

UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE INTERNADO ROTATIVO 2011-2012



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COBERTURA DE ATENCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL EN EL HOSPITAL BASICO DE SAN GABRIEL EN MUJERES QUE DURANTE SU PERIODO DE GESTACIÓN ACUDIERON A LOS CONTROLES PRENATALES EN LAS UNIDADES OPERATIVAS RURALES DEL ÁREA 2 DE LA PROVINCIA DEL CARCHI DURANTE EL PERIODO ENERO A NOVIEMBRE DEL 2011.

AUTORAS:

Ledesma Núñez Erika Yolanda

Montenegro Madroñero Carol Andrea

TRABAJO DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA

DIRECTORA: Lic. Vinueza Fernanda, Msc

TULCÁN – Abril- 2012

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado especialmente a nuestros padres e hijos, ya que con su esfuerzo y cariño nos impulsaron a culminar nuestras metas, expectativas y objetivos y así alcanzar con éxito un ideal más en nuestra vida como es ser un profesional de salud, licenciado/a de enfermería.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios quien fue nuestra guía en cada paso que hemos dado para lograr llegar a nuestra meta con satisfacción.

A la Universidad Politécnica Estatal del Carchi principalmente a la Escuela de Enfermería, donde recibimos la formación académica y práctica impartida por los docentes quienes fueron nuestra fuente de sabiduría.

Expresamos nuestro agradecimiento al Hospital Básico de San Gabriel bajo la dirección del Dr. Marco Ortega, personal administrativo y de estadística, al personal que labora en el área de Consulta Externa del Área 2, a las Unidades Operativas Rurales del Área 2 por su colaboración en la realización de la presente investigación.

Además agradecemos a la Msc. Fernanda Vinueza tutora de tesis por haber sido una guía en la elaboración de la misma.

A todas las personas quienes hicieron posible la realización de ésta investigación, por ser nuestro apoyo emocional y moral en todo éste proceso.

Las autoras

CESIÓN DE DERECHOS

Nosotros Ledesma Núñez Erika Yolanda con número de cédula 040163899-4 y Montenegro Madroño Carol Andrea con número de cédula 040175793-5 cedemos los derechos a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi.

Ledesma Núñez Erika Yolanda Montenegro Madroño Carol Andrea

INDICE GENERAL

PÁGINAS PRELIMINARES

CARATULA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CESIÓN DE DERECHOS.....	iv
INDICE GENERAL.....	v
INDICE DE ANEXOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPITULO I.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 ENUNCIADO DEL TEMA:	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	3
1.4. JUSTIFICACIÓN	4
1.5 OBJETIVOS	6
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
1.6 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD.....	7
CAPITULO II.....	8
2.1.1 RESEÑA HISTÓRICA ÁREA DE SALUD N°2	8
2.1.2 HOSPITAL BÁSICO “SAN GABRIEL”	9
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	13
2.2.1 Factores	13
2.2.2 Cobertura	13
2.2.6 Parto	31

2.2.7. Parto Institucional.....	42
2.2.8 Parto no Institucional.....	43
2.2.9 Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva	43
2.3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
2.3.1. HIPÓTESIS.....	45
2.3.2. VARIABLES Y OPERALIZACION	45
CAPITULO III.....	49
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
3.1 Tipo de Estudio:.....	49
3.2. UNIVERSO Y MUESTRA.....	49
3.3 METODOS Y TECNICAS.....	50
3.4. DISEÑO DEL INSTRUMENTO.....	51
3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	51
CAPITULO IV.....	52
4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	52
4.1 PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS	52
4.2 Interpretación de datos.....	71
4.3 Plan de Intervención.....	73
CAPITULO V.....	77
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
5.1 CONCLUSIONES.....	77
5.2 RECOMENDACIONES	78
CAPÍTULO VI.....	79
6. BIBLIOGRAFÍA.....	79
6.1 BIBLIOGRAFÍA CITADA.....	79
6.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	80
6.3 BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA	82
CAPÍTULO VII.....	83
7. ANEXOS	83

INDICE DE ANEXOS

7. ANEXOS	PAG.
7.1 ASOCIACION EMPIRICA DE VARIABLES	83
7.2 CUESTIONARIO	84
7.3 GLOSARIO	87
7.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO	90
7.5 AUTORIZACION FINAL	91
ANEXO A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	92
ANEXO B PRESUPUESTO	93
ANEXO C APROBACION DE LA TUTORA DE TESIS	94
ANEXO D PROTOCOLO DE TESIS	95
ANEXO E EVIDENCIA DE LA REALIZACION DE ENCUESTAS	108
ANEXO F EVIDENCIA DE LA VISITA A LOS SUBCENTROS DE SALUD DE LAS DIFERENTES UNIDADES OPERATIVAS	117
ANEXO G TRIPTICO	122
ANEXO H MAPA DE LA PROVINCIA DEL CARCHI CON REFERENCIA AL ÁREA 2	124

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS Y GRÁFICOS	PAG.
TABLA N ^o 1 Servicios que presta el Hospital Básico de San Gabriel	11
TABLA N ^o 2 Unidades Operativas del Área 2	11
TABLA N ^o 3 Recursos Humanos del Hospital Básico de San Gabriel	12
TABLA N ^o 4 Distancia y Tiempo de las Unidades Operativas Rurales en relación al Área 2	13
TABLA N ^o 5 y GRÁFICO N ^o 1 Durante la etapa de su embarazo se realizó controles prenatales en una Unidad Operativa del MSP.	52
TABLA N ^o 6 y GRÁFICO N ^o 2 Si tuvo partos anteriores, los mismos fueron atendidos en el Hospital Básico de San Gabriel.	54
TABLA N ^o 7 y GRÁFICO N ^o 3 Donde preferiría dar a luz su hijo.	56
TABLA N ^o 8 y GRÁFICO N ^o 4 Conoce acerca de la importancia de la atención del parto en una Unidad operativa del MSP.	58
TABLA N ^o 9 y GRÁFICO N ^o 5 Usted puede acceder de manera fácil a los servicios de salud del MSP.	60
TABLA N ^o 10 y GRÁFICO N ^o 6 Cómo evalúa la atención brindada en los servicios de salud.	62
TABLA N ^o 11 y GRÁFICO N ^o 7 Ha recibido información acerca de los beneficios de la Ley Maternidad Gratuita.	64
TABLA N ^o 12 y GRÁFICO N ^o 8 Ud. ha sentido discriminación alguna en el Hospital Básico de San Gabriel.	66
TABLA N ^o 13 Cuál considera Ud. Como factor importante para no dar a luz en el Hospital Básico de San Gabriel.	68
GRAFICO N ^o 9 N ^o 13 Cuál considera Ud. Como factor importante para no dar a luz en el Hospital Básico de San Gabriel.	69

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURAS	PAG.
FIGURA N^o 1 Hospital Básico de San Gabriel	9
FIGURA N^o 2 Control Prenatal	14
FIGURA N^o 3 Mujer Embarazada	19
FIGURA N^o 4 Toma Incorrecta de Signos Vitales	21
FIGURA N^o5 Deficiente Solicitud de Exámenes de Laboratorio	22
FIGURA N^o6 Dotación de Insumos Esenciales	24
FIGURA N^o7 Programa de Capacitación Clínica	24
FIGURA N^o8 Afiche con los pasos de la Atención Prenatal	25
FIGURA N^o9 Inclusión de Personal de Laboratorio	26
FIGURA N^o10 Maternidad Saludable	26
FIGURA N^o11 Personal de Enfermería en el Control Prenatal	29
FIGURA N^o12 Parto	32
FIGURA N^o13 Deficiencias del proceso de Atención del Parto	35
FIGURA N^o14 Mejoras/Innovaciones por el EMCC	37
FIGURA N^o15 Capacitación Clínica en MATEP	39
FIGURA N^o16 Socialización de ciclos rápidos de MATEP	40
FIGURA N^o17 Publicación de Addendum	41
FIGURA N^o18 Replica de la Capacitación	42
FIGURA N^o19 Parto Institucional	42
FIGURA N^o20 Parto No Institucional	43
FIGURA N^o21 Mejora del acceso y la Calidad de Atención de Salud	44

RESUMEN

La maternidad segura es un componente esencial de la salud reproductiva, principalmente porque el embarazo y parto son causas significativas de discapacidad y muerte de mujeres, que viven países en vías de desarrollo. Es por esto que la presente investigación tiene como finalidad conocer los factores que influyen en la cobertura de parto institucional del Hospital Básico de San Gabriel, aplicándose el método de encuesta en las diferentes Unidades Operativas Rurales del Área 2, donde se comprobó que existen factores determinantes para que las mujeres en estado de gestación no acudan al momento del parto al Hospital de referencia.

Durante la investigación realizada se evidenció que el índice de atención de partos de pacientes referidas de las Unidades Operativas Rurales es del 2.43%, razón por la cual nos motivó a realizar este estudio, el mismo presenta el análisis de la interrelación entre factores individuales como predictores de la atención prenatal y parto institucional. Se hipotetiza que la atención materna, además de estar correlacionada con factores individuales como la educación de la madre, tiene estrecha relación con la disponibilidad y la calidad de atención de los servicios de salud.

En este contexto, los factores influyen significativamente para que las mujeres reciban atención prenatal y parto institucional y así tener una maternidad segura y saludable.

Palabras claves: factores, cobertura, mujeres embarazadas, parto institucional, unidades operativas.

ABSTRACT

The sure maternity is an essential component of the reproductive health, mainly because the pregnancy and childbirth are significant causes of incapacity and women's death that live in developing countries, in most of the cases. It is for this reason that the present investigation has as purpose to know the factors that influence in the covering of institutional childbirth of San Gabriel's Basic Hospital for that which the method of surveys was applied in the different Rural Operative Units of the area 2, where we could check that if decisive factors exist so that the women in gestation state don't go to the moment from the childbirth to the reference hospital.

During the initial research showed that the rate of delivery care of patients referred to the Rural Operating Units is 2.43%, so that motivated us to conduct this study, it presents the analysis of the interplay between individual factors as predictor's prenatal care and institutional delivery. It is hypothesized that maternal care, in addition to being correlated with individual factors such as maternal education, is closely related to the availability and quality of care in health services.

In this context, the factors influence significantly so that the women have prenatal attention and institutional childbirth and this way to have a sure and healthy maternity.

Key words: factors, covering, pregnant women, I leave institutional, operative units.

INTRODUCCIÓN

La salud materno-infantil tiene que pensarse como un binomio que sustancialmente es indesligable porque su realidad gira en un entorno bio-social, el cual es entendido como una serie de fenómenos aislados o generalmente concatenados que acontecen durante el devenir de la vida de las personas. Con el objeto de prestar una adecuada y oportuna atención a la población materno-infantil, debe reconocerse la utilización de ciertos enfoques en los que se ha basado o debería basarse la investigación de los problemas de salud de este grupo, así como la implementación de estrategias para su solución.

La presente investigación tiene como finalidad conocer los factores que influyen en la cobertura de parto institucional del Hospital Básico de San Gabriel en mujeres embarazadas que acuden a los controles prenatales en las diferentes Unidades Operativas Rurales del Área 2.

La exposición a las carencias en el hogar, el bajo nivel educativo, la procedencia rural, entre otras, representa en las mujeres embarazadas un riesgo que es necesario medirlo para determinar su asociación, sus niveles y su trascendencia.

En nuestra investigación se planteó como parte de la solución la elaboración de un plan de intervención acorde a las necesidades e inquietudes que se presenten en las madres en relación a la atención que presta el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de San Gabriel.

Dicho estudio será de beneficio para el Hospital Básico de San Gabriel y para las mujeres gestantes que acudan a esta casa de salud, ya que de esta manera se logrará brindar una atención de calidad disminuyendo así riesgos de morbi-

mortalidad perinatal, fomentando la aceptación de los servicios de salud pública.

Nuestro trabajo es una investigación retrospectiva, transversal y de acción en el cual se aplicaron encuestas a una muestra de 34 mujeres que ya dieron a luz a su hijo, las mismas que recibieron atención prenatal en las Unidades Operativas Rurales del Área 2-Carchi.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.1 ENUNCIADO DEL TEMA:

Factores que influyen en la cobertura de atención de parto institucional en el Hospital Básico de San Gabrielen mujeres que durante su periodo de gestación acudieron a los controles prenatales en las Unidades Operativas Rurales del Área 2 de la Provincia del Carchi durante el periodo enero a noviembre del 2011.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La atención médica eficaz y universal de poblaciones indígenas es, sin duda, un objetivo de las políticas y programas de salud reproductiva en los países latinoamericanos debido a las inaceptables tasas de morbilidad y mortalidad reproductiva que se registran en estos subgrupos de la población. Se estima que en América Latina y el Caribe, ocurren 22 mil muertes maternas cada año.

La razón de muerte materna (RMM) estimada para esta región es de 190 defunciones por cada 100 000 nacimientos, cifra 9.5 veces superior a la de los países desarrollados (20 por 100 mil nacimientos) (WHO, 2004).

El acercamiento de los servicios institucionales de salud a las poblaciones indígenas significa un encuentro entre culturas, que sin embargo, ocurre en un marco de relaciones desiguales en cuanto al valor del conocimiento de las distintas prácticas médicas. En México, en el periodo 2001-2006, se hizo explícita la Política de Atención a la Salud de Poblaciones Indígenas (SSA, 2002) que propuso realizar acciones en salud basadas en los principios de acceso eficaz, información, participación social, respeto a la diversidad y derechos humanos. No obstante, las acciones de atención de la salud en la población indígena han permanecido prácticamente sin cambios, excepto en lo que se refiere a cobertura y gasto en salud y ocasionalmente a proyectos intersectoriales de intervención, debido a que quienes operan en el sector salud

no están formados(as) para comprender la importancia y especificidad de la atención médica integral y respetuosa, así como los procesos de cambio social, poblacional, organizacional y espacial de los pueblos indígenas, que modifican sus prácticas y riesgo reproductivo.

En México, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2004), ocurren 1900 defunciones maternas por año, con una razón de mortalidad materna de 83 defunciones por cada 100 000 nacimientos, las cuales se concentran en 12 de las 32 entidades federativas, particularmente en el sureste de México (SSA, 2005).

En la actualidad, el 79% de los partos que se presentan en la Región de las Américas se atienden en instituciones y pocos países declaran aún, una cobertura institucional del parto inferior al 50%, aun cuando es posible que las mujeres que buscan atención encuentren restricciones en cuanto a accesibilidad, conocimiento, receptividad y calidad de la atención prestada en los hospitales.

Sin embargo, el aumento del número de partos institucionales no ha producido una reducción correspondiente de la mortalidad materna y perinatal y de hecho, hay variaciones aún mayores de la mortalidad neonatal y materna en países con altas tasas de atención institucional del parto.

En el Ecuador en cuanto a la salud materna, 87 de cada 100 mujeres tuvieron al menos un control prenatal: 7 de cada 10 embarazadas del área rural asisten a controles en establecimientos públicos. El 80% pagaban por los controles prenatales hasta el año 2007. Las del área urbana, la costa y las de mayor nivel de instrucción, gastan más en los controles durante el periodo gestacional, 45 de cada 100 partos fueron atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud Pública, 17 en hospitales y en clínicas privadas, 18 fueron domiciliarios y el resto atendidos por otros agentes de salud. El 70% de madres realizaron gastos por la atención del parto. (CEPAR, 2005).

Entre las encuestadas que dieron a luz en casa a su último hijo (a), la primera razón a nivel nacional fue " Por costumbre", mencionada por un 37.4 por ciento de las parturientas, mientras que un 34.4 dan a luz en un establecimiento de salud.

Es notable que el "Mal concepto del establecimiento" es mencionado con mucha más frecuencia en las áreas urbanas (50.5%) que en las rurales (19.8%) y mucho mas en la Costa(40.3%) que en la Sierra (18.4) o la Amazonía (17.7%). Parece alcanzar su mayor nivel en las Provincias del Guayas y Carchi (53.9% y 41.4%, respectivamente), pero hay que tomar en cuenta que en estas provincias existen muy pocos casos de partos domiciliarios. Cabe, resaltar, que este factor influye más en mujeres del grupo étnico "otro" (36.1%) seguida por las mestizas (27.2%), y parece tener menos importancia para las indígenas (17.5%).

En las Unidades Operativas Rurales del Área 2 tenemos como causas frecuentes: la accesibilidad, la falta de transporte, siendo el más importante la calidad de atención, para que las madres no acudan al Hospital Básico de San Gabriel al momento del parto.

1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Qué factores influyen en la cobertura de atención de parto institucional en el Hospital Básico de San Gabriel, en mujeres que durante su periodo de gestación acudieron a los controles prenatales en las Unidades Operativas Rurales del Área 2 en el período de enero a noviembre del 2011?

1.4 JUSTIFICACIÓN

Como servidores de la salud debemos conocer la problemática que rodea a nuestro sector y propender a mejorar los servicios que ofrecemos, por otro lado el estado debe garantizar servicios de salud eficientes, que permitan a mujeres embarazadas, acudir con confianza y de forma regular tanto a los controles prenatales, como al momento del parto.

De enero a noviembre del 2011 en el Área 2 de la Provincia del Carchi se brindó atención prenatal a 827 usuarias y se atendieron en el Hospital Básico de San Gabriel 288 partos institucionales lo que representa un 34.8%.

En las Unidades Operativas Rurales se realizaron controles prenatales en 237 mujeres embarazadas de las cuales 7 de ellas acudieron al Hospital Básico de San Gabriel al momento del parto constituyéndose 2.43%.

El tema escogido en la presente investigación, lo consideramos de relevancia al tratarse de la vida tanto de la madre, como del nuevo ser esperado, es necesario que los servicios de salud ofrezcan niveles de atención totalmente eficientes, y que madres que acuden a los centros hospitalarios lo hagan con la confianza absoluta de recibir un buen servicio, investigamos este problema porque es necesario conocer porque las madres no están acudiendo al momento del parto y con los resultados obtenidos poder aportar a solucionar esta problemática.

Conociendo los factores que influyen se buscarán estrategias que permitan mejorar la cobertura de partos institucionales, mediante la difusión de las prestaciones de Servicios de la casa de salud, fomentando la credibilidad sobre la calidad de atención brindada.

Son beneficiarios directos, el Hospital Básico de San Gabriel y las mujeres embarazadas que realizan los controles prenatales en las Unidades Operativas del Área 2 de la Provincia del Carchi, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores que influyen en la cobertura de la atención de parto institucional en el Hospital Básico de San Gabriel en mujeres que durante su período de gestación acudieron a los controles prenatales en las unidades operativas del Área 2 de la Provincia del Carchi durante el período enero a noviembre del 2011.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores por los cuales las mujeres gestantes no acudieron al momento del parto.
- Relacionar el porcentaje de mujeres que asisten a los controles prenatales con el porcentaje de mujeres que recibieron atención del parto.
- Realizar un plan de acción para solucionar el presente problema.

1.6 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

Consideramos que la presente investigación es viable ya que esta dirigida a las mujeres embarazadas que acuden a los controles prenatales en las distintas Unidades Operativas Rurales del Área 2, mediante la implementación y difusión de un folleto de información (tríptico), en la cual se enfoca la importancia del parto institucional, la calidad de atención y en especial del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de San Gabriel como Hospital de referencia.

Es aplicable y factible su realización, ya que es una problemática con mayor índice en mujeres embarazadas del sector rural, debido a que sus partos no son atendidos con normas y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública, convirtiéndose en un riesgo de morbi-mortalidad materno infantil.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO:

2.1 MARCO INSTITUCIONAL

2.1.1 RESEÑA HISTÓRICA ÁREA DE SALUD Nº2

En el Sistema de Salud del Área, existen subsistemas de prestaciones de servicios, públicos, semipúblicos, privados, con o sin fines de lucro.

El Área de Salud N^o 2 de la Dirección Provincial del Carchi, tiene como Jefatura al Hospital Básico San Gabriel, cuenta con 2 Cantones Montufar y Bolívar y con 7 y 4 parroquias respectivamente con una extensión de 736,5 Km² con una población actual de 45.466 habitantes.

El Hospital es centro de referencia de las unidades operativas existentes en el cantón Bolívar y Montufar, se encuentra ubicado en la cabecera cantonal de Montufar en el barrio San José en las calles 13 de Abril y Montufar.

El cantón Montufar posee 2 parroquias urbanas: González Suarez y San José. Parroquias Rurales: Piartal, Fernández Salvador, Chitan de Navarretes, Cristóbal Colon, La Paz.

El cantón Bolívar, se encuentra a una altitud de 1200 metros sobre el nivel del mar, donde predomina el clima cálido con una temperatura multianual de 23^oC.

Posee una Parroquia Urbana: Bolívar y 5 Parroquias Rurales: Los Andes, Monte Olivo, San Rafael, San Vicente de Pusir y García Moreno, con la particularidad que esta última parroquia en la división de áreas de salud se encuentra ubicada en el área 3 del Ángel.

Los límites del Área son:

Al norte con el Cantón Tulcán y Huaca

Al sur la Provincia de Imbabura

Al este la Provincia de Sucumbíos

Al Oeste el Cantón Espejo y Mira

2.1.2 HOSPITAL BÁSICO “SAN GABRIEL”

A. VISION

Nuestra visión de progreso permite crear programas de profundo contenido social como son: maternidad gratuita y atención a la infancia,, programa nacional de control de tuberculosis, programa ampliado de inmunización, programa nacional de alimentación y nutrición, programa de control escolar, etc.

B. MISION

Nuestra misión es brindar atención de calidad y calidez, a todos los usuarios internos y externos de Montufar y Bolívar sin distinción de raza clase social y religión,, bajo principios de solidaridad y confianza que se debe brindar al paciente, con una atención eficiente y oportuna de prevención curación recuperación y promoción, acorde a sus necesidades, dejando a un lado los fines de lucro.

Figura 1 Hospital Básico de San Gabriel



Fuente: Ledesma, E. (2012)

C. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Hace aproximadamente 65 años se puso al servicio del pueblo el Hospital San Gabriel, empezando a partir de 1942 con un área física reducida para hospitalización y consulta externa.

Con el fin de mejorar el servicio a los usuarios se consigue la avenida de las madres de la Caridad y en 1954 el Ilustre Municipio nombra al Doctor Nelson Soto Tamayo médico del Hospital quien con su capacidad y siguiendo las experiencias de su especialización incrementa la sala de maternidad y algunos accesorios para tan importante servicio.

Con la dirección del Doctor Fernando López Guerra oriundo del Cañar el Hospital Civil San Gabriel empieza brindando atención a toda la población de San Gabriel y Cantones vecinos.

En el año 1970 gracias al Doctor Carlo Aldas se logra iniciar la construcción de un nuevo edificio para el Hospital con la denominación de Centro de Salud Hospital con una dotación de 25 camas para dar atención integral a todas las personas que demandan de atención médica. El 14 de junio de 1974 se inauguró este Centro de Salud Hospital, en 1992 las Direcciones Provinciales de Salud definieron la jurisdicción de las áreas de salud y el Hospital se convierte en Jefatura de Área de Salud N^o 2.

En la actualidad el Hospital Básico San Gabriel brinda atención integral y permanente mediante acciones de prevención, y promoción con los equipos básicos de salud, curación y recuperación tomando en cuenta que esta institución es un centro de referencia que tiene como propósito brindar atención humanística y solidaria a todas las personas bajo los tres principios básicos de calidad, eficiencia y responsabilidad, con los servicios que presta los cuales son:

Tabla N° 1 Servicios que presta el Hospital Básico de San Gabriel

HOSPITALIZACION			
EMERGENCIA			
CONSULTA DE PRIMER NIVEL			
Medicina General	Obstetricia	Odontología	
CONSULTA DE SEGUNDO NIVEL			
Pediatría	Cirugía	Ginecología	Traumatología
SERVICIOS DE APOYO			
Laboratorio	Rayos X	Farmacia	Ambulancia

Fuente: Hospital Básico de San Gabriel

D. UNIDADES OPERATIVAS DEL AREA 2

El Hospital de San Gabriel como Área N° 2 se constituye de 16 unidades operativas de los Cantones Montufar y Bolívar.

Tabla N° 2 Unidades Operativas del Área 2

UNIDADES OPERATIVAS	TIPOLOGIA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
San Gabriel	Hospital Básico	2
Cristóbal Colon	Subcentro de Salud rural	1
Chitan de Navarretes	Subcentro de Salud rural	1
Fernández Salvador	Subcentro de Salud rural	1
Piartal	Subcentro de Salud rural	1
Chutan Bajo	Puesto de Salud	1
Capulí	Puesto de Salud	1

La Paz	Subcentro de Salud rural	1
Bolívar	Subcentro de Salud urbano	1
Los Andes	Subcentro de Salud rural	1
Caldera	Subcentro de Salud rural	1
Pueblo Nuevo	Subcentro de Salud rural	1
Monte olivo	Subcentro de Salud rural	1
San Vicente de Pusir	Subcentro de Salud rural	1
Pusir Grande	Puesto de Salud	1
Tumbatú	Puesto de Salud	1

Fuente: Hospital Básico de San Gabriel

Tabla N° 3 Recursos Humanos del Hospital Básico de San Gabriel

ESPECIALISTAS	3
MEDICOS RESIDENTES	2
LICENCIADAS DE ENFERMERIA	4
LICENCIADAS RURALES DE ENFERMERIA	4
AUXILIARES DE ENFERMERIA	10
PERSONAL DE LABORATORIO	3
BIOQUÍMICO FARMACEÚTICO	1

Fuente: Hospital Básico de San Gabriel

Tabla N°4 Distancia y Tiempo de las Unidades Operativas Rurales en relación al Área 2

UNIDAD OPERATIVA	Km	Tiempo (minutos)
LOS ANDES	25	35
MONTE OLIVO	60	110
PUEBLO NUEVO	60	110
CALDERA	45	60
CAPULI	5	10
FERNANDEZ SALVADOR	16	30
PIARTAL	10	20
SAN VICENTE DE PUSIR	70	120
PUSIR GRANDE	80	130
TUMBATU	75	120
CHUTAN BAJO	10	15
CHITAN DE NAVARRETE	12	30

Fuente: Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas Rurales por niveles

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Factores

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él, la responsabilidad de la variación o de los cambios.

2.2.2 Cobertura

En términos generales se considera como cobertura el número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud. En el marco de esta definición el riesgo que se corre es el de solamente mencionar estadísticamente el número de habitantes que están en contacto potencial con el servicio de salud, se hace necesario considerar otros elementos que van más allá del simple número de habitantes que tienen acceso al servicio como ser: Infraestructura del servicio, tipo de demanda y capacidad de resolución, posibilidades reales

de acceso, posibilidades de derivación a otros niveles de mayor complejidad, acceso a medicamentos siendo también de mucha importancia la situación geográfica: la población que habita en zonas urbanas tienen acceso a los diferentes niveles de atención y pueden transitar desde el nivel primario (poco sofisticado) hasta el nivel terciario (hospital de concentración) pero no es lo mismo la cobertura que brinda un centro de salud en zonas rurales dispersas.

2.2.3 Control prenatal

El objetivo de la asistencia prenatal es asegurar que todo embarazo deseado culmine en el nacimiento de un niño sano y sin deterioro de la salud de la madre.

Según Donoso, E. "Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal". (pág. 1)

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

Figura 2 Control Prenatal



Fuente: Faúndez, A. (2002) Hoy en: 02-02-2012 <http://es.wikipedia.org/wiki/>

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud.

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre.

A. Identificación de factores de riesgo

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son: la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y

tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son: la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre gestacionales.

B. Diagnóstico de edad gestacional

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

C. Diagnóstico de la condición fetal

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardíacos fetales
- movimientos fetales
- tamaño uterino
- estimación clínica del peso fetal

- estimación clínica del volumen de líquido amniótico

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos, los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

D. Diagnóstico de la condición materna

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, y examen físico según síntomas maternos.

E. Educación Materna

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se

debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

F. Exámenes de laboratorio

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

- Grupo sanguíneo
- Urocultivo
- VDRL
- HIV
- Hematocrito
- Ecografía

Grupo sanguíneo. Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación.

V.D.R.L. Es la sigla (Venereal Disease Research Laboratory) utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por *Treponema pálido*.

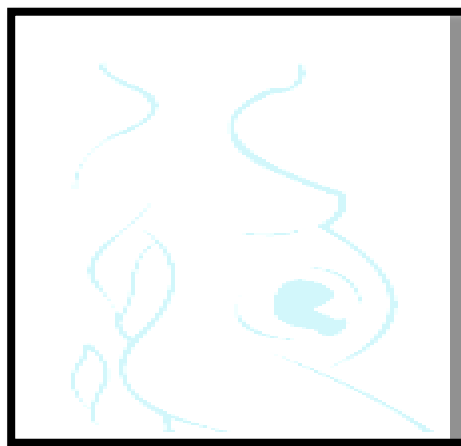
H.I.V. La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa). Se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control.

Hematocrito. La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas.

Según el Componente Normativo Materno, (2008). "Un control prenatal óptimo, según las normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetra) durante el período del embarazo de BAJO RIESGO. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras 20 semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas". (pág. 13)

No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

Figura 3 Mujer Embarazada



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

De acuerdo al Manual de Estándares de Calidad del Ministerio de Salud Pública, (2006). "Para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos, en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición del peso; determinación de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado". (pág. 13)

G. Deficiencias del proceso de Atención Prenatal, encontradas por los equipos de MCC (MEJORA CONTINUA DE CALIDAD) en el Ecuador

- **Toma incorrecta de Signos Vitales**

En las Unidades Operativas que hacen primer nivel de atención con frecuencia no se realizaba de manera correcta la toma de signos vitales, generando errores que influyen directamente en el diagnóstico y por ende en el manejo de las embarazadas. Con frecuencia la presión arterial no era correctamente registrada, lo cual afecta particularmente para el diagnóstico de sospecha de pre-eclampsia, causa principal de muerte materna en el Ecuador. No era raro que la presión arterial registrada en preconsulta resultase muy diferente de la tomada minutos después durante la consulta médica.

El mal estado de las básculas hace que la toma del peso de las pacientes, no sea preciso. Además los equipos frecuentemente comprobaron que las básculas no eran calibradas de manera regular, o muy rara vez.

Figura 4 Toma incorrecta de Signos Vitales



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

- **No se prescribía hierro/ácido fólico**

Los equipos de Mejora Continua de Calidad encontraron que con frecuencia no se cumplía con la prescripción de hierro y ácido fólico. Muchas veces esta deficiencia fue atribuida a la falta de las tabletas en la Unidades Operativas, y en otras, a que el personal no sabe sobre la utilidad de la administración de ácido fólico con respecto a la prevención de malformaciones en el feto.

- **Los médicos no examinaban las mamas de las pacientes**

La mayoría de los profesionales no hacen este examen en el primer control, principalmente a causa del pudor de la paciente. Las pacientes generalmente exigen que la persona que les hace el control de sus mamas sea de sexo femenino, lo cual no siempre es posible, y de esta manera se produce una oportunidad perdida y un déficit en la calidad de atención brindada.

- **Llenado deficiente de la historia clínica perinatal**

El personal no cumple con todos los parámetros que se exigen en el llenado de la hoja. Los que con más frecuencia se omiten son los casilleros de embarazo

actual, examen de mamas, examen odontológico, citología vaginal, exámenes de laboratorio. En ocasiones no existen suficientes formularios de atención perinatal, pese a que su impresión está financiada por la Ley de Maternidad Gratuita.

- **Deficiente solicitud de exámenes de Laboratorio**

Las normas de Atención contemplan un paquete mínimo de exámenes de Laboratorio, que debe ser practicado a todas las pacientes que acuden a su primer control prenatal en cualquier Unidad de Salud del MSP: grupo sanguíneo, factor Rh, pruebas de sensibilización, VDRL, glucosa, hemoglobina, hematocrito, prueba de tamizaje de VIH/Sida (previo consentimiento de la mujer embarazada). En el primer control debe constar la indicación de éstos y en el siguiente control deberán anotarse los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

Figura 5 Deficiente Solicitud de Exámenes de Laboratorio



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

- **No se hacía orden para exámenes odontológicos**

Con frecuencia no se realiza la indicación de control Odontológico luego de realizada la consulta médica. El examen odontológico, de acuerdo a la Norma del MSP, debe ser realizado desde la primera consulta, independientemente de la edad gestacional.

- **Inconsistencia en evaluación de estado nutricional en hoja SISVAN**

Hay resistencia por parte de los médicos a realizar la evaluación del estado nutricional de la embarazada utilizando la curva de Rosso y Mardones, cuyo formulario es parte de la historia clínica del MSP. Es posible que en algunos profesionales se deba a desconocimiento de cómo llenar dicha curva, afectando al control de peso en el embarazo.

H. Mejoras/innovaciones implementadas por los EMCC en el Ecuador

- ✓ **Se distribuyó un CD-ROM para auto-capacitación en toma de signos vitales, peso y talla:**

En algunas Áreas de Salud se usó un CD-ROM para auto-capacitación o en reuniones de estudio conjuntas para el personal que realiza la toma de signos vitales en las Unidades Operativas, en las que se proyectó el video correspondiente a la toma de signos vitales, con la participación de un facilitador, quien fue aclarando las dudas, haciendo hincapié en la importancia de la correcta obtención de los signos vitales para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

- ✓ **Dotación de insumos esenciales**

Se compraron tensiómetros digitales en algunas Unidades. Se repuso tensiómetros que se encontraban viejos o deteriorados. En los Servicios de Emergencia de algunas unidades Operativas se compraron relojes de pared grandes para las áreas de toma de signos vitales.

Figura 6 Dotación de Insumos Esenciales



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

- ✓ **Se estableció un programa de capacitación clínica en habilidades COE:**

En varias provincias (Tungurahua, Orellana, Chimborazo, Bolívar, Manabí), se instituyó un programa de capacitación en Cuidado Obstétrico Esencial (COE) en el que participan profesionales médicos, enfermeras y obstetras que atienden partos, tanto del hospital provincial como de las Áreas de salud.

Figura 7 Programa de Capacitación Clínica

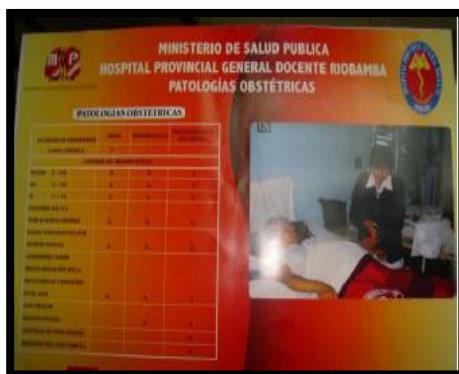


Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

- ✓ **Se diseñó un afiche con los pasos de la atención prenatal (algoritmo), incluyendo fotos ilustrativas:**

En varias Unidades Operativas se han diseñado estas ayudas visuales que han sido colocados en las salas de examen, cercanas a los escritorios y mesas de atención de pacientes, para recordar los pasos a seguir en una atención prenatal de calidad. Es motivador para el personal ver en los afiches las fotos de sus compañeros o las propias de ellos trabajando para brindar una mejor atención.

Figura 8 Afiche con los pasos de la Atención Prenatal



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

- ✓ **Se diseñó una tarjeta-guía con los pasos de la atención prenatal:**

Esta es una tarjeta plastificada de tamaño reducido, que la pueden llevar los profesionales en el bolsillo de su mandil. En ella constan en forma detallada los pasos a seguir para la realización del control prenatal según las Normas de Atención del MSP, de este modo pueden tenerla a mano para el momento de la atención para recordarlos y repasarlos.

- ✓ **Se incluyó personal del laboratorio y de Estadística en el EMCC:**

En muchas unidades operativas los servicios de Laboratorio y de Estadística delegaron una persona para que sea parte del equipo de mejoramiento y asista en forma permanente a las mediciones de los estándares y a las reuniones.

Figura 9 Inclusión de Personal de Laboratorio



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

I. Maternidad Saludable

- Según Palacio, M. "El logro de una maternidad sin riesgos es un elemento clave para alcanzar un verdadero desarrollo humano, que se podría conseguir con el esfuerzo conjunto de los gobiernos, la sociedad civil, los sectores sociales y económicos, las comunidades científicas, trabajadores en salud, las familias y mujeres conscientes de su responsabilidad social con el futuro". (pág. 1)

Figura 10 Maternidad Saludable



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

J. Tener un efectivo cuidado prenatal

Un cuidado prenatal temprano y efectivo podría salvar muchas vidas y prevenir las muertes maternas.

- El cuidado prenatal, proporciona el espacio más importante para establecer un dialogo entre la gestante y el trabajador de salud, permite conocer acerca de los hábitos que debe observar la gestante para lograr una maternidad saludable, tales como la dieta, el complemento de micronutrientes como el hierro / ácido fólico para prevenir la anemia, las vacunas necesarias (toxoides tetánico) y a asumir una actitud positiva y segura.
- Se requiere de una información precisa que sea diseñada en un lenguaje que les sea de fácil comprensión orientando a las mujeres que pertenecen a los grupos más necesitados de la población, las cuales no hacen uso de los servicios de salud por falta de información.
- Es necesario eliminar las barreras económicas que limitan a las mujeres más pobres y con mayores riesgos para su salud de hacer uso de los servicios de salud.
- Los trabajadores de salud deben adoptar actitudes y prácticas consideradas y respetuosas de la condición de la gestante.
- Los servicios de salud, deben orientar el diseño arquitectónico de las áreas de atención gineco-obstetricia, teniendo presente las necesidades propias de la gestación y el derecho que tiene la embarazada al respeto de su privacidad.

K. Participación de la Enfermera en la Atención Prenatal

➤ Organización de los servicios de atención prenatal

Para el Manual de Enfermería Materno-Infantil, "Sin perder de vista que el embarazo es un evento que reviste gran interés y diversidad de sentimientos tanto para la mujer como para la familia, la enfermera tiene la tarea de

organizar los servicios de tal forma que éstos ofrezcan una atención de calidad, sensible, dinámica e innovadora que facilite la consecución de los objetivos previstos. (pág. 258)

Para ello es necesario:

- Estudiar el proceso que sigue la usuaria para recibir atención de salud, a fin de simplificar trámites, disminuir al máximo tiempos de espera, cumplir con las demandas y coberturas que deben ser alcanzadas.
- Mantener un sistema de información que permita conocer el grado de satisfacción de quienes están recibiendo la atención específica en los servicios de atención prenatal.
- Observar procesos de trabajo en equipo, investigaciones operativas, orientados a conocer y mejorar la calidad de atención que se oferta y la percepción de la misma por parte de las mujeres demandantes de este trabajo.
- Cumplir en lo administrativo con los requisitos de accesibilidad, coordinación en red con otros establecimientos y servicios de salud, espacio físico y equipamiento acordes a los requerimientos (FLUJOGRAMA DE ATENCION)
- Trato amable y personalizado, privacidad de la entrevista, información oportuna que resuelva las inquietudes de las mujeres, orientación respetuosa.

Figura 11 Personal de Enfermería en el Control Prenatal



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

L. Asistencia integral de la salud a la mujer gestante

Incluye promover el desarrollo del embarazo hasta su culminación como una experiencia positiva tanto individual como familiar; comprende atención de calidad durante el control prenatal, parto, puerperio y atención al recién nacido.

Atención Prenatal de Calidad

- Donde la mujer gestante debe ser evaluada como un ser integral, ya que experimenta sentimientos, emociones, temores, cambios familiares, sociales y anatómo-funcionales.
- Las evaluaciones deben ser periódicas, mensuales dentro del primero y segundo trimestre de embarazo y cada quince días en el tercer trimestre observando un manejo con enfoque de riesgo.
- Consejería respecto a atención complementaria entre éstas: inmunizaciones, chequeo odontológico, terapia de psicoprofilaxis del parto, ejercicio, vestido, nutrición y alimentación complementaria, preparación para la lactancia.
- En la atención prenatal se deberán realizar actividades encaminadas a detección de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, detección oportuna de cáncer mamario y cervico-uterino, así como de otras patologías sobreañadidas al embarazo.

M. Preparar a la madre, pareja y familia para el parto, puerperio y manejo del recién nacido.

- ✓ La relación afectiva como parte de la calidad de atención de salud garantizan una vivencia positiva para la mujer gestante y su familia.
- ✓ Los conversatorios prenatales de la enfermera no deben centrarse únicamente a los cambios fisiológicos y a la experiencia misma del parto, deben incorporar los nuevos roles de la pareja y la familia frente a la venida de un nuevo ser en el seno de la familia. Se reforzará lo aprendido y se compartirán nuevas experiencias que fortalezcan la seguridad y satisfacción de la familia en su conjunto.
- ✓ Para el parto se deben buscar y proporcionar todos los elementos que brinden a la mujer seguridad y confianza. De preferencia, ella deberá conocer el ambiente donde se desarrollará tan importante hecho.
- ✓ Muchas instituciones han incorporado en sus salas de labor y parto la presencia de uno de los familiares más allegados, de ser posible la pareja, algunos trabajos de investigación han demostrado que la disminución de los niveles de angustia reducen la experiencia dolorosa.
- ✓ Participar en la preparación a los padres para el cuidado del cuerpo de la mujer, los cuidados postnatales al recién nacido, utilizando efectivamente los recursos de los que se disponen para una óptima recuperación en el puerperio.
- ✓ Planificación familiar, alimentación, higiene, ejercicio, relaciones sexuales y las inquietudes particulares de cada mujer y pareja serán circunstancias que deben ser resueltas por la enfermera.

N. Desarrollar procesos de comunicación, educación e información para la mujer, familia y comunidad.

La calidad de atención prenatal pretende disminuir la incidencia de morbimortalidad materna y fetal, ello exige un esfuerzo cuidadoso e

individualizado de la enfermera y otros miembros del equipo de salud, para los padres y la comunidad en general, informar, comunicar y educar es un proceso integrado de intervenciones que favorecen una mayor y mas amplia percepción de la promoción de la salud, permitirá a la pareja tomar decisiones mas adecuadas, creará conciencia sobre el cuidado de su propia salud en lo individual y colectivo.

Es importante recalcar que no toda área de salud se sujeta a un patrón estricto en el manejo de la atención prenatal, sin embargo los objetivos pretenden los mismos fines, razón por la cual la apertura de la historia clínica base así como el carnet perinatal, manejados adecuadamente, son una guía clave para la atención óptima y disminuir de esta manera la incidencia de morbilidad materna fetal como un esfuerzo combinado de la enfermera y otros miembros del equipo de salud.

2.2.6 Parto

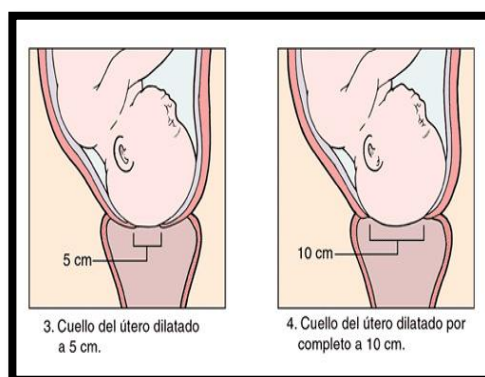
El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos como oxitócicos (la oxitocina sirve para provocar el parto ante la decisión de ciertos ginecólogos debido a cualquier prisa que surja o ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento) y ciertos anestésicos y una posible episiotomía, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente. En algunos

embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por una cesárea que es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, en vez del parto vaginal.

En la mayoría de casos el parto es un proceso natural que la mujer desarrolla con o sin apoyo de otras mujeres experimentadas, entre las que se encuentran las llamadas, comadronas o parteras, o por profesionales del área de la salud.

Figura 12 Parto



Fuente: Escobar, F. (2006) Hoy en: 16-02-2012 www.graficosparto.com

Para el Componente Normativo Materno, (2008). “ En Ecuador, para el 2006, un 29% del total de defunciones maternas y un 16 % de muertes infantiles estuvieron relacionadas con el parto”. (pág.20)

La aplicación de estándares básicos de calidad en la atención del parto contribuye a uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU: “Reducir, hasta el 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes”. Existe consenso internacional, a través de la medicina basada en la evidencia, de que una adecuada atención del parto implica:

❖ **Uso del Partograma para monitoreo de la labor de parto**

El partograma es un importante instrumento de seguimiento a la evolución del trabajo de parto a través de un registro gráfico, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo. Tiene las siguientes ventajas: 1) Disminuye la morbilidad y mortalidad materno-perinatal,

pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones, 2) Garantiza un seguimiento con alta calidad, 3) Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan, 4) Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico, 5) En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina, 6) Facilita archivar y computar los datos, 7) Constituye un método de lenguaje universal,. 8) Es económico y asequible.

❖ **Manejo Activo de la tercera etapa del parto MATEP**

Esta práctica basada en la evidencia incluye la administración de medicamentos uterotónicos después del parto (se recomienda 10 UI de Oxitocina por vía intramuscular); liberación de la placenta con tracción controlada y contracción uterina por encima del hueso púbico y masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta y cada 15 minutos en las siguientes 2 horas. Está demostrado que el MATEP disminuye sustancialmente la incidencia de hemorragia puerperal por atonía uterina, en 60%.

❖ **Pinzamiento del cordón en tiempo óptimo**

Se considera que se lo debe pinzar y cortar aproximadamente unos 3 minutos después del nacimiento, cuando el cordón deja de latir (excepto en los casos de asfixia neonatal, cuando el pinzamiento temprano podría ser necesario para aplicar medidas de reanimación). Pinzar el cordón umbilical de inmediato (dentro de los 10 a 15 segundos del parto), impide al recién nacido recibir el volumen sanguíneo y las reservas de hierro suficientes, aumentando la incidencia de carencia de hierro y la anemia durante la primera mitad de la lactancia, lo cual supone un riesgo aún más alto para los lactantes con peso bajo al nacer los nacidos de mujeres con carencia de hierro.

❖ **Garantizar prácticas higiénicas y beneficiosas en la atención**

Gran parte de las defunciones neonatales están relacionadas directamente con causas infecciosas que pueden ser eficazmente prevenidas a través de intervenciones sencillas de cuidado e higiene durante el parto. Los principios de limpieza son esenciales tanto en los partos realizados en el hogar, como también en los realizados en centros de salud: manos limpias; perineo limpio; no introducir nada sucio vaginalmente; superficie limpia para el parto; limpieza en el pinzado y corte del cordón umbilical; limpieza en el cuidado del cordón umbilical.

❖ **Tratamiento inicial y referencia clínica en caso de complicaciones**

Toda parturienta o recién nacido que tenga complicaciones como consecuencia del parto debe ser atendida/o y/o referida de acuerdo a las normas y estándares establecidos del MSP (atención de las emergencias obstétricas de primer nivel), incluyendo resucitación del recién nacido si es necesario.

A. Deficiencias del proceso de atención del parto, encontradas por los equipos de MCC

- ❖ **En la mayoría de los hospitales no se utilizaba el partograma para monitorear el progreso de la labor de parto.**

En aquellos casos en que el partograma era utilizado (formulario de partograma que se encuentra en el reverso del Formulario 0.52, con frecuencia éste era llenado de manera mecánica, sin que se lo use realmente como una herramienta para la toma de decisiones respecto al progreso de la labor de parto.

Figura 13 Deficiencias del proceso de atención del parto



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

❖ **Resistencia al uso del partograma por parte de los médicos.**

En varios hospitales, algunos médicos se resistieron a usar el partograma, aduciendo que no tienen tiempo, por el alto número de pacientes a ser atendidas, especialmente en los hospitales generales de capital de provincia. En los hospitales Cantonales la situación es menos compleja, pero al haber un solo médico y una auxiliar de enfermería en el servicio de gineco-obstetricia, la situación se complica en el momento que hay más de una paciente, más aún contándose en que este personal es el que labora durante el turno y que en la noche tiene a su cargo tanto las emergencias como también los pacientes hospitalizados.

❖ **En ningún hospital se realizaba el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) de manera regular o sistemática.**

Si algún profesional lo practicaba, era por iniciativa personal. El MATEP no constaba en las normas de atención del MSP, y la mayoría del personal no conocía las ventajas ni los procedimientos del MATEP. En consecuencia, tampoco se adquiría la oxitocina en las cantidades necesarias para el MATEP, ya que era utilizada mayoritariamente para la inducción/conducción de la labor de parto, o como uterotónicos en casos de hemorragia. El MATEP no está

incorporado en el currículo de formación de las Escuelas Universitarias, y por lo tanto el personal no recibe formación en esta práctica basada en la evidencia.

❖ **Falta de claridad en la definición de responsabilidades del personal sobre tareas específicas que le corresponden a cada uno durante la atención del parto.**

En muchos hospitales no se habían asignado responsabilidades específicas al personal, por lo cual todos esperan que los demás las hagan; no había una persona que controle que se cumplan los elementos de la atención a la paciente, nadie se responsabilizaba de monitorear el cumplimiento de la realización del partograma y peor de revisar si su realización era la correcta.

❖ **En algunos hospitales no se dispone de una sala de labor**

La falta de una sala de labor impide que las pacientes puedan tener comodidad y privacidad durante su labor y antes de que sean trasladadas a la sala de parto. En estos hospitales se han adecuado espacios ad-hoc que no brindan las comodidades necesarias, por ejemplo en los corredores de ingreso a Centro Obstétrico.

❖ **En algunos hospitales no se dispone de un número suficiente de camas**

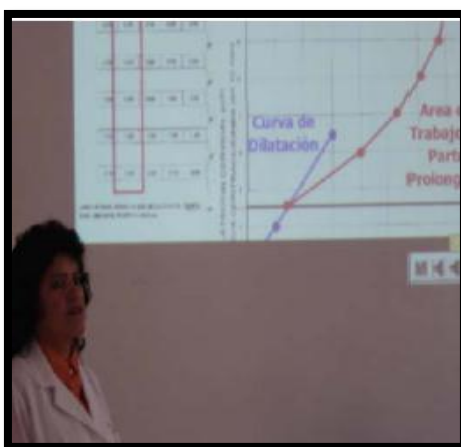
En especial en los hospitales más grandes de capitales de provincia, en los que la demanda es mucho mayor que en los hospitales cantonales, en ocasiones no se dispone del número de camas suficientes por lo que el tiempo que permanecen las pacientes durante su labor y luego de su parto es excesivamente corto, ya que la paciente debe ceder su cama para la próxima.

B. Mejoras/innovaciones implementadas por los EMCC

- ❖ **Capacitación en uso del partograma a todos los Residentes de los hospitales generales, aunque no sean específicamente del Servicio de G-O**

En muchos hospitales se usó el CD-ROM de Tecnologías Perinatales para capacitación a todo el personal del Centro Obstétrico. El aumento de la demanda por parte de la población para la atención de las mujeres embarazadas ha determinado que hayan momentos en que el Médico Residente del Servicio de Gineco-obstetricia se encuentra ocupado ya sea operando o revisando a pacientes complicadas. En esos casos es necesario que otros médicos Residentes que no son del Servicio de Gineco obstetricia, u otro personal, estén capacitados en el uso e interpretación del partograma, para que puedan tomar decisiones correctas y oportunas.

Figura 14 Mejoras/Innovaciones por el EMCC



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

- ❖ **Entrega de documentos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) sobre uso del partograma**

Un conjunto de documentos con material técnico relativo al uso y las ventajas del partograma fue proporcionado a los profesionales en varios hospitales, con

el fin de que éstos, al constatar la evidencia científica que respalda al uso del partograma, se motiven para aplicarlo en su práctica diaria.

❖ **Supervisión diaria del uso del partograma**

En muchos hospitales generales, y aun en los cantonales, se introdujo la práctica de que el médico Jefe de Sala o el Gineco-obstetra supervisen en la ronda de visita de sala en las mañanas, la aplicación del partograma en los partos de la noche anterior. De esta manera se evalúa si se usó el partograma, si fue utilizado en forma correcta, y si se tomaron las decisiones adecuadas a la evolución del trabajo de parto de la paciente. Esta práctica de supervisión elevó notoriamente el uso del partograma, ya que el residente o médico tratante que atiende un parto sabe que el especialista o Jefe de Sala va a revisar y supervisar el uso de este instrumento.

❖ **Asignación de responsabilidades para tareas específicas en la atención del parto a los integrantes del equipo técnico de Sala de partos**

En muchos hospitales, las actividades de toma de signos vitales, frecuencia cardíaca materna y fetal durante la labor y el parto han sido asignadas como responsabilidad a la enfermera de turno; y las de realización del partograma y la atención inmediata del recién nacido al médico que atiende el parto (el médico tratante en la mañana y el médico de turno durante el resto del día). Esta asignación explícita de responsabilidades asegura que cada profesional sepa de manera precisa las tareas que le corresponden según el turno; habiendo de este modo más compromiso para su cumplimiento.

❖ **Distribución de evidencia científica que sustenta el MATEP**

El Ministerio de Salud, a través de los equipos de MCC distribuyó literatura con evidencia científica sobre las ventajas y los beneficios del MATEP, tratando de llegar a cada médico, enfermera y obstetriz que atiende partos en los hospitales del MSP.

❖ **Capacitación clínica en MATEP**

Los equipos de MCC y las Direcciones Provinciales de salud organizaron jornadas de capacitación clínica de un día de duración sobre los procedimientos del MATEP, priorizando en las habilidades prácticas a través del uso de los maniquíes existentes en las provincias. Se recalcó cómo realizar los tres pasos del MATEP utilizando un video del proyecto JHPIEGO.

Figura 15 Capacitación clínica en MATEP



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

❖ **Disposición escrita sobre obligatoriedad del MATEP**

En muchos hospitales se distribuyó una disposición por escrito del Jefe del Servicio para todos los médicos, enfermeras y obstetrices, recalando en la obligatoriedad del uso del MATEP, con todos los sustentos legales y bibliográficos que le amparan. En algunos hospitales también fue necesario una comunicación del nivel central del MSP en el mismo sentido.

❖ **Demostrar a través de socializar los ciclos rápidos de mejora que el MATEP no causa retención de placenta**

Usando la técnica de “ciclos rápidos de mejora”, los equipos de MCC iniciaron las experiencias de uso efectivo del MATEP en cada hospital con los profesionales que más voluntad tenían de iniciarla, y luego socializaron las experiencias con el resto del personal del Servicio o del hospital.

Figura 16 Socialización de Ciclos Rápidos de MATEP



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

❖ **Supervisión diaria de la ejecución del MATEP**

Muchos equipos de MCC establecieron la supervisión de la ejecución del MATEP a través de la revisión de la hoja 051 (historia clínica perinatal) en la sección respectiva, por el Jefe del Servicio para los Residentes, y por la Jefa de Enfermeras para las profesionales enfermeras en cada visita en las mañanas. La revisión diaria de las historias clínicas de las pacientes a las que se les ha atendido su parto, facilitó verificar el cumplimiento de este estándar en el Servicio, e hizo que todo el personal que atiende partos esté consciente de que la realización del MATEP será comprobada al día siguiente de la atención.

❖ **Publicación del Addendum a la Norma Nacional incorporando el MATEP:**

Al mismo tiempo que muchos equipos de MCC en hospitales del País estaban introduciendo la aplicación del MATEP en sus Servicios, en el nivel central del Ministerio de Salud (MSP) se desarrollaba una intensa discusión sobre los beneficios del MATEP y la posibilidad de incluirlo en la Norma Nacional. Varios funcionarios del nivel central estuvieron opuestos, y solamente se lograba una aceptación de que cada hospital lo podía probar individualmente. Al cabo de varios meses de discusión, y con el aporte de publicaciones de medicina

basada en la evidencia, más las experiencias concretas que muchos hospitales iban logrando con la aplicación práctica y la creciente aceptación del MATEP, el Ministerio decidió aceptar la inclusión del MATEP en la Norma Nacional, para lo cual elaboró y publicó un “Addendum” específico a la Norma, el mismo que fue difundido a nivel nacional.

Figura 17 Publicación del Addendum



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

❖ **Réplica de la capacitación en MATEP a través de capacitación de capacitadores**

El nivel central del MSP y QAP promovieron la expansión del MATEP a todas las provincias del País a través de una estrategia de formación de capacitadores y réplicas provinciales. Para ello, realizó una capacitación a los Jefes de Servicio y algunos otros gineco-obstetras de los hospitales generales por grupos de provincias, para que éstos, actuando como facilitadores capacitados, replicaran a los demás profesionales que atienden en las Salas de partos de sus respectivas Unidades, además se entregó una hoja informativa sobre el MATEP, en los que se detallan los procedimientos y pasos a seguirse.

Figura 18 Replica de la Capacitación



Fuente: Varios, Autores (2008) Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

2.2.7 Parto Institucional

El embarazo y el parto tienen que considerarse, a priori, como un estado fisiológico normal en condiciones en que la mujer y su entorno no estén sometidos a situaciones bio-sociales negativas. De otro modo, este proceso normal da lugar a procesos mórbidos y de mortalidad para la madre y el niño.

El parto controlado y atendido por un profesional de la salud u otro personal capacitado (sanitario, comadrona/partera) es una de las metas de todas las políticas de salud que buscan, como objetivo, disminuir los indicadores negativos de la salud materno-infantil.

Figura 19 Parto Institucional



Fuente: Ledesma, E. (2012) Sala de Partos

2.2.8 Parto no Institucional

A nivel internacional se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre a donde recurrir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio. Se estima que hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido con un parto institucional que con uno domiciliario.

El propósito de esta sección es entender mejor las razones por las que las parturientas decidieron ir a un establecimiento de salud para dar a luz y sus apreciaciones de la atención recibida, con vista a lo que podría mejorarse.

Figura 20 Parto No Institucional



Fuente: Montenegro, C. (2012) Subcentro de Salud

2.2.9 Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva

- Toda mujer debe tener acceso a los servicios de salud reproductiva en general. El cuidado prenatal, la atención institucional del parto y postparto en particular el cual implica los servicios de atención especializada y de remisión cuando hay complicaciones obstétricas.
- La atención debe efectuarse de preferencia en una institución de salud, dotada con recursos humanos y tecnológicos que tengan a la mano los

equipos y medicamentos requeridos, de tal manera que se garantice una buena atención con el mínimo de complicaciones.

El personal de salud que ofrece cuidado a la gestante, además de la formación académica, debe preservar un compromiso de servicio con la calidad de atención y calidez en el servicio.

Figura 21 Mejora del acceso y la Calidad de Atención de Salud



Fuente: Ledesma, E. (2012) Sala de Recepción del Recién Nacido

2.2.10 Ley de Maternidad Gratuita

Según la Constitución del Ecuador, (2008). "Art. 43: es estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

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."(pág. 30)

2.3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.3.1 HIPÓTESIS

La calidad de atención de los servicios de salud determina la demanda y aceptación de los mismos.

2.3.2 VARIABLES Y OPERALIZACION

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Calidad de atención

Falta de accesibilidad al Hospital

Edad

Etnia

Idiosincrasia

VARIABLE DEPENDIENTE:

Cobertura en la atención de parto institucional en el Área 2 en la ciudad de San Gabriel

VARIABLE INTERVIENE:

Mujeres embarazadas

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Calidad de atención	La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.es el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y población en general y algunas se refieren a la propia definición de salud y a las influencias del paciente, familia y sistema de salud.	Relaciones humanas equipo de salud-usuarios	Se evalúa la atención brindada del equipo de salud en las unidades operativas Excelente Muy buena Buena Regular
Falta de accesibilidad al Hospital Básico de San Gabriel	La accesibilidad es la cualidad de accesible, un adjetivo que se refiere a aquello que es de fácil acceso, trato o comprensión. El concepto se utiliza para nombrar al grado en el que todas las personas, más allá de sus capacidades físicas o técnicas, pueden	Barreras que obstaculizan el acceso a la maternidad del Hospital de San Gabriel	Se especifica las barreras por las cuales las mujeres embarazadas no acuden al parto al HBSG Económicas Sociales Psicoafectivas Culturales

	utilizar un cierto objeto o acceder a un servicio.		
Edad	Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.	Aspecto psicológico de aceptación	Se identifica algún tipo de discriminación Si No
Etnia	Etimológicamente la palabra etnia, proviene del vocablo griego "ethnos" que significa nación o pueblo; por lo tanto, puede considerarse como sinónimo de nación, entendida como el lazo cultural que une a una población o grupo humano,	Vinculación con la sociedad	Se determinan aspectos de discriminación Edad Etnia Raza
Idiosincrasia	Idiosincrasia, que proviene de un vocablo griego que significa "temperamento particular", es un término vinculado al carácter y los rasgos propios de una persona o de una colectividad.	Grupo étnico	Se determina los distintivos propios de cada individuo Mestizo Afro ecuatoriano Indígena

Falta de información	La información es un conjunto organizado de datos, que constituye un mensaje sobre un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su uso racional es la base del conocimiento. La falta de la misma no permite la llegada del mensaje a la población.	Maternidad Gratuita	Especificar los beneficios que presta la ley de Maternidad Gratuita

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudio:

La presente investigación se enmarca dentro de un carácter

Descriptivo: presenta las características de la realidad estudiada, describe situaciones, hechos, fenómenos y tienen como finalidad comprobar la hipótesis.

Retrospectivo: nuestra investigación si comprobó la hipótesis planteada

Acción: nuestra investigación consiste no solo en la comprensión de los aspectos de la realidad existente, sino también en la identificación de las fuerzas sociales y las relaciones que están detrás de la experiencia humana.

Bibliográfico: designa tanto la historia recogida por las investigadoras, complementando los documentos y encuestas sobre esa vida con el trabajo elaborado a partir de ella.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de nuestra investigación son 237 gestantes que recibieron atención prenatal en las distintas Unidades Operativas Rurales del Área 2, la muestra es de 34 mujeres que no acudieron al momento del parto al Hospital Básico de San Gabriel aplicando la siguiente formula:

$$n = \frac{Nd^2 z^2}{(N-1)E^2 + d^2 z^2}$$

n: muestra

N: universo

E: margen de error (0,05)

d²: varianza de la población respecto a las principales características que se van a representar (0,25)

N-1: corrección que se usa para muestras mayores a 10 unidades

Z²: valor obtenido mediante niveles de confianza o nivel de significancia con el que se va a realizar el tratamiento de estimaciones (1,96)

3.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS

Para esta investigación utilizamos el método inductivo y deductivo, lo cual nos ayudo a identificar los factores que influyen en la cobertura de parto institucional en mujeres de las aéreas rurales que no acudieron al momento del parto al Hospital Básico de San Gabriel. Para la realización de las encuestas se realizó la contratación de un vehículo, el cual nos trasladó hacia las diferentes Unidades Operativas Rurales, con un horario de 7am a 6pm, los días martes 7 y miércoles 8 de febrero, el primer día nos dirigimos hacia las Unidades Operativas Rurales más cercanas al Hospital de referencia, (Piartal, Chitan de Navarretes, Chutan Bajo, Fernández Salvador, Capulí), visitando cada uno de los subcentros, estos al mismo tiempo nos brindaron información acerca de las mujeres embarazadas que ya habían dado a luz a su hijo. El segundo día nos dirigimos hacia las Unidades Operativas Rurales más lejanas al Hospital de referencia, (Monte Olivo, Pueblo Nuevo, Caldera, Pusir Grande, Tumbatú, San Vicente de Pusir), realizando la misma actividad.

La encuesta ayudó a aproximarnos al conocimiento de las variables relacionadas, realizamos una primera investigación documental para recolectar los datos que nos permitan elaborar la encuesta que luego será aplicada a las mujeres gestantes que acudieron a los controles prenatales en las Unidades Operativas Rurales del Área 2, pero no acudieron al momento del parto al Hospital de referencia, de la Provincia del Carchi durante el periodo Enero a Noviembre del 2011.

3.4 DISEÑO DEL INSTRUMENTO

El instrumento que se utiliza es la encuesta por medio de un listado de preguntas escritas cerradas que se aplicaron a las mujeres gestantes que acudieron a los controles prenatales a las diferentes Unidades Operativas Rurales del Área 2 en el periodo enero a noviembre del 2011, pero que al momento del parto desistieron de ir al Hospital de referencia; las respuestas son impersonales porque el cuestionario no lleva el nombre ni otra identificación de la persona, ya que no interesa esa información, sino el contenido del mismo.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Se aplicó realizando la encuesta a la muestra, previa a la autorización por parte de las Unidades Operativas Rurales del área 2 y personal directamente relacionado con la investigación, luego de la realización de las encuestas se procedió a la recolección de datos, se tabula y analiza los resultados almacenados electrónicamente en hojas dinámicas de Excel; con la utilización de tablas simples y gráficos circulares, expresados en porcentajes.

CAPITULO IV

4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

TABLA Nº 5

Esquema Completo de Control Prenatal, realizado en las Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública

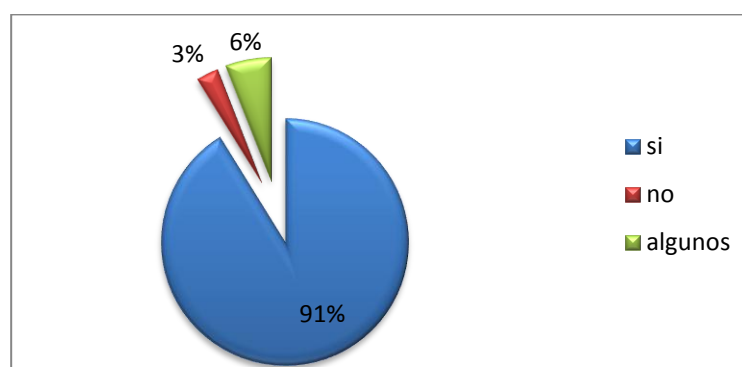
INDICADORES	f	PORCENTAJE
SI	31	91%
NO	1	3%
ALGUNOS	2	6%
TOTAL	34	100%

Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

GRÁFICO Nº 1

Esquema Completo de Control Prenatal, realizado en las Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública



Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

Análisis: Según la encuesta realizada, 31 mujeres que corresponde al 91% se realizaron los controles prenatales en las diferentes unidades operativas rurales, debido a la mayor accesibilidad al Subcentro. 1 mujer que corresponde al 3% no recibió control prenatal, 2 mujeres, que corresponde al 6% contestaron recibieron controles prenatales en esquema incompleto.

TABLA Nº 6

Partos anteriores atendidos en el Hospital Básico de San Gabriel

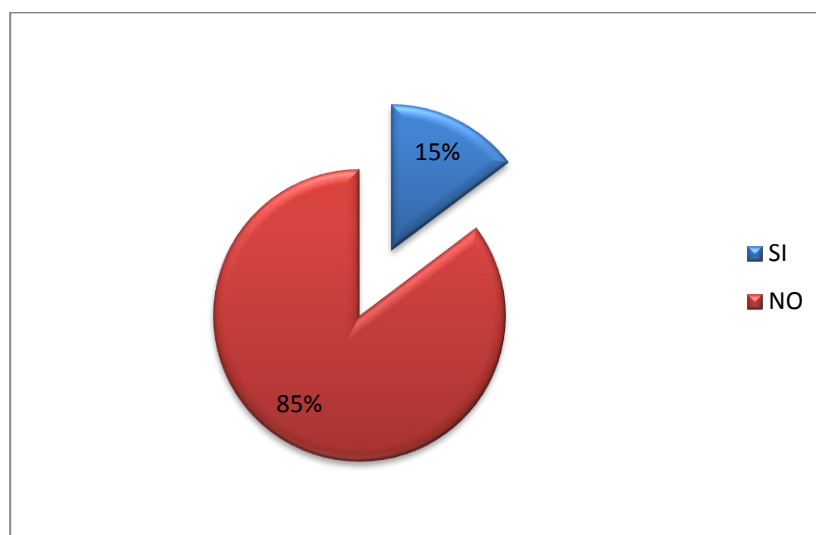
INDICADORES	f	PORCENTAJE
SI	5	15%
NO	29	85%
TOTAL	34	100%

Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

GRAFICO Nº 2

Partos anteriores atendidos en el Hospital Básico de San Gabriel



Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

Análisis: 5 mujeres, correspondiendo al 15%, sus anteriores partos si fueron atendidos en el Hospital Básico de San Gabriel, 29 mujeres correspondiendo al 85%, contestaron que sus partos no fueron atendidos en el Hospital de referencia, no están conformes con la atención brindada en el hospital, otra de las razones es que prefieren que sus partos sean atendidos en el Hospital de Tulcán porque refieren que su atención es muy buena o el de Ibarra porque para algunas áreas rurales es más cercano.

TABLA Nº 7

Lugar de preferencia del parto

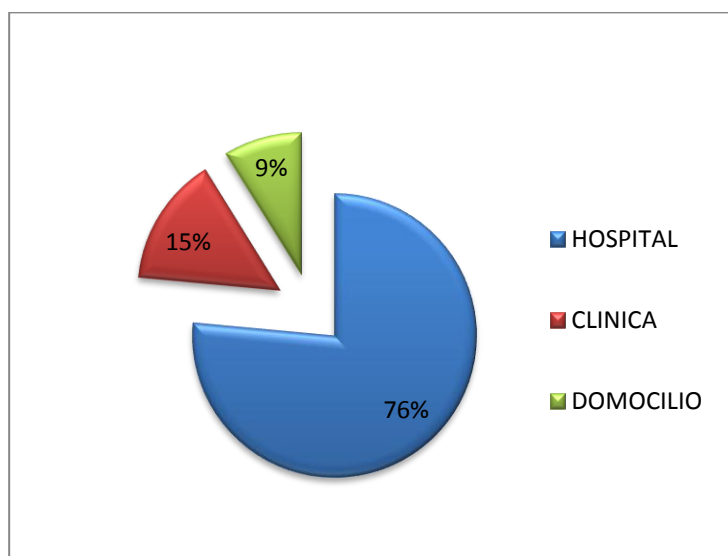
INDICADORES	f	PORCENTAJE
HOSPITAL	26	76%
CLINICA	5	15%
DOMICILIO	3	9%
TOTAL	34	100%

Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

GRAFICO Nº 3

Lugar de preferencia del parto



Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

Análisis: 26 mujeres constituyendo el 76% contestaron que prefieren dar a luz en el hospital por mayor seguridad, 5 de ellas constituyendo el 15% contestaron que en la clínica por una mejor atención y en su domicilio 3 mujeres constituyendo el 9%.

TABLA N° 8

Importancia de la atención del parto en una Unidad operativa del Ministerio de Salud Pública

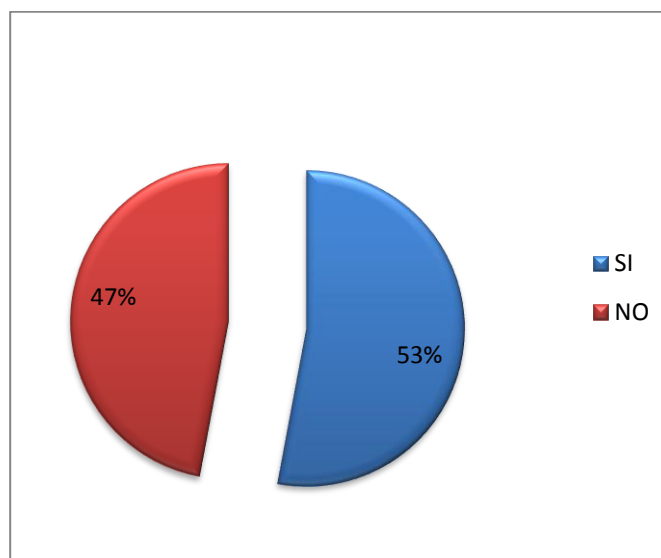
INDICADORES	f	PORCENTAJE
SI	18	53%
NO	16	47%
TOTAL	34	100%

Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

GRAFICO N° 4

Importancia de la atención del parto en una Unidad operativa del Ministerio de Salud Pública



Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

Análisis: 18 mujeres representando al 53%, tienen conocimiento acerca de la importancia de la atención del parto en una unidad operativa y 16 mujeres representando al 47% no tienen este conocimiento, durante su etapa gestacional no les habían recibido esta información.

TABLA N° 9

Accesibilidad a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública

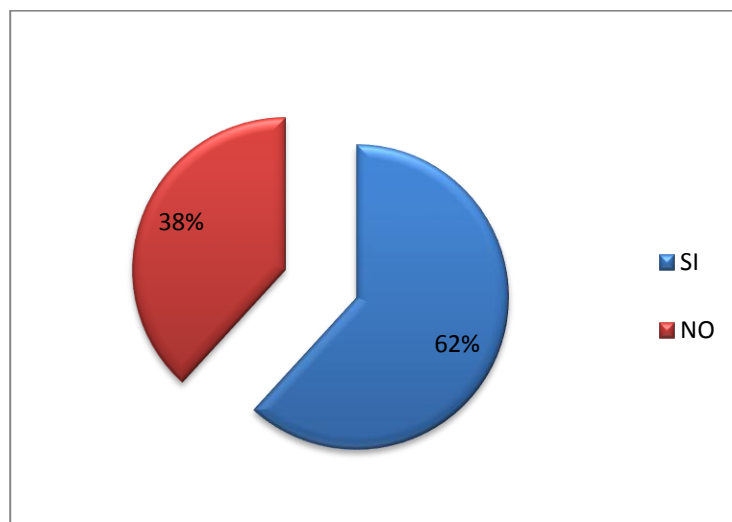
INDICADORES	f	PORCENTAJE
SI	21	62%
NO	13	38%
TOTAL	34	100%

Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

GRAFICO N° 5

Accesibilidad a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública



Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

Análisis: 21 Mujeres correspondiendo al 62%, si pueden acceder de manera fácil a los servicios de salud porque la unidad operativa de salud se encuentra cerca a su domicilio y tienen su propio transporte, pero 13 mujeres correspondiendo al 38% responden que no es tan fácil acceder a los servicios de salud especialmente al Hospital Básico de San Gabriel porque se les dificulta el transporte.

TABLA N° 10

Atención de los Servicios de Salud

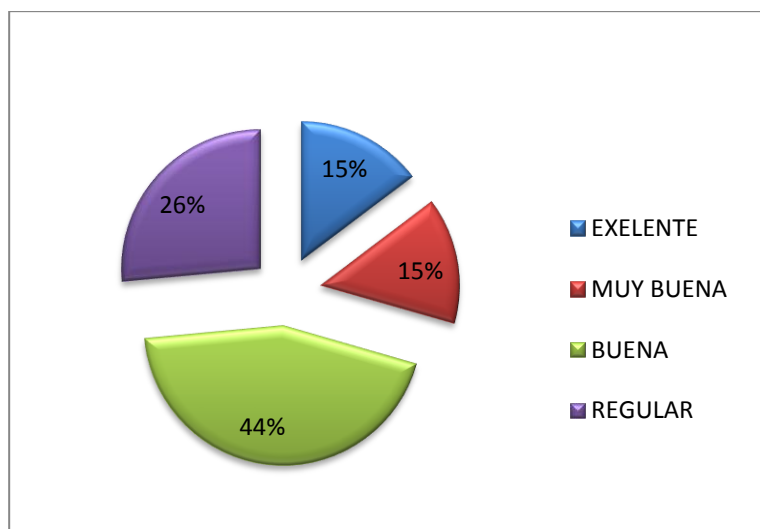
INDICADORES	f	PORCENTAJE
EXELENTE	5	15%
MUY BUENA	5	15%
BUENA	15	44%
REGULAR	9	26%
TOTAL	34	100%

Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

GRAFICO N° 6

Atención de los Servicios de Salud



Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

Análisis: 5 mujeres correspondiendo al 15% evalúan como excelente, de igual manera 5 mujeres correspondiendo al 15% evalúan como muy buena, 15 mujeres representando al 44% evalúan como buena y 9 mujeres representando al 26% evalúan como regular la atención brindada en los servicios de salud.

TABLA Nº 11

Información de la Ley de Maternidad Gratuita

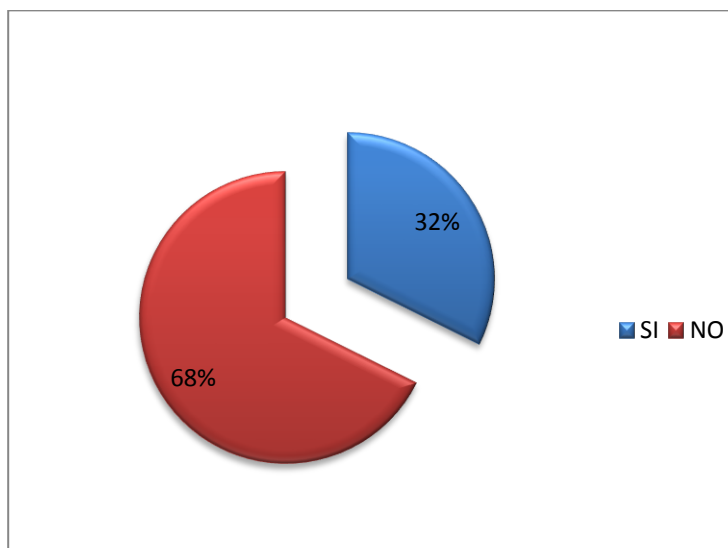
INDICADORES	f	PORCENTAJE
SI	11	32%
NO	23	68%
TOTAL	34	100%

Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

GRAFICO Nº 7

Información de la Ley de Maternidad Gratuita



Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

Análisis: Según las estadísticas podemos apreciar que 11 mujeres constituyendo el 32%, si han recibido información acerca de los beneficios que brinda el Programa de Maternidad Gratuita y 23 mujeres constituyendo el 68%, contestan que no han recibido ninguna información.

TABLA N° 12

Discriminación en el Hospital Básico de San Gabriel

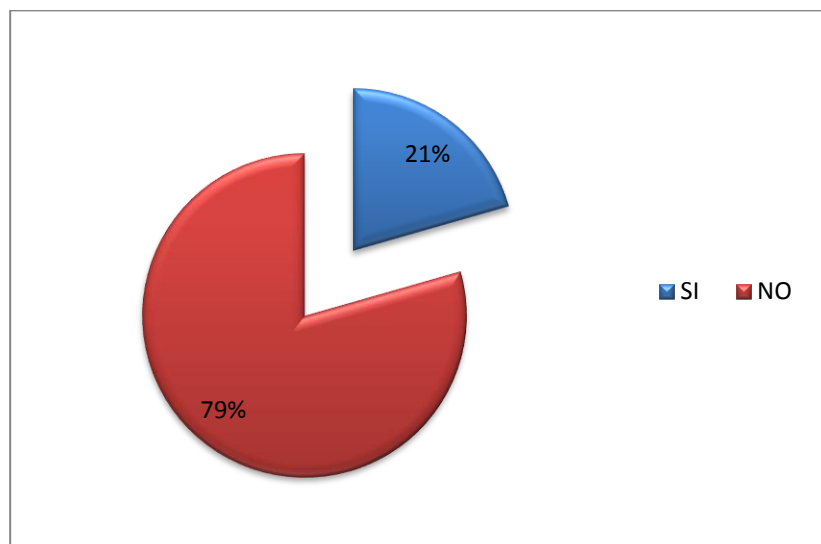
INDICADORES	f	PORCENTAJE
SI	7	21%
NO	27	79%
TOTAL	34	100%

Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

GRAFICO N° 8

Discriminación en el Hospital Básico de San Gabriel



Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

Análisis: Según la gráfica estadística, 7 mujeres correspondiendo al 21%, si han sentido discriminación en algunas ocasiones por parte del personal que labora en esta institución y 27 mujeres correspondiendo al 79%, no han sentido ningún tipo de discriminación en las pocas veces que han acudido al Hospital.

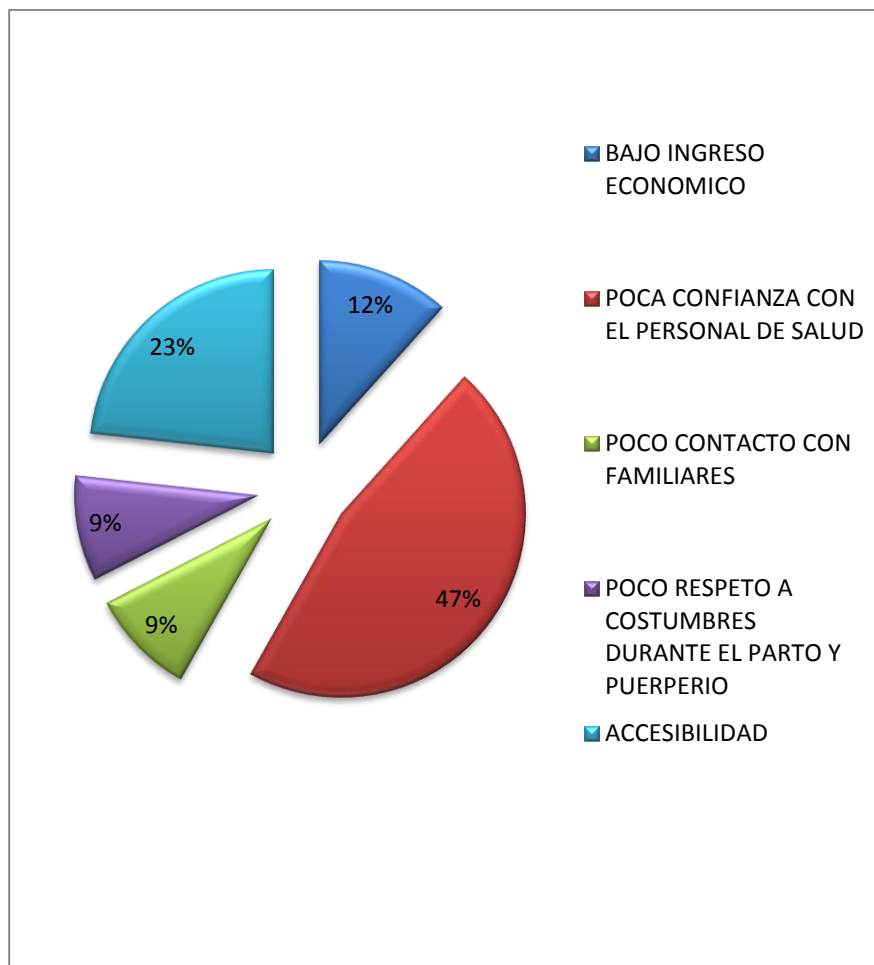
TABLA N° 13

Factores importantes para no acudir al parto en el Hospital Básico de San Gabriel

INDICADORES	f	PORCENTAJE
Bajo Ingreso Económico	5	12%
Poca confianza con el personal de salud	20	47%
Poco contacto con familiares	4	9%
Poco respeto a costumbres durante parto y puerperio	4	9%
Accesibilidad	10	23%
TOTAL	34	100%

Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.

Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

GRAFICO N° 9**Factores importantes para no acudir al parto en el Hospital Básico de San Gabriel**

Fuente: Madres que durante su etapa de embarazo acudieron a los controles prenatales a las unidades operativas del área 2 y no acudieron al parto al H.B.S.G como Hospital de referencia.
Elaborado por: Ledesma Erika, Montenegro Carol IRE/UPEC 2011-2012

Análisis: 5 mujeres constituyendo el 12%, contestan el bajo ingreso económico, 20 mujeres constituyendo el 47%, contestan que hay poca confianza con el personal de salud que labora en el hospital, 4 mujeres representando al 9% contestan el poco contacto con familiares, es decir que no hay mucha información para los familiares de las pacientes, 4 mujeres representando al 9% responden que hay poco respeto a costumbres durante parto y puerperio, de las mismas mujeres 10 nos dan otra opción que es la accesibilidad y esto constituye a un 23%; ya que por encontrarse en áreas rurales alejadas no acuden al Hospital de referencia.

4.2 Interpretación de datos

En la investigación realizada a las madres que acudieron a los controles prenatales durante el periodo enero a noviembre del 2011 en las Unidades Operativas Rurales y no acudieron al momento del parto al Hospital Básico de San Gabriel como hospital de referencia se pudo apreciar que la mayoría de las madres acudieron a los controles prenatales (91%) por lo que se deduce que la atención brindada en dichas unidades ha sido de calidad favoreciendo a las madres en su periodo de gestación, según los resultados obtenidos de esta investigación encontramos como factores que influyen para que las madres gestantes de las áreas rurales no acudan al momento del parto en el Hospital Básico de San Gabriel los siguientes: poca confianza con el personal de salud (47%) debido a que no han recibido una atención de calidad y calidez, una adecuada información, prioridad en la atención, cuando han acudido a mencionado hospital; esto manifiestan las mujeres de las áreas rurales mas cercanas al hospital.

La accesibilidad (23%) a los servicios que presta el Hospital Básico de San Gabrielha sido de gran dificultad para algunas mujeres ya que es difícil encontrar medios de transporte continuos que se dirijan a la ciudad de San Gabriel especialmente esto lo refieren las mujeres de Monte Olivo, Pueblo Nuevo, Caldera, Pusir Grande, Tumbatú y San Vicente de Pusir.

El bajo ingreso económico (12%) percibido por las áreas rurales mencionadas anteriormente no les permite costear sus pasajes, sin embargo ellas manifiestan que el pasaje a la ciudad de Ibarra es de menor costo al de la ciudad de San Gabriel, a consecuencia de esto la población femenina de Pusir Grande y Tumbatú refieren tener una comadrona que les ayuda en el momento del parto.

Por consiguiente se evidencia que estos factores son los que afectan a la cobertura en la atención de partos en el Hospital Básico de San Gabriel como Área de referencia.

En relación con otros estudios podemos deducir que el resultado de nuestra investigación coincide con el estudio realizado en México referente a la población indígena en la cual se encuentra un bajo índice de cobertura en la atención del parto institucional, encontrando como factores que inciden la accesibilidad, la calidad de atención de los hospitales y la información, mismos factores que se evidencian en nuestra investigación identificados en la población rural del Área 2.

4.3 Plan de Intervención

Introducción

Los factores que influyen en la cobertura de atención de parto institucional en el Hospital Básico de San Gabriel, identificados como resultado de esta investigación, nos induce a elaborar un folleto de información (tríptico) en el mismo que vaya plasmado la promoción del Servicio de Gineco-obstetricia en beneficio de la mujer durante su periodo de gestación hasta el momento del parto y puerperio, haciendo énfasis en los beneficios que brinda la maternidad gratuita, la calidad de atención proporcionada por el equipo de salud que labora en dicha institución, con la finalidad de conseguir satisfacción y confianza hacia esta casa de salud.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un folleto informativo (tríptico) para que las madres gestantes tengan conocimientos sobre los servicios y la calidad de atención que brinda el Hospital Básico de San Gabriel.

MATRIZ DE INTERVENCION

PROBLEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	PARTICIPANTES	FECHA Y HORA	OBSERVACIONES
1. Falta de información y atención adecuada por parte del personal de salud hacia las madres gestantes.	Informar a las madres gestantes que acuden al Hospital Básico de San Gabriel sobre los servicios que presta y la atención de calidad que se brinda en esta	1.- Elaborar un folleto informativo, en el cual vaya plasmado los servicios que presta el Hospital Básico de San Gabriel y la calidad de atención que se brinda. 2.-Entrega del	IRE Erika Ledesma IRE Carol Montenegro	Personal de salud que labora en el hospital. Mujeres gestantes que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Básico de San Gabriel.	12 de marzo del 2012. 11:00 am	Se observó una gran aceptación por parte de las madres gestantes y demás personas que estaban presentes. De igual manera existieron algunas inquietudes por parte de las mujeres embarazadas acerca de la

<p>2.Poca confianza y credibilidad en personal de salud que labora en el Hospital Básico de San Gabriel</p>	<p>institución. Fortalecer los vínculos de confianza y credibilidad de parte de la mujer gestante mediante la información brindada, haciéndoles conocer que ellas son un grupo prioritario que requiere</p>	<p>tríptico a mujeres embarazadas que se encuentren en consulta externa del Hospital Básico de San Gabriel, informándoles sobre la importancia de los controles prenatales y el parto institucional. 3. participación de las mujeres gestantes</p>				<p>atención brindada en el Hospital Básico de San Gabriel.</p>
---	---	---	--	--	--	--

	de mucha atención.	sobre el tema tratado.				
--	--------------------	------------------------	--	--	--	--

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En las Unidades Operativas Rurales se atendieron 237 mujeres en control prenatal de las cuales, 7 acudieron al momento del parto al Hospital Básico de San Gabriel, correspondiendo al 2.43%, cifra que alarma y requiere de soluciones que contribuyan a mejorar la aceptabilidad y confianza a esta Institución.
- Como resultado de esta investigación, podemos apreciar que la hipótesis planteada fue positiva, puesto que la calidad de atención brindada en el Hospital Básico de San Gabriel no es la adecuada, porque el 47% las mujeres no tienen confianza con el personal de salud que labora en dicha institución generando una falta de confianza por parte de las mujeres gestante hacia el personal de salud, según la manifestaciones que hicieron las mujeres encuestadas de áreas rurales, es por eso que no acuden para ser atendidas en el momento del parto.
- Un factor relevante, para que las mujeres embarazadas no acudieran a recibir una atención de parto institucional en el Hospital Básico de San Gabriel fue la accesibilidad en un 23% debido a que no existe transporte continuo.
- En las comunidades rurales aun se manifiesta el desconocimiento acerca de la ley de Maternidad Gratuita (68%) a pesar de años de vigencia, lo que permite que las mujeres y niños no gocen de su beneficio a plenitud.

5.2 RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda al personal de salud que labora en el Hospital Básico de San Gabriel mejorar la calidad de atención brindada, priorizando las necesidades de las usuarias especialmente las embarazadas, teniendo el conocimiento que es un grupo vulnerable y necesita una atención de calidad y calidez, respetando sus costumbres, raza, religión, cultura.

- ❖ Es necesario que se realice una buena valoración por parte del personal de salud, especialmente el médico para que la mujer gestante cerca al término de su embarazo, conociendo que vive en áreas lejanas no sea regresada a su hogar, tomando en cuenta la dificultad que se presenta en estas personas para conseguir transporte, y por ende evitar complicaciones.

- ❖ Es importante y recomendable que en cada Unidad Operativa se informe de manera adecuada a las mujeres gestantes, sobre Maternidad Gratuita, los controles prenatales y la importancia de un parto Institucional, utilizando como estrategia la formación de grupos focales, donde se brinde educación continua.

- ❖ Aplicar el sistema de referencia y contra referencia adecuada y oportunamente.

CAPÍTULO VI

6. BIBLIOGRAFÍA

6.1 BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Asamblea Nacional, (2008) "*Constitución de la Republica del Ecuador*", Gaceta Constituyente, Quito-Ecuador, págs. 218
- Ordoñez, J. y Revelo, L. (2005). "*Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*", Quito-Ecuador, págs. 98
- Palacio, M. "*Maternidad Saludable*". Hoy en: 16-02-2012 <http://www.col.ops-oms.org/familia/>
- Varios, Autores. "Enfermería Materno Infantil". (s.f.) "*Atención de enfermería en el Control Prenatal*", ed. Quebecor World, Lima-Perú, págs.
- Varios, Autores. (2008) "*Componente Normativo Materno*". Hoy en: 16-02-2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>
- Varios, Autores. (2006) "Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de Atención Materno-Infantil" Hoy en: 16-02.2012 <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador>

6.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Álvaro, A. (1999). "*Preparación a la Maternidad*", ed. Morata S.A, Madrid-España, págs. 254.
- Berek, J. (2008). "*Ginecología de Novak*", ed. Rebecca Assistant, Barcelona-España, págs. 1727.
- Botero, J. (2008). "*Obstetricia y Ginecología*", ed. Tinta Fresca, Bogotá-Colombia, págs. 645.
- Cabero, L. (2004). "*Parto Prematuro*", ed. Medica Panamericana, Buenos Aires-Argentina, 456 págs.
- Caudet, F. (20029). "*Parto de la Modernidad*", ed. La Torre, Madrid-España, págs. 251.
- Díaz, D. (2002). "*Muerte Materna*", ed. Mono Comunicación S.A, México D.F, págs. 246.
- Llaca, F. (2010). "*Obstetricia Clínica*", ed. Interamericana S.A, México D.F, págs. 759.
- Lamus, D. (2002). "*Maternidad y Paternidad*", ed. UNAB, Bucaramanga-Colombia, págs. 178.
- Posso, M. (2003). "Metodología para el Trabajo de Grado", ed. Graficas NINA, Ibarra-Ecuador, págs. 279.
- Saldivar, G. (2009). "*Operatoria Obstétrica*", ed. Medica Panamericana, S.A, México D.F, págs. 376.
- Segovia, G. y Velazco, M. (2010). "*Metodología de la investigación*", Quito- Ecuador, págs. 127.
- OPS. "*Manual sobre el enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil*", Mc Graw Hill, Washington D.C, págs. 342.
- Romm, A. (2003) "*Salud Natural después del Parto*", ed. Lasser Press Mexicana S.A, México D.F, págs. 276.
- Towler, J. (1997) "*Comadronas en la Historia y en la Sociedad*", ed. ISBN, Barcelona-España, págs. 393.

- Varios, (2009-2013) "*Plan Nacional del Buen Vivir*", Quito-Ecuador, págs. 278.
- Varios, (2006) "*Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de Las Unidades Operativas por Niveles*". Quito-Quito-Ecuador, págs. 300.
- Varios, (2008) "Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno-neonatal" Quito-Ecuador.
- Varios, (2006). "Obstetricia de Williams", ed. Ingramex S.A, México D.F, págs. 1439.

6.3 BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

- Diccionario, ABC. "Factores". Hoy en: 12-01-2012
<http://www.definicionabc.com/general/>
- Cevallos, C. " Hemorragia Uterina". Hoy en:14-01-2012
<http://www.slideshare.net/JhonLara/>
- Falcones, V. " *Atención prenatal, parto institucional y Atención posparto en el Perú: efectos Individuales y de la comunidad*" Hoy en: 23-01-2012
<http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/>
- Méndez, J. " *Como mejorar el Acceso a Servicios de Salud Maternos Infantiles en el Ecuador*" Hoy en: 29-01-2012
<http://flacsoandes.org/dspace/>
- Ortiz, J. " *Derechos Sexuales y Reproductivos en los pueblos originarios del Ecuador*". Hoy en: 07-02-2012 <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/>
- Palacio, M. " *Maternidad Saludable*". Hoy en: 10-02-2012
<http://www.col.ops-oms.org/familia/>
- Salvatierra, B. " *Atención del Parto, Migración Rural-Urbana y Políticas Públicas de Salud Reproductiva en Población Indígena de Chiapas*" Hoy en: 24-02-2012 <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/>
- Varios, "Asfixia Neonatal". Hoy en: 28-02-2012
<http://contacto.med.puc.cl/pediatrica/>
- Varios, " *Análisis de Componentes Principales Aplicado a Variables respecto a la Mujer Gestante en la Región de las Américas*". Hoy en: 28-02-2012 <http://www.uaim.edu.mx/webraximhai/>

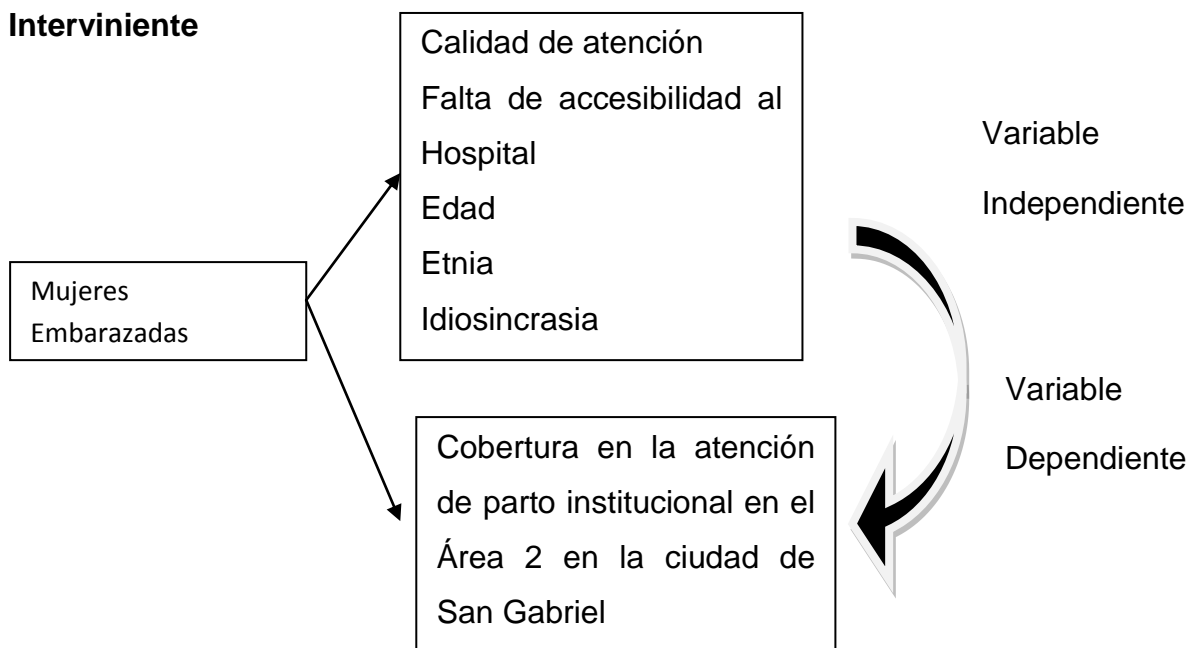
CAPÍTULO VII

7. ANEXOS

7.1 ASOCIACION EMPIRICA DE VARIABLES

Variable

Interviniente



7.2 CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI

ESCUELA DE ENFERMERIA

La presente encuesta es con el fin de investigar porque las mujeres embarazadas no acuden al momento de su parto al HOSPITAL BASICO DE SAN GABRIEL. Lea detenidamente las preguntas realizadas a continuación y responda de manera apropiada.

1. ¿Durante la etapa de su embarazo se realizó controles prenatales en una Unidad Operativa del MSP?

Si..... No.....

Porqué.....

.....

.....

.....

2. ¿Si tuvo partos anteriores, los mismos fueron atendidos en el Hospital Básico de San Gabriel?

Si..... No.....

Porqué.....

.....

.....

.....

3. Donde preferiría dar a luz su hijo?

Hospital.....

Clínica.....

En su domicilio.....

Porqué.....

.....

.....
.....

4. Conoce acerca de la importancia de la atención del parto en una Unidad operativa del MSP?

Si..... No.....

Porqué.....
.....
.....
.....

5. ¿Usted puede acceder de manera fácil a los servicios de salud del MSP?

Si....

No...

Porqué.....
.....
.....
.....

6. ¿Cómo evalúa la atención brindada en los servicios de salud?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Porqué.....
.....
.....
.....

7. ¿Ha recibido información acerca de los beneficios de la Ley Maternidad Gratuita?

Si..... No.....

Porqué.....
.....
.....
.....

8. ¿Ud. ha sentido discriminación alguna en el Hospital Básico de San Gabriel?

Si..... No.....

Porqué.....
.....
.....
.....

9. ¿Cuál considera Ud. Como factor importante para no dar a luz en el Hospital Básico de San Gabriel?

- Bajo ingreso económico.....
- Poca confianza con el personal de salud.....
- Poco contacto con familiares.....
- Poco respeto a costumbres durante parto y puerperio.....

Porqué.....
.....
.....
.....

7.3 GLOSARIO

- **Alumbramiento.-** fase de desprendimiento y expulsión de la placenta juntamente a las membranas y los restos del cordón
- **Asfixia neonatal.-**Es una complicación que afecta al feto durante el nacimiento en la que por diversas causas no recibe una adecuada oxigenación e irrigación de sus órganos vitales.
- **Atonía uterina.-** cuadro en el que el útero, luego de haber expulsado la placenta, no se retrae ni se contrae alterándose así la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia posparto inmediata.
- **Borramiento.-** acortamiento del cuello del útero, es uno de los parámetros que se tiene en cuenta para reconocer si se ha iniciado el trabajo de parto.
- **Cobertura.-**número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud.
- **Comadrona.-** persona que se encarga del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, de la asistencia al parto y seguimiento del postparto, así como también de la regulación de la fecundidad.
- **Control Prenatal.-** Es la atención integral de la mujer durante la gestación para controlar la evolución adecuada del embarazo, incidiendo en la detección temprana de signos de alarma, manejo de enfermedades existentes, prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.
- **Dilatación.-** Proceso en el que se produce la abertura del cuello uterino para el parto.
- **Episiotomía.-** incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, para abreviar el parto y apresurar la salida del feto.
- **Etnia.-** proviene del vocablo griego “ethnos” que significa nación o pueblo; por lo tanto, puede considerarse como sinónimo de nación,

entendida como el lazo cultural que une a una población o grupo humano,

- **Factores.**-elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.
- **Frecuencia.**- intervalo existente entre dos contracciones consecutivas
- **Hemorragia postparto.**- pérdida de 500 ml de sangre o más en las primeras 24 horas después del periodo expulsivo.
- **Idiosincrasia.**- vocablo griego que significa “temperamento particular”, es un término vinculado al carácter y los rasgos propios de una persona o de una colectividad.
- **Intensidad.**- capacidad del útero de aumentar la fuerza de contracción de cada una de las miofibrillas que componen el músculo uterino
- **Malformación congénita.**- Alteración del desarrollo anatómico que se presenta durante la vida intrauterina
- **Parto.**- culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno
- **Parto institucional.**- Se refiere a los partos ocurridos en establecimiento de salud y que fueron atendidos por profesional de la salud: Médico, Obstetrix y/o Enfermera.
- **Partograma.**- es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto.
- **Plicomas.**-hipertrofia da pele perianal normal en respuesta a un proceso inflamatorio crónico.
- **Psicoprofilaxis.**-conjunto de acciones de educación en salud, la adquisición de conocimientos básicos del proceso de embarazo parto - post parto y la gimnasia que preparará físicamente a la madre.
- **Puerperio.**- período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario de 40 días para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pre gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

- **Uterotónicos.**- nombre genérico que reciben los agentes o los ejercicios que potencian la musculatura uterina.

7.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tulcán, 09 de Diciembre del 2011

Sra. Zoila Jaramillo

Sra. Gloria Erazo

COORDINADORAS DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA

Presentes.-

De nuestras consideraciones:

Reciban un atento y cordial saludo de quienes conformamos el grupo de investigación del Octavo Semestre de Enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, al mismo tiempo auguramos éxitos en sus funciones.

El motivo del presente es solicitar muy comedidamente se nos facilite los datos estadísticos de los controles prenatales y los partos realizados en los meses de Junio del 2010 a Julio del 2011, agradecemos su gentil colaboración.

Atentamente



IRE. Erika Ledesma



IRE. Carol Montenegro

09 - Dic - 2011



7.5 AUTORIZACION DE LA INSTITUCION

Tulcán, 09 de Marzo del 2012

Lic.

Norma Jácome

COORDINADORA DE ENFERMERIA

Presente.-

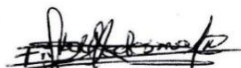
De nuestras consideraciones:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes conformamos el grupo de investigación del Octavo Semestre de Enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, al mismo tiempo auguramos éxitos en sus funciones.

El motivo del presente es solicitar de la manera mas comedida se me autorice realizar la toma de fotografías del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de San Gabriel, con la finalidad de realizar un tríptico que será entregado el día Lunes en el Área 2, para que pueda ser distribuido en las distintas Unidades Operativas de la misma.

Agradeciendo su gentil colaboración.


Atentamente



IRE. Erika Ledesma



IRE. Carol Montenegro



NOTA: EL MATERIA PROMOCIONAL
DEBE SER AVANZADO
APROBADO POR EL
UCA DEL AREA.

ANEXO B PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
a) Recursos Humanos.			
Investigadoras.			
b) Recursos materiales.			
Fotocopias.	66	0,03	1,98
Resma de papel.	2	4,50	9,00
Computador(horas de uso).	130 horas	0,60	78,00
CDS	8	0.30	2,40
Impresiones varias.	300	0,15	45,00
Internet.	120 horas	0,60	72,00
Pasajes.	20 horas	30,00	60,00
Alimentación.	50	1,50	75,00
Folleto de información (tríptico)	100	0.50	50,00
c) Otros.			
Reproducción de tesis. (impresiones)	5 reproducciones (1000 hojas)	0,15	150,00
Empastados.	2	40,00	80,00
Anillados.	4	2,50	10,00
TOTAL		29,83	633,38

ANEXO C APROBACIÓN DE LA TUTORA DE TESIS**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DE CARCHI
ESCUELA DE ENFERMERÍA****APROBACION DE LA TUTORA**

En calidad de tutora de la Tesis **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COBERTURA DE ATENCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL EN EL HOSPITAL BASICO DE SAN GABRIEL EN MUJERES QUE DURANTE SU PERIODO DE GESTACIÓN ACUDIERON A LOS CONTROLES PRENATALES EN LAS UNIDADES OPERATIVAS RURALES DEL ÁREA 2 DE LA PROVINCIA DEL CARCHI DURANTE EL PERIODO ENERO A NOVIEMBRE DEL 2011.”** Presentada por las señoritas Erika Yolanda Ledesma Núñez y Carol Andrea Montenegro Madroñero, como requisito previo para optar por el Título de Licenciadas de Enfermería, luego de haber revisado minuciosamente, doy fe de, que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluado por parte del Tribunal Calificador, siendo responsable de la tutoría del trabajo de la investigación contenida en el presente documento.

En la ciudad de Tulcán, a los 5 días del mes de marzo.

.....

Msc. Fernanda Vinueza

TUTORA DE TESIS

ANEXO D PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

FORMATO PARA DECLARAR TEMA Y PROBLEMA PARA TRABAJO

FINAL DE GRADO

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE:

Propuesta de Proyecto de Investigación

Propuesta de Proyecto de Tesis

Propuesta de Proyecto Globalizador

Datos Generales

Información general del proyecto de investigación							
Tema de Investigación: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COBERTURA DE ATENCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL EN EL HOSPITAL BASICO DE SAN GABRIEL EN MUJERES QUE DURANTE SU PERIODO DE GESTACIÓN ACUDIERON A LOS CONTROLES PRENATALES EN LAS UNIDADES OPERATIVAS RURALES DEL ÁREA 2 DE LA PROVINCIA DEL CARCHI DURANTE EL PERIODO ENERO A NOVIEMBRE DEL 2011.							
Escuela: ENFERMERIA							
Línea de Investigación (Marque con una X, la que corresponda)							
Negociación Comercial		Comercio Exterior y Aduanas		Desarrollo Empresarial		Productividad	Emprendimiento e Innovación
Impactos Ambientales		Mercadeo y Marketing		Promoción y desarrollo turístico y eco turístico		Cultura y saberes ancestrales	Planta turística
Bioseguridad y factores de riesgo		Medicina ancestral y/o tradicional		Prevención, promoción, curación y rehabilitación en salud	X	Biotecnología agropecuaria	Manejo y conservación de recursos naturales
Producción agropecuaria		Pos cosecha		Transformación de materias primas			
Duración del Proyecto		7		meses			
Cooperantes en el proyecto de investigación:							
Instituciones Educativas	X	ONG y/o Fundaciones		Entidades de Gobierno	X	Gobierno Seccional	Ninguno
Centros de Investigación		Empresas Privadas		Empresas Públicas		Otro	
Información de las instituciones cooperantes:							
Nombre de la Institución:		HOSPITAL BASICO DE SAN GABRIEL					
Cooperante:	Dr. Marco Ortega			Cargo:	Director		
Dirección:	Av. 13 de Abril				Ciudad/País:	San Gabriel-Ecuador.	
Email:				Teléfono:			Fax:

Nombre de la Institución: UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATL DEL CARCHI					
Cooperante:	Dr. Hugo Ruiz	Cargo:	Rector		
Dirección:	Av. Universitaria y Antisana		Ciudad/País:	Tulcán-Ecuador.	
Email:		Teléfono:		Fax:	
Financiación del proyecto, los fondos serán:					
Propios	<input checked="" type="checkbox"/>	Externos	<input type="checkbox"/>	Mixtos	<input type="checkbox"/>
Monto total del proyecto en USD: 641.62usd					
Información de las instituciones aportantes:					
Nombre de la Institución:					
Contacto:			Cargo:		
Dirección:			Ciudad/País:		
Email:		Teléfono:		Fax:	
Nombre de la Institución:					
Contacto:			Cargo:		
Dirección:			Ciudad/País:		
Email:		Teléfono:		Fax:	

Datos de los Investigadores

Nombre (Incluyendo estudiantes)	Cargo Actual en la UPEC	Cargo en el proyecto de Investigación
Ledesma Núñez Erika Yolanda	IRE UPEC	Investigadora
Montenegro madroñero Carol Andrea	IRE UPEC	Investigadora
Msc. Fernanda Vinueza	Docente	Tutora

Formulación de problema.

Describa la situación problema; cuál es el problema que pretende resolver?, sea concreto y señale las variables.

¿Qué factores influyen en la cobertura de atención de parto institucional en el Hospital Básico de San Gabriel, en mujeres que durante su periodo de gestación acudieron a los controles prenatales en las Unidades Operativas Rurales del Área 2 en el período de enero a noviembre del 2011?

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Cobertura en la atención de parto institucional en el Area 2 en la ciudad de San Gabriel

VARIABLE DEPENDIENTE:

Factores que influyen

Calidad de atención

Falta de accesibilidad al Hospital

Edad

Etnia

Idiosincrasia

Justificación y alcance del proyecto

Responda a las siguientes inquietudes: ¿Por qué es importante investigar el problema?, ¿para qué investiga este problema?, ¿Qué impactos genera esta investigación?, ¿Quiénes son los beneficiarios?. ¿Factibilidad: Económica, técnica, Bibliográfica, etc.?

Como servidores de la salud debemos conocer la problemática que rodea a nuestro sector y propender a mejorar los servicios que ofrecemos, por otro lado el estado debe garantizar servicios de salud eficientes, que permitan a mujeres embarazadas, acudir con confianza y de forma regular tanto a los controles prenatales, como al momento del parto.

De enero a noviembre del 2011 en el Área 2 de la Provincia del Carchi se brindó

atención prenatal a 827 usuarias y se atendieron en el Hospital Básico de San Gabriel 288 partos institucionales lo que representa un 34.8%.

En las Unidades Operativas Rurales se realizaron controles prenatales en 237 mujeres embarazadas de las cuales 7 de ellas acudieron al Hospital Básico de San Gabriel al momento del parto constituyéndose 2.43%.

El tema escogido en la presente investigación, lo consideramos de relevancia al tratarse de la vida tanto de la madre, como del nuevo ser esperado, es necesario que los servicios de salud ofrezcan niveles de atención totalmente eficientes, y que madres que acuden a los centros hospitalarios lo hagan con la confianza absoluta de recibir un buen servicio, investigamos este problema porque es necesario conocer porque las madres no están acudiendo al momento del parto y con los resultados obtenidos poder aportar a solucionar esta problemática.

Conociendo los factores que influyen se buscarán estrategias que permitan mejorar la cobertura de partos institucionales, mediante la difusión de las prestaciones de Servicios de la casa de salud, fomentando la credibilidad sobre la calidad de atención brindada.

Son beneficiarios directos el Hospital Básico de San Gabriel y las mujeres embarazadas que realizan los controles prenatales en las Unidades Operativas del Área 2 de la Provincia del Carchi, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Factibilidad: Económica, técnica, Bibliográfica?

Es Factible de realizarlo y viable a nuestra realidad, No existen estudios previos que se hayan realizado en nuestro medio, y la bibliografía actualizada es un limitante sin embargo se utilizara bibliografía selecta.

Antecedentes de la investigación.

Resultados de investigaciones anteriores, teorías que permiten deducir el problema.

El acercamiento de los servicios institucionales de salud a las poblaciones indígenas significa un encuentro entre culturas, que sin embargo, ocurre en un marco de relaciones desiguales en cuanto al valor del conocimiento de las distintas prácticas médicas. En México, en el periodo 2001-2006, se hizo explícita la Política de Atención a la Salud de Poblaciones Indígenas (SSA, 2002) que propuso realizar acciones en salud basadas en los principios de acceso eficaz, información, participación social, respeto a la diversidad y derechos humanos. No obstante, las acciones de atención de la salud en la población indígena han permanecido prácticamente sin cambios, excepto en lo que se refiere a cobertura y gasto en salud y ocasionalmente a proyectos intersectoriales de intervención, debido a que quienes operan en el sector salud no están formados(as) para comprender la importancia y especificidad de la atención médica integral y respetuosa, así como los procesos de cambio social, poblacional, organizacional y espacial de los pueblos indígenas, que modifican sus prácticas y riesgo reproductivo.

En México, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2004), ocurren 1900 defunciones maternas por año, con una razón de mortalidad materna de 83 defunciones por cada 100 000 nacimientos, las cuales se concentran en 12 de las 32 entidades federativas, particularmente en el sureste de México (SSA, 2005).

En la actualidad, el 79% de los partos que se presentan en la Región de las Américas se atienden en instituciones y pocos países declaran aún, una cobertura institucional del parto inferior al 50%, aun cuando es posible que las mujeres que buscan atención encuentren restricciones en cuanto a accesibilidad, conocimiento, receptividad y calidad de la atención prestada en los hospitales.

Sin embargo, el aumento del número de partos institucionales no ha producido una reducción correspondiente de la mortalidad materna y perinatal y de hecho, hay

variaciones aún mayores de la mortalidad neonatal y materna en países con altas tasas de atención institucional del parto.

En el Ecuador en cuanto a la salud materna, 87 de cada 100 mujeres tuvieron al menos un control prenatal: 7 de cada 10 embarazadas del área rural asisten a controles en establecimientos públicos. El 80% pagaban por los controles prenatales hasta el año 2007. Las del área urbana, la costa y las de mayor nivel de instrucción, gastan más en los controles durante el periodo de gestacional, 45 de cada 100 partos fueron atendidos en establecimientos del MSP, 17 en hospitales y en clínicas privadas, 18 fueron domiciliarios y el resto atendidos por otros agentes de salud. El 70% de madres realizaron gastos por la atención del parto. (CEPAR, 2005).

Entre las encuestadas que dieron a luz en casa a su último hijo (a), la primera razón a nivel nacional fue " Por costumbre", mencionada por un 37.4 por ciento de las parturientas, mientras que un 34.4 dan a luz en un establecimiento de salud.

Es notable que el "Mal concepto del establecimiento" es mencionado con mucha más frecuencia en las áreas urbanas (50.5%) que en las rurales (19.8%) y mucho mas en la Costa(40.3%) que en la Sierra (18.4) o la Amazonía (17.7%). Parece alcanzar su mayor nivel en las Provincias del Guayas y Carchi (53.9% y 41.4%, respectivamente), pero hay que tomar en cuenta que en estas provincias existen muy pocos casos de partos domiciliarios. Cabe, resaltar, que este factor influye más en mujeres del grupo étnico "otro" (36.1%) seguida por las mestizas (27.2%), y parece tener menos importancia para las indígenas (17.5%).

Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo General: Identifica la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos. El objetivo debe responder a las preguntas "qué" y "para qué". Es el conjunto de resultados cualitativos que el programa o proyecto se propone alcanzar a través de determinadas acciones.

General

Identificar los factores que influyen en la cobertura de la atención de parto institucional en el Hospital Básico de San Gabriel en mujeres que durante su periodo de gestación acudieron a los controles prenatales en las unidades operativas del Área 2 de la Provincia del Carchi durante el periodo enero a noviembre del 2011.

Específicos:

- Identificar los factores por los cuales las mujeres gestantes no acudieron al momento del parto.
- Realizar un plan de acción para solucionar el presente problema.
- Realizar la difusión de resultados de la presente investigación, dentro de los servicios de salud, con miras a mejorar cualitativamente la atención a los usuarios.

Hipótesis o idea a defender:

Hipótesis cuando el proyecto tenga mayor carga cuantitativa, es decir, el uso de modelos estadísticos matemáticos.

Idea a defender, cuando el proyecto tenga mayor carga cualitativa, y el uso de estadística descriptiva.

La calidad de atención de los servicios de salud determina la demanda y aceptación de los mismos.

Tipo de investigación

Se describe el tipo de investigación que se considere pertinente, teniendo en cuenta el tema y los objetivos propuestos

Descriptiva y de acción.

CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DE PROYECTO						
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS - INSUMOS	VALOR UNITARIO	CANT.	VALOR TOTAL	TIEMPO
OBJETIVO 1	1.1. Guía de observación	Resma de papel bond	0.10	200	20	1mes
	1.2. Encuestas	30 hojas de trabajo	0.10	900	90	
			5.00	100	100	
			7.70	20	154	
OBJETIVO 2 OBJETIVO 3	1.1. Selección del grupo de madres multíparas a las que se aplicará las encuestas. 1.2. Reuniones de trabajo con las autoridades de las instituciones educativas seleccionadas. 1.3. Diseño y reproducción de la encuesta anónima dirigida a grupo de madres multíparas 1.4. Aplicación de la encuesta	Encuestadores. Resmas Papel Bond Transporte interno. Trabajos de digitación. Reproducción de las guías.	140 5 50 140 0,10	2 5 150 1 180	480 25 300 240 18	1 Mes
OBJETIVO 4	1.1. Tabulación de datos	Estadístico	500	500		4

	1.2. Propuesta de intervenciones	Hojas 30 hojas de trabajo	7.70	20	5.00	Meses.
					2.31	
OBJETIVO 5	1.1. Folletos	Folletos				
	1.2. Charlas	Hojas de papel 1000	0.10	10.00		
	1.3. Elaboración del informe final y comprobación de hipótesis	Copias	1.00	20.00		
		Anillados	1.00	20.00		7.31
		Elaboración de cuadros estadísticos	7.70	30.00		
OBJETIVO 6 (TRANFERENCIA DE RESULTADOS)	1.1. DIAGRAMACIÓN					
	1.2. EDICIÓN					
	1.3. ISBN – PROPIEDAD INTELECTUAL	50 horas de trabajo	7.70	30	400	1 MES
	SOCIALIZACIÓN					
SUBTOTAL					1441.62	7 MESES

	10% DE IMPREVISTOS	200
	TOTAL	1641.62

Bibliografía y otra producción científica citada

- http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/Altoriesgo/control_prenatal.html
- <http://www.definicionabc.com/general/factores.php>

<http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1987/pdf/Vol11-2-1987-2.pdf>

http://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_prenatal

http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/Altoriesgo/control_prenatal.html

<http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>

<http://www.col.ops-oms.org/familia/Maternidad/saludable.htm>

<http://www.col.ops-oms.org/familia/Maternidad/6quehacer.htm>

<http://www.col.ops-oms.org/familia/Maternidad/7decalogo.htm>

<http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/Normativa%20parto%20V8.pdf>

<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n1/art04.pdf>

<http://flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/3112/1/TFLACSO-2011JCMT.pdf>

<http://www.uaim.edu.mx/webraximhai/Ej-09articulosPDF/Art%207%20parto.pdf>

http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16050/1/tesis_JoseOrtiz.pdf

<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TPWQ175DV4N582006.pdf...bueno>

http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49891998001100003&script=sci_arttext&tIng=en

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000200007

--

Declaración Final

Los abajo firmantes declaramos bajo juramento que el proyecto descrito en este documento no ha sido presentado a otra institución nacional o internacional para su financiamiento, no causa perjuicio al ambiente, es de nuestra autoría y no transgrede norma ética alguna.

Lugar: Tulcán

Fecha: 22 septiembre 2011

Firmas

Erika Ledesma
Nombre
C.I.: 040163899-4

Carol Montenegro
Nombre
C.I.: 040175793-5

Espacio Reservado para la Comisión de Investigaciones

Funcionario
responsable:

Nombre

Firma

Fecha de
Recepción

ANEXO E EVIDENCIA DE LA REALIZACION DE ENCUESTAS EN LAS DIFERENTES UNIDADES OPERATIVAS RURALES DEL ÁREA 2

REALIZACIÓN DE ENCUESTAS A LAS MUJERES QUE NO ACUDIERON AL MMENTO DEL PARTO AL HOSPITAL BÁSICO DE SAN GABRIEL



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de piartal



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Piartal



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuestas a las Madres de Fernández Salvador



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuestas a las Madres de Fernández Salvador



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuestas a las Madres de Chitan de Navarretes



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuestas a las Madres de Chitan de Navarretes



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Chitan de Navarretes



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Chutan Bajo



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Monte Olivo



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Monte Olivo



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Pueblo Nuevo



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Pueblo Nuevo



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Caldera



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Caldera



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Pusir Grande



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Tumbatú



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de San Vicente de Pusir



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Encuetas a las Madres de Los Andes

ANEXO F EVIDENCIA DE VISITAS A LAS DIFERENTES UNIDADES OPERATIVAS RURALES DEL ÁREA 2



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Visita a la Unidad Operativa Piartal



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Visita a la Unidad Operativa Fernández Salvador



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Visita a la Unidad Operativa Chitan de Navarrete



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Visita a la Unidad Operativa Chutan Bajo



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Visita a la Unidad Operativa Monte Olivo



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Visita a la Unidad Operativa Caldera



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Visita a la Unidad Operativa Pusir Grande



Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Visita a la Unidad Operativa Tumbatú




Fuente: Ledesma, E y Montenegro, C. (2012) Visita a la Unidad Operativa San Vicente de Pusir


ANEXO G FOLLETO DE INFORMACION (TRIPTICO)

SALA DE MATERNIDAD


SALA 1
PREECLAPSIA




SALA 2
CIRUGÍA



SALA 3
PARTO
NORMAL



ESTERILIZACIÓN



GINECOLOGO:
Dr. Marco Montenegro

OBSTETRIZ:
Francisca Bonilla

MEDICOS RESIDENTES
PERSONAL DE ENFERMERIA
PERSONAL AUXILIAR DE ENFER-
MERIA



ORGANIZACIÓN

IRE. ERIKA LEDESMA
IRE. CAROL MONTENEGRO

UPEC

HOSPITAL BÁSICO DE SAN GABRIEL



DIRECTOR
DR. MARCO ORTEGA

TELF.: 2290.153

HOSPITAL BÁSICO DE SAN GABRIEL



En la actualidad de hospital básico San Gabriel brinda atención integral y permanente mediante acciones de prevención, y promoción con los equipos básicos de salud, curación y recuperación

tomando en cuenta que esta institución es un centro de referencia que tiene como propósito brindar atención humanística y solidaria a todas las personas bajo los tres principios básicos de calidad, eficiencia y responsabilidad, con sus diferentes servicios como son: hospitalización, emergencia,, consulta de primer nivel: medicina general, obstetricia, odontología y consulta de segundo nivel: pediatría, cirugía, ginecología, traumatología y servicios de apoyo como: laboratorio, rayos x, farmacia y ambulancia.

MATERNIDAD GRATUITA

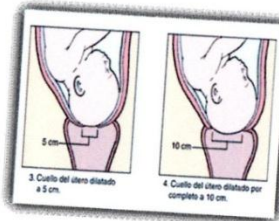
CONTROL PRENATAL Y PARTO

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento



de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y del niño.

El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno.



EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL H.B.S.G CUENTA CON:

ESTACION DE ENFERMERIA



SALA DE PARTOS



SALA DE RECEPCION DEL RN



ANEXO H MAPA DE LA PROVINCIA DEL CARCHI CON REFERENCIA AL ÁREA 2

