del parto en los establecimientos del sistema nacional de salud.

La tensión del parto culturalmente adecuada permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.²³

En este sentido, la adecuación cultural del parto implica realizar cambios estratégicos en la adecuación del sistema biomédico. Para ello, se han identificado algunos elementos que deben tenerse en cuenta:

a) El trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares

Habitualmente en el sistema Biomédico el trato del personal de salud con el paciente se estructura desde relaciones de poder, en donde se ejerce autoridad en base al cargo desempeñado. No obstante en contextos multiculturales, la relación de poder se vuelve más compleja en cuanto interviene criterios culturales de género y de clase. Así pues, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afrodescendiente constantemente han sido objeto de maltrato, discriminación y prejuicio.²⁴

El trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debería ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. No obstante la forma como el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares continúa siendo uno de los problemas más importantes en el sistema nacional de salud ecuatoriano, ocasionando que las mujeres embarazadas no regresen más a dichos centros para la atención del parto.



b) El acompañamiento durante la atención del parto

Según la cosmovisión indígena, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística el cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo la protección del espíritu, y el resguardo de los riesgos emocionales (Susto) desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las practicas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. “Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital.

El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente el médico o la enfermera “Son los otros” ajenos a su cotidianidad, quienes dominan la situación. ”

Un cambio que demandan las pacientes que son atendidas en los centros de salud pública es, precisamente, que en el momento del parto se permita la presencia de familiares (esposo, mama, hermanas) y la presencia de demás familiares en las horas de visita.

Las parteras y parteros también demanda que se les permita atender y acompañar a su paciente durante el parto hospitalario, sobre todo se está es referido por él o ella.²⁵

c) Posición del parto

La atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por las parteras y las comadronas indígenas, por considerar que la posición horizontal es antinatural al parto por ello se piensa que la atención del parto en la posición horizontal es uno de los obstáculos principales para que las mujeres indígenas acudan a los centros de salud pública.

La demanda de cambio fortalece el respeto a la cultura de la paciente para escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad dl personal de salud, procurando con ello respetar la fisiología natural del parto



siendo la posición fisiológica mas adoptada por ser confortable la de cuclillas.²⁶

d) Abrigo-Vestimenta

Un elemento importante de la medicina ancestral de los Andes Ecuatorianos, aplicado en la atención del parto y cuidado del embarazo es el principio humoral este principio sostiene que la salud de la persona depende de los equilibrios entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto. Una de las críticas Fundamentales de las parteras-os y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, la práctica de desvestir a la parturienta para luego llevarlas a dar a luz en una sala fría en cambio ellas prefieren que la mujer este bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto.²⁷

e) Alimentación

En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: Antes de dar a luz Para mantener el calor corporal y durante el parto para tener fuerzas algunas parturientas ingieren diversas aguas endulzadas con panela: de anís, de manzanilla, de Paraguay, de higo, etc.

En este sentido se debe permitir la ingesta de alimentos y bebidas, según las necesidades de las gestantes durante la labor de parto y el posparto con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto. Sin embargo el personal de salud debe administrar la administración de aguas de planta medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio, se requerirá la investigación y autorización expresa de la persona responsable de la atención.



f) Información

El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos sus riesgos y consecuencias cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta ni a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular.

G) Entrega de la Placenta

En la cosmovisión andina existe la tendencia a personificar la placenta en este sentido se puede entender, la importancia de los ritos asociados al entierro de la placenta que en algunas comunidades se la realiza “al igual que una persona”.²⁸



5. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Los resultados que exponemos a continuación son el resultado de todo este tiempo de trabajo en el que se llenó el formulario 051 del MSP, y a la vez que el programa SIP nos entrega, los cuales fueron las principales para la obtención de los datos a continuación:

Datos generales

Siete de cada diez mujeres atendidas por parto vaginal en el Centro de salud #9 Nabón tienen una edad comprendida entre 19 a 35 años, el 33,9% son adolescentes y el 3,4% mayor de 35 años. El 55,9 son de raza mestiza, el 44,1 % de raza indígena. El 13,6 de las mujeres son analfabetas, lo cual puede incrementarse un 3,4% por falta de datos. El 30,5% son madres solteras, El 42,4% son casadas y 27,1% Tienen unión estable. (Tabla 1).

Antecedentes patológicos y obstétricos

No se registraron antecedentes patológicos familiares y personales. El 10,2% son multíparas, con más de 4 hijos; el 45,8% tienen de 1 a 3 hijos y el 44,1 son nulíparas. Más de la mitad de las mujeres (66,1) manifestaron que su embarazo no fue planeado y el 94,9 refirió no haber usado ningún método anticonceptivo, el 5,1% utilizaba el método natural del ritmo. El 6,8 de las mujeres atendidas en el centro manifestaron haber tenido cesárea Previa, pero su parto fue vaginal sin complicaciones.

Tabla # 1

Datos generales y antecedentes de las mujeres atendidas en el Centro de Salud No 9 Nabón- 2010

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad en años		
< 19	20	33,9
19 a 35	37	62,7
> 35	2	3,4
Raza		
Indígena	26	44,1
Mestiza	33	55,9
Negra	0	0
Analfabetismo		
Si	49	83,1
No	8	13,6
Falta dato	2	3,4
Estado civil		
Casada	25	42,4
Unión estable	16	27,1
Soltera	1	30,5
Otro	0	0
Sin dato	0	0
Gestaciones		
1 a 3	27	45,8
Multíparas	6	10,2
Nulíparas	26	44,1
Abortos previos		
0	58	98,3
1 a 3	1	1,7
Sin dato	0	0
Embarazo planeado		
No	39	66,1
Si	20	33,9
Sin dato	0	0
Cesáreas previas		
0	55	93,2
1 a 2	4	6,8
Fracaso anticonceptivo		
No usaba	56	94,9
Natural	3	5,1
Sin dato	0	0

Fuente: SIP

Elaborado: autoras



Gestación actual

El 64,4% de las mujeres ingresaron calculando su gestación con la fecha de la última menstruación (FUM), el 10,2% lo hicieron solo con ecografía (ECO). El 52,5% de las mujeres no recibieron la vacuna Antirubeola previa al embarazo, el 16,9 no saben por falta información. Según los datos procesados se da más importancia a la vacuna antitetánica, aunque no en todos los casos se cumple con la norma, pues seis de cada diez mujeres reciben la primera dosis y de éstas la mitad completa la segunda dosis. (Tabla 2)

Controles Prenatales

En los controles del embarazo, observamos que los exámenes odontológico (59,3%), exploración de mamas (78%) y de cérvix (45.8%) no se están cumpliendo adecuadamente en el centro de salud

La detección de bacteriuria se realizó en casi el 30,5% de las mujeres, de los cuales el 6,8% fueron positivos. En ocho de cada diez mujeres se detectó el factor RH+. No se detectó caso positivo en el examen de VDRL y de VHI. El 64,4 refiere no haberse realizado Estreptococo B. de 34 mujeres que se realizaron el examen sanguíneo no se detecto problemas. El 69,5% de las embarazadas recibieron hierro y folatos.

Tabla 2
Datos generales y antecedentes de las mujeres atendidas en el Centro de Salud No 9 Nabón- 2010

Variable	N ^{ro}	%
EG confiable		
Por FUM	38	64,4
Por ECO	6	10,2
Falta dato	15	25,4
Antirubeola previa		
Previa al emb.	0	0
No sabe	10	16,9
No se puso	31	52,5
Falta dato	18	30,5
Antitetánica		
No	9	15,3
Si	31	52,5
Sin dato	19	32,2
Odontológico		
No	35	59,3
Si	8	13,6
Falta dato	5	8,5
Mamas		
No	46	78
Si	8	13,6
Falta dato	0	0
Cerviz/PAP		
normal	25	42,3
no se hizo	27	45,8
Falta de dato	14	23,7
Bacteriuria menor de 20s		
No se hizo	14	23,7
Negativo	14	23,7
Positivo	6	10,2
Falta dato	25	42,4
Bacteriuria mayor de 20s		
No se hizo	13	22
Negativo	14	23,7
Positivo	4	6,8
Falta dato	28	47,5
Factor Rh		
Rh +	43	72,9
Falta dato	16	27,1
Estreptococo B		
Negativo	4	6,8
Positivo	0	0
No se hizo	38	64,4
Falta de dato	17	28,8
Fe/Folatos		
No	2	3,4
Si	41	69,5
Falta de dato	16	27,1

Fuente SIP
Elaboración Autoras



Parto Aborto

De acuerdo con los criterios establecidos por el CLAP, el 72% de las mujeres que ingresan al Centro de salud de Nabón para dar a luz, El 11,9 no han recibido ninguna consulta prenatal, el 37,3% entre 1 a 4 consultas y solamente el 39% se han realizado 5 controles y más. Solamente el 50,8% de las mujeres acuden al servicio portando su carnet.

De los 59 partos, todos fueron partos vaginales atendidos por obstetra (50,8) y sin complicaciones, En dos mujeres (3,4%) presentaron rotura prematura de Membranas de menos de 24 horas. El 27,1 de las mujeres estuvieron acompañadas por sus parejas, mientras que el 42,4% por un familiar. La posición preferida para el parto fue en cucilllas (45,8%). No se realizó episiotomía en el 79,7% de los casos. Los desgarros grado 1 se produjeron en el 23,7% de los partos, los datos pueden cambiar debido que existe un 54,2% no registrado. La administración de ocitocina se dio en el 42,4 % de los casos.

Recién nacido

Todos los niños nacieron vivos sin problemas y fueron atendidos por médicos y enfermeras. el 52,5% de los recién nacidos fueron del sexo femenino. El 96,6% nacieron con un peso normal, las demás medidas antropométricas de los recién nacidos estuvieron dentro de los parámetros normales.

Tabla # 3
Datos generales y antecedentes de las mujeres atendidas en el Centro de Salud No 9 Nabón- 2010

Variable	N ^{ro}	%
Controles		
Sin dato	4	6,8
0	7	11,9
1	6	10,2
2-4	16	27,1
5-9	23	39
10-99	3	5,1
Carnet perinatal		
No	28	47,5
Si	30	50,8
Falta dato	1	1,7
Acompañante		
Pareja	16	27,1
Familiar	25	42,4
Ninguno	0	0
Sin dato	18	30,5
Posición del parto		
Sentada	10	16,9
Acostada	22	37,3
Cucilllas	27	45,8
Episiotomía		
no	47	79,7
sin dato	12	20,3
Desgarros		
No	31	52,5
Sin datos	28	47,5
Grado		
I	14	23,7
II	11	18,6
III	2	3,4
Sin dato	32	54,2
Ocitócicos		
No	0	0
Si	25	42,4
Falta dato	34	57
Analges. tranquilizante		
No	54	91,5
Si	5	8,5
Falta dato	0	0
Antibióticos		
No	43	72,9
Si	16	27,1
Falta dato	0	0
Sexo RN		
Femenino	31	52,5
Masculino	28	47,5
Falta dato	0	0
Peso del RN		
Bajo	0	0
Normal	52	96,6
Sobrepeso	2	3,4
Falta dato	0	0

Fuente SIP
Elaboración Autoras



Tabla # 4

Control para el Monitoreo de la Calidad de la Atención Materno Neonatal del Centro de salud # 9 Nabón 2010.

Estándares e Indicadores	Cumple con la norma		No cumple con la norma	
	Si	%	No	%
Control prenatal	8	80	2	20
Partos con partograma graficado y con control	8	80	2	20
Partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma	9	90	1	10
Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).	4	40	6	60
Post partos con control	3	30	7	70
RN en los que se realizó actividades de la norma	10	100	-	-
Partos atendidos por médico/a u obstetiz	10	100	-	-
RN atendidos por médico/a u obstetiz	6	60	4	40
Pacientes con preeclampsia y eclampsia	-	-	-	-
Hemorragias obstétricas manejadas	-	-	-	-
Infecciones obstétricas manejadas	-	-	-	-
Partos Pretérmino con Corticoides prenatales	-	-	-	-
Partos Pretérmino con Nifedipina como Uteroinhibidor	-	-	-	-
Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas	-	-	-	-
Recién Nacidos con infección	-	-	-	-
Recién Nacidos con Trastornos Respiratorios	-	-	-	-
Recién Nacidos con Prematurez	-	-	-	-

Fuente SIP

Elaboración Autoras

Partos: en esta tabla observamos que el 80% cumple con la norma con referente al control prenatal y al partograma graficado y con control, además vemos que existe un 60% de partos con oxitocina que no cumple la norma y el 100% de los partos fueron atendidos por médico u obstetiz y no presentaron ningún tipo de complicación.

Recién Nacido: el 60% de los recién nacidos fueron atendidos por profesionales de la salud han cumplido al 100% las actividades de la norma sin presentar ningún tipo de complicación.

Además cuentan con instrumentos e insumos y medicamentos adecuados (ver tabla anexa)



De acuerdo a los datos de esta (tabla 5) observamos que de los 59 recién nacidos atendidos en el Centro de Salud Nabón el 10.1% presentaron trastornos respiratorios, un 3,3% sobrepeso y macrocefalia, bajo peso al nacer y síndrome de Down se presentó en 1.6 %. Egresos del recién nacido hubo solo un caso de traslado que fue al hospital IESS.

No se registraron casos de Mortalidad neonatal

Tabla # 5
Datos de morbilidad de los Recién Nacidos atendidas en el Centro de Salud No 9 Nabón-2010

Variable	N ^{ro}	%
Trastornos respiratorios	6	10.1
Sobrepeso al nacer.	2	3.3
bajo peso al nacer	1	1.6
Macrocefalia	1	1.6
Síndrome de Down.	1	1.6

Fuente: consolidados y partes mensuales
Elaboración: Autoras



De acuerdo a los datos de esta (tabla 6) nos indica que del total de mujeres atendidas en el Centro de Salud Nabón se observa que las infecciones urinarias es la primera de las causas de morbilidad en este centro (87 casos), seguido por la hipodinamia uterina con 7 casos, luego se encuentra la ruptura prematura de membranas con 4 casos, seguido de Preeclampsia moderada y otras enfermedades con uno o más casos respectivamente.

En este Centro de Salud no se registraron casos de mortalidad materna.

Tabla # 6**Datos de morbilidad de las mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud N # 9 Nabón - 2010**

Variable	N ^{ro}	%
Infección de Vías Urinarias en el Embarazo	87	87
Hipodinamia Uterina	7	7
Ruptura Prematura de Membranas	4	4
Preeclampsia Moderada	1	1
Una o más enfermedades	1	1

Fuente: SIP y Concentrado Mensual**Elaborado:** autoras



CONCLUSIÓN

Entre las causas de Morbilidad Materna identificadas en los controles prenatales y formularios 051 tenemos:

- Infección de vías urinarias (87%).
- Hipodinamia Uterina (7%).
- Ruptura prematura de membrana (4%).
- Preeclampsia moderada (1%).
- Otras enfermedades (1%).

En Morbilidad Neonatal se identifico las siguientes causas: de los 59 neonatos atendidos en el centro de salud Nabón

- ✓ Trastornos respiratorios (10.1 %).
- ✓ Sobrepeso al nacer (3.3 %).
- ✓ Macrocefalia (1.6%).
- ✓ Bajo peso al nacer (1.6%).
- ✓ Síndrome de Down (1.6%).

Los estándares de calidad en el centro de salud Nabón se cumple en un 80 a 90% la norma establecida por el MSP.

Con respecto a la mortalidad materna y neonatal no se han presentado casos.



RECOMENDACIONES

- Promover la atención de la salud materna y perinatal de acuerdo a las normas de los estándares e indicadores con calidad y calidez.
- Establecer coordinación con el personal de salud para el buen manejo del llenado del formulario 051.
- Capacitar al personal de salud sobre el llenado del formulario 051.
- Concientizar al personal de salud sobre el correcto llenado del formulario 051 para el ingreso de las fichas en el Sistema Informático Perinatal, para obtener datos reales, para así poder analizarlos.
- El personal médico del Centro de salud Nabón debe promover a realizarse exámenes durante el embarazo para así determinar los factores de riesgo.
- Incentivar a las embarazadas a que sus partos sean en el centro de salud y con profesionales.



LIMITACIONES

En el periodo de Marzo a Octubre se presentaron dificultades con relación a la forma incompleta e incorrecta en el llenado del formulario 051 por parte del personal que labora en el Centro de Salud.

La falta de responsabilidad por parte del personal en cuanto al manejo de la computadora, ya que es una herramienta del proyecto, por lo que nos impidió ingresar los datos en el sistema.

La falta del formulario 051 actualizado que implementó el MSP.



SOLUCIONES

Capacitar al personal del Centro de Salud Nabón sobre la forma correcta de llenar el formulario 051 y el ingreso de los datos al Sistema Informático Perinatal.

Delegar a una persona que se haga responsable del manejo de la computadora.

Solicitar a la Dirección de Salud que se provea de los materiales necesarios a la unidad operativa.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lisa M. Koonin, M.N., M.P.H. Hani K. Atrash, M.D., M.P.H. Roger W. Rochat, M.D. Jack C. Smith, M.S. Maternal Mortality Surveillance, United States, 1980-1985 MMWR 12/1/1988; 37(SS-5):19-29.
2. Deneux-Tharoux D, Berg C, Bouvier-Colle MH, Gissler M, Harper M, Nannini A, Alexander S, Wildman K, Breart G, Buekens P. Underreporting of Pregnancy-Related Mortality in the United States and Europe. *Obstet Gynecol* 2005;106:684-92.
3. 4. Filippi V, Alihonou E, Mukantaganda S, Graham WJ, Ronsmans C. Near misses maternal morbidity and mortality. *Lancet* 1998;351:145-6.
4. Morbimortalidad Neonatal. Disponible en: <http://www.slideshare.net/xelalephJmorbimortalidad-nconatal>.
5. Peter J. Chen, MD, Department of Obstetrics & Gynecology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network- <http://www.umm.edu/pregnany spanish/000129. Htm>.
6. Datos principales del anuario de estadísticos vitales: nacimientos y defunciones – INEC 2008.
7. Consolidado y Partes Mensuales
8. O.M.S.: Definiciones y Recomendaciones para el registro de estadísticas vitales. *Actas OMS*. 28:17,1950. 160:11 ,1976
9. Definiciones Principales del Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones – INEC 2008.
10. OPS: Estadísticas de Salud de las Américas 1995.
11. Morbilidad materna extrema en la clínica Rafael Uribe Uribe en Cali.
12. REVISTA COLOMBIANA DE PEDIATRÍA.
13. Ventura-Juncá P: Adaptación-Inmadurez, Peculiaridad de la Patología Neonatal. En *Manual de Pediatría*, Ed. Winter A y Puentes R. Ediciones IMC Color, 1984.



14. Salas B; Yopez E; Torres W; Orozco L; Hermina J; Ayabaca P. Manual de ESTÁNDARES INDICADORES E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO – NEONATAL.2008.
15. Calidad de Atención Materno-Infantil ministerio de salud pública del Ecuador, Dra. Caroline Chang Campas MINISTRA DE SALUD.
16. Manual de Estándares Indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención Materna Neonatal , MSP, CONASA, Agosto 2008.
17. Tecnologías de Información y Comunicación -TIC- para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios públicos de la provincia del Azuay, Universidad de Cuenca, Dr. José Ortiz.
18. CLAP (OPS/OMS) Sistema Informático Perinatal. Salud Perinatal-Boletín del CLAP. 1998; 7:36-37.
19. MANUAL HISTORIA CLÍNICA PERINATAL SIP – 2007.
20. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado.
21. Serena Nanda Op.Cit,pag.25
22. Boletín Novedades CLAP#17,Diciembre 1998.
23. Gonzales Guzmán, Daniel.2007.manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto, Ecuador, pág. 22.
24. Cfr. Aguirre Vidal Gladys y letty Viteri Gualinga. "Política intercultural en salud y derechos sexuales". confederación de nacionalidades indígenas del Ecuador. Quito.1998. pág. 18
25. Dr. Oswaldo Cárdenas: " Atención del parto en posición vertical materna", FUNDACYTBID. s/a, s/f, Cuenca – Ecuador.
26. Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita, Op. Cit. pág. 64.
27. Taller de adecuación cultural de la atención del parto, "Pillaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005."



ANEXOS

AREA DE OBSTETRICIA



PARTO VERTICAL

