

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

MENCIÓN INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Mejoramiento del Manejo del Riesgo Obstétrico y Perinatal mediante la implementación de Capacitación en Servicio y de Instrumentos que fortalezcan el seguimiento de las pacientes, en la Unidad de Salud de La Tola- Las Peñas, Área de Salud Limones, provincia de Esmeraldas, 2011

Mónica Márquez Figueroa

DIRECTOR DE TESIS: *Dr. Pablo Zambrano*

TUTORA METODOLÓGICA: *Dra. Karen Pesse*

Esmeraldas, 13 de marzo 2012

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **MÓNICA PIEDAD MÁRQUEZ FIGUEROA**, con **Cédula de Ciudadanía N°0801181140**, autor del trabajo de graduación titulado **“MEJORAMIENTO DEL MANEJO DEL RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE CAPACITACIÓN EN SERVICIO Y DE INSTRUMENTOS QUE FORTALEZCAN EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES, EN LA UNIDAD DE SALUD DE LA TOLA - LAS PEÑAS, ÁREA DE SALUD LIMONES, PROVINCIA DE ESMERALDAS 2011”**, previa a la obtención del grado académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD** en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 26 de abril de 2012

Lcda. Mónica Piedad Márquez Figueroa

C.C.0801181140

DEDICATORIA

*A **Juan** compañero de vida; por su infinita paciencia, apoyo incondicional, motivación y amor; quien hizo posible que el sueño se convierta en realidad....*

AGRADECIMIENTOS

*A **mi familia**, por comprender mi ausencia y ayudarme a sobrellevar momentos difíciles de la vida como estudiante.*

*A **la familia CECOMET**: a mis queridas amigas y compañeras de trabajo por el apoyo y confianza brindada en todo momento.*

*A **mi tutora metodológica y director de tesis**, por sus enseñanzas, por compartir sus conocimientos, experiencias y sobre todo por su paciencia.*

*A **todo el equipo de salud de La Tola y Las Peñas**, sobre todo a las compañeras enfermeras por su disposición y apoyo: hicieron suyo este trabajo.*

Mil gracias a todos/as

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVES	8
2. PRESENTACIÓN	14
2.1. Descripción del contexto, Área de Salud No 8 - Limones	14
2.2. Descripción del contexto, Unidad de Salud de La Tola - Las Peñas	15
3. ANÁLISIS SITUACIONAL	19
3.1. Planteamiento del problema	19
3.1. Justificación	21
4. MARCO CONCEPTUAL	22
4.1. Marco teórico referencial	22
4.1.1. Enfoque de riesgo; definiciones básicas	22
4.1.2. Riesgo reproductivo	24
4.1.3. Atención obstétrica y perinatal	27
4.1.4. Calidad de atención	31
4.1.5. Herramientas para el mejoramiento del manejo de la atención materno-perinatal 32	
4.1.5.1. Importancia	32
4.1.5.2. Beneficios esperados	33
4.1.5.3. Tipos de herramientas	33
4.1.6. Educación permanente-capacitación en servicio	36
4.2. Modelo conceptual de referencia	38
5. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIAS PREVIAS	42
6. HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES	43
6.1. Listado de alternativas de cambio	43
6.2. Criterios y Selección de las alternativas	44
6.3. Hipótesis de cambio	45
7. PROPÓSITO Y OBJETIVOS	47
7.1. Objetivo general:	47
7.2. Objetivos específicos de la intervención:	47
7.3. Objetivos específicos de la investigación:	47
8. INSTRUCCIONES OPERATIVAS	47
9. METODOLOGÍA	49

9.1.	Tipo de investigación	49
9.2.	Mapeo de actores y equipo de investigación	50
9.3.	Universo y muestra.....	52
9.4.	Formas, métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de información	52
9.5.	Análisis de los datos	54
9.6.	Consideraciones éticas.....	54
10.	RESULTADOS.....	54
10.1.	De la evaluación operativa	54
10.2.	De la evaluación analítica	60
11.	DISCUSIÓN	65
12.	CONCLUSIONES	69
13.	RECOMENDACIONES	71
14.	BIBLIOGRAFÍA	73
15.	ANEXOS DE TABLAS, GRÁFICOS, INSTRUMENTOS Y OTROS	75
	Anexo No 1: Formulario de recolección de eventos centinelas (casos graves y muertes) .	75
	Anexo No 2: Ficha materno-Perinatal (formulario # 051-MSP)	76
	Anexo No 3: Tarjeta de seguimiento materno-neonatal (Anverso).....	77
	Anexo No 4: Croquis y mapas	79
	Anexo No 5: Plan de instrucciones operativas.....	80
	Anexo No 6: Evaluación Operativa y Analítica.....	84
	Anexo No. 7: Ficha de evaluación de tarjetas e HC.....	89
	Anexo No. 8: Guía de entrevista embarazada y mujeres post parto	91

LISTADO DE TABLAS

Tab. 1	Indicadores demográficos, de salud y socioeconómicos del Área de salud, provincia y país	15
Tab. 2	Principales causas de morbilidad y mortalidad, Área de Salud Limones 2010	15
Tab. 3	Principales causas de morbilidad y mortalidad, Unidad de Salud La Tola- Las Peñas, 2010	18
Tab. 4	Descripción de criterios de priorización de alternativas	44
Tab. 5	Priorización de alternativas	45
Tab. 6	Encuentros educativos con embarazadas, Unidad de Salud de Las Peñas 2011	58
Tab. 7	Encuentros educativos con embarazadas, Unidad de Salud de La Tola 2011	59
Tab. 8	Atenciones preventivas de la madre, La Tola – Las Peñas 2011	60
Tab. 9	Complicaciones del parto, La Tola – Las Peñas 2011	62
Tab. 10	Mortalidad materna-neonatal, La Tola – Las Peñas 2011	63

LISTADO DE FIGURAS

Fig. 1	Modelo de determinantes y de las tres demoras de las muertes maternas.....	39
Fig. 2	Modelo de determinantes y demoras de eventos centinelas maternos-perinatales	40
Fig. 3	Mapeo de Actores de la Unidad de Salud La Tola – Las Peñas	51

LISTA DE ACRÓNIMOS/ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
AME	Asociación de Municipalidades del Ecuador
APACOBIMN	Asociación de Pescadores Artesanales y de Comercialización de Productos Bioacuáticos y del Manglar del Norte
ARO	Alto Riesgo Obstétrico
CECOMET	Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva
COE	Cuidado Obstétrico Esencial
CONE	Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales
CPN	Control Prenatal
EBAS	Equipo Básico de Salud
EPICOM	Epidemiología Comunitaria
EPS	Educación Permanente en Salud
F M-P	Ficha Materna-Perinatal
HTA	Hipertensión Arterial
HC	Historia Clínica
HCP	Historia Clínica Perinatal
INFA	Instituto de la Niñez y la Familia
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural
MEDU	Médicos Para los Derechos Humanos
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MCC	Mejoramiento Continuo de la Calidad
M - P	Materno-Perinatal
MSP	Ministerio de Salud Pública
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NV	Nacidos Vivos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSSR	Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva
SICOE	Sistema Integrado de Cuidados Obstétricos Esenciales
SCS	Sub-centro de Salud
SIISE	Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador
SNEM	Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria
SSC	Seguro Social Campesino
TA	Tensión arterial
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VD	Visita Domiciliaria

1. RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVES

Introducción

El embarazo es un estado saludable, por el que la mayoría de las mujeres aspira pasar en algún momento de sus vidas. Sin embargo, este momento de afirmación de la vida puede entrañar grandes riesgos de muerte o discapacidad tanto para la madre como para el niño. La afirmación de que a nivel mundial anualmente mueren medio millón de mujeres por complicaciones del embarazo y parto, así como cuatro millones de recién nacido durante su primer mes de vida, ha sido repetido con tanta frecuencia que ya no provoca conmoción. No obstante, la mayoría de estas muertes podrían ser evitadas si se adoptaran medidas preventivas y si se dispusiera de cuidados adecuados, oportunos y accesibles, para aquellos casos en que se presentan problema en el transcurso del proceso.

La mortalidad materna-perinatal representa un problema de Salud Pública, por lo que es prioritario, no sólo un aumento en la cobertura del control prenatal, sino un mejoramiento de la calidad de la atención brindada a esta población.

En las Unidades de Salud de La Tola y Las Peñas que pertenecen al Área de Salud de Limones, provincia de Esmeraldas, durante la fase del diagnóstico situacional en el 2010, se evidenció un alto índice de mortalidad perinatal que corresponde a una tasa de 88.2 por 1000 NV, nivel superior al nacional que tuvo una tasa de 11.3 por 1000 NV, no hubo muertes maternas; no obstante se presentaron 55 embarazos de riesgo, de los cuales el 18% eran complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto¹. Sin embargo, las unidades de salud identificaron sólo cuatro complicaciones de forma tardía y su tratamiento y/o referencia no fue oportuna.

Los datos de producción en atención preventiva en estas unidades de salud en el 2010, reflejaron bajas coberturas de parto y post parto; así, el control de parto tuvo una cobertura de 12.3% y el de post parto 29.4%. La concentración de control de embarazada fue de tres y no se realizó ningún control a las mujeres de post parto antes de los 10 días. Tanto las coberturas como las tasas de concentración presentaron niveles inferiores a los mínimos recomendados por la norma y/o estándares internacionales.

En las entrevistas realizadas a embarazadas y mujeres de post parto en el 2010 se evidenció que las entrevistadas no tenían confianza en el servicio de salud y que ninguna de ellas conocían señales de peligro en el proceso reproductivo.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue mejorar el manejo de los riesgos obstétricos y perinatales, mediante la implementación de herramientas adaptadas al contexto local y la capacitación en servicio del personal de salud que ayuden en la detección y/o tratamiento oportuno de riesgos y/o complicaciones y el seguimiento de embarazadas y recién nacidos con la finalidad de evitar muertes en este grupo. Se espera además, adquirir conocimientos validados científicamente acerca de la adaptabilidad y utilidad de las estrategias implementadas a fin de analizar su aplicabilidad en otros contextos.

¹ Fuente: Monitoreo de eventos centinelas (casos graves y muertes)

Metodología

La metodología corresponde a una investigación-acción, que es empoderante y participativa; la cual permite en base a un problema identificado, formular alternativas de cambio que surgen y son implementadas desde los directamente involucrados.

La unidad de análisis estuvo constituida por el servicio de salud, específicamente las Unidades de Salud de La Tola y Las Peñas. El universo lo constituyeron las embarazadas que acudieron al control a estas unidades de salud en el 2011 y los profesionales de salud (médicos, enfermeras y obstetrix) que allí laboran.

Se evaluaron 66 tarjetas de embarazadas que asistieron a control en el último semestre del 2011, a la par se revisaron las historias clínicas y se realizaron 12 entrevistas a embarazadas y mujeres de post parto sobre su percepción de la atención recibida y sus conocimientos acerca de señales de peligro y cómo actuar en caso de presentarse una de ellas. Al personal de salud se lo entrevistó de manera informal sobre el manejo de normas y protocolos de atención materno-perinatal. Además se realizó observación participante del uso y actualización de croquis-mapas; de los encuentros educativos con embarazadas y del taller de capacitación con el personal de salud.

Para los datos cuantitativos referidos a las variables de morbi-mortalidad y de producción de servicios de salud, el análisis se lo hizo utilizando medidas descriptivas como porcentajes y tasas. Para los datos cualitativos referidos a las opiniones y percepciones de embarazadas y del personal de salud, la interpretación se hizo mediante la categorización de las respuestas obtenidas de acuerdo a los aspectos contenidos en la guía y los objetivos del estudio. Los datos se presentaron mediante tablas y citas textuales respectivamente.

Resultados

En la elaboración, uso y actualización de las herramientas como mapas y tarjetero se logró el involucramiento del personal de salud, especialmente enfermeras, con una mayor participación del equipo de salud de Las Peñas.

En ambas unidades se elaboró un croquis del área concentrada y un mapa para el área dispersa; en el croquis se ubicaron todas las embarazadas, en especial a las de riesgo. Adicionalmente se registró la información correspondiente de 66 embarazadas en tarjetas individuales, mismas que fueron organizadas de acuerdo a categoría de toma de decisión en un tarjetero. El 90% de las tarjetas fueron llenadas en su totalidad, esto contribuyó a la identificación y correcto seguimiento de las embarazadas de riesgo. Además se realizaron 15 visitas domiciliarias, lo que corresponde al 23% del total de embarazadas registradas en las tarjetas; estas visitas tenían por principal objetivo el de controlar los riesgos presentados (embarazo más HTA, hemorragia, mastitis puerperal entre otras), dar educación y promocionar la prueba del tamizaje metabólico neonatal. Se logró enfocar esta actividad prioritariamente a la vista de pacientes en alto riesgo.

Se realizó un taller de capacitación con el personal de salud y dos encuentros no formales de supervisión capacitante con revisión de historias clínicas, que permitió mejorar el llenado de la ficha materno-perinatal en el componente de parto y post parto y de identificar tempranamente riesgos y/o complicaciones, tratarlas de acuerdo a protocolos

preestablecidos y referirlas oportunamente a un nivel de mayor complejidad. En las unidades de salud se realizaron 13 encuentros educativos con embarazadas sobre temas preventivos y de factores de riesgo y complicaciones durante el proceso reproductivo; la captación de los temas fue buena y la metodología participativa permitió mejorar la interacción con el personal de salud.

Las herramientas-instrumentos utilizadas en combinación con la capacitación en servicio y educación a embarazadas, permitieron revertir algunos indicadores negativos en la atención materna perinatal. La cobertura de parto institucional y post parto se incrementó aproximadamente en un 100% comparada con los datos del 2010, el 89% de los embarazos fueron captados antes de las 24 semanas. Se logró identificar riesgos y/o complicaciones antes de las 20 semanas de gestación, y su manejo fue de acuerdo a protocolos preestablecidos, también se incrementó el porcentaje de referencias oportunas a un nivel de mayor complejidad. De los 22 partos registrados, nueve fueron partos complicados, y el 89% de estos partos fueron hospitalarios. Se produjeron dos muertes perinatales, número mucho menor que el presentado en el 2010 en que fueron un total de seis. El 100% de las embarazadas entrevistadas perciben la atención en la unidad de salud como muy buena; el 67% reconoce al menos 2 señales de peligro.

Conclusión

El uso de herramientas adaptadas al contexto local hizo que el personal de salud se involucre en su diseño, utilización, actualización; en la recolección de información, su análisis y toma decisión en base a la misma. El uso de estos instrumentos en combinación con la capacitación en servicio del personal de salud y la educación a embarazadas mejoró la identificación y manejo oportuno de riesgos y/o complicaciones y contribuyó a mejorar algunos indicadores negativos identificados en el análisis situacional realizado en el 2010. Aunque todavía sería muy prematuro afirmar que hubo una real disminución en las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal, las cifras obtenidas en el 2011 parecen apuntar en este sentido.

Palabras claves: Factores de riesgo, complicaciones, mortalidad materna-perinatal, control prenatal, calidad de la atención, herramientas para el seguimiento de pacientes.

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction:

Pregnancy is a healthy state, for which many women aspire to go through once in their lifetime; this moment of affirmation of life may embrace great risks of death or disabilities either for the mother or the newborn. The confirmation that half a million of women worldwide die each year due to pregnancy or delivery complications, as well as four million newborns during their first month of life, has frequently repeated itself that it no longer provokes commotion. Nonetheless, most of these deaths could have been avoided if preventive measures were adopted and if adequate health care was delivered in an opportune and accessible fashion for those cases in which problems arise during this process.

Maternal and perinatal mortality represents a public health problem, for which not only an increase in coverage of prenatal control is a priority, but also an improvement in quality of care delivered to the population is required.

At the health centers in La Tola and Las Peñas in the province of Esmeraldas, during the health situation diagnosis of 2010, a high figure of perinatal mortality was evidenced which corresponded to a rate of 88.2 per 1000 born alive, a figure above the national average rate of 11.3 per 1000 born alive, there were no maternal deaths; nonetheless 55 risk pregnancies were presented, most of which were complications related to pregnancy and labor (source: sentinel events surveillance). Despite this, the health centers identified only four complications at a later stage and its treatments and referrals were not opportune.

The production data regarding preventive care in these health centers in 2010 reflect a low coverage of delivery and postpartum; delivery control had 12.3% coverage and 29.4% for postpartum coverage. The concentration of pregnancy controls was three and no postpartum controls before 10 days were performed. Coverage as well as concentration rates showed lower levels than those minimally recommended by the norm and/or international standards.

The interviews performed to pregnant women and postpartum women evidenced low confidence and trust of the health centers and none of them acknowledged warning signs during the reproduction process.

Objective:

The objective of this study was to improve the management of obstetric and perinatal risks by means of implementation of adapted tools to the local context and in service –training of health personnel who may help to opportunely detect and/or treat risks and/or complications and follow-up of pregnant women and newborns with the aim of avoiding deaths in this group. It was also expected to acquire scientifically validated knowledge regarding the adaptability and utility of implemented strategies in order to analyze its applicability in other contexts.

Methodology:

The methodology corresponds to research action, which is empowering and participative; and which allows –based on an identified problem- formulate change alternatives that arise and are implemented from those who are directly involved.

The unit of analysis was constituted by the health service, specifically by the health centers of La Tola and Las Peñas. The universe constituted the pregnant women who attended controls at these health centers in 2011 and the health professionals (physicians, nurses and obstetricians) who work in these centers.

Sixty six (66) charts of pregnant women who assisted to controls in the last semester of 2011, clinical histories were also reviewed and 12 interviews were performed to pregnant women and postpartum women regarding their perception of the care they received at the health center, and their knowledge about warning signs and how to act in case of the presence of these signs. Health professionals were casually interviewed regarding the management of norms and protocols of maternal and perinatal care. Participatory observation of use and update of layout and maps, educational encounters with pregnant women and of the training workshops of health professionals was also performed.

For the quantitative data referred to the morbi-mortality variables and the health services production, the analysis was done by using descriptive measures such as percentages and rates. For the qualitative data, referred to opinions and perceptions of pregnant women and health professionals, the interpretation was done by the categorization of the answers obtained according to the content guide and objectives of this study. Data was presented in charts and cited references respectively.

Results:

The involvement of the health personnel was achieved for the elaboration, use and update of the maps and files, especially of nurses and with greater participation from the staff of Las Peñas health center.

In both centers, a map of the dispersed area was elaborated; pregnant women were located on the map, especially those with risks. Additionally, information regarding the 66 pregnant women were registered individually; organized in files according to decision making category. Ninety percent of the charts were completely filled out, which contributed to the identification and proper follow-up of risk pregnancies. Fifteen house visits were performed, which corresponds to 23% of total pregnancies registered in the charts; the main objective of these visits was to control those identified risks (pregnancy with AHT, hemorrhage, puerperal mastitis, among others), educate and promote neonatal metabolic screening test. This activity was mainly focused during visits to patients with high risk.

A training workshop directed at health professionals and two casual supervised training encounters and clinical history revision were performed, which allowed to improve the filling out of the maternal-perinatal charts in the delivery and postpartum component, and to identify risks and/or complications as early as possible, and treat them accordingly to pre-established protocols and opportunely refer them to a higher complexity level. Thirteen educational encounters with pregnant women were implemented at the health centers, with preventive topics related to risk factors and complications during the reproduction process; the

acceptance of the topics was good and the methodologies allowed improved interaction with the health personnel.

The used tools in combination with in-service training and education to pregnant women, allowed reversing some negative indicators in maternal-perinatal care. The coverage of institutional delivery and postpartum approximately increased 100% compared to data from 2010, 89% of pregnancies were captured before week 24 of gestation. Risk factors and/or complications were identified before week 20 of gestation; its management was according to pre-established protocols, and percentage of opportune referrals to a higher level of complexity was also increased. Of the 22 registered deliveries, nine were complicated deliveries, and 89% of them hospitalized. Two perinatal deaths occurred, figure which was much less than presented in 2010, with a total of six deaths. One hundred percent of interviewed pregnant women perceived care at the health center as very good; and 67% of them recognized at least two warning signs.

Conclusions:

The use of adapted tools to the local context made the health personnel become involved in its design, use and up-date; and hence its data gathering, analysis and decision making. The use of these instruments, in combination with in-service training for health personnel and education to pregnant women improved the identification and opportune management of risks and/or complications and contributed to change some negative indicators during the situational analysis of 2010. Although it is premature to affirm that a real decrease of the maternal-perinatal morbid-mortality rates occurred, the figures obtained in 2011 seem to aim at that.

Key words: risk factors, complications, maternal-perinatal mortality, prenatal control, health care quality, tools for patient follow-up.

2. PRESENTACIÓN

2.1. Descripción del contexto, Área de Salud No 8 - Limones

El Área de Salud N° 8 Limones, es un área del Sistema Nacional de Salud que pertenece a la Dirección Provincial de Salud de Esmeraldas. Está ubicada en el norte de la provincia de Esmeraldas, cantón Eloy Alfaro, en el estuario de la desembocadura del río Cayapas-Najurungo, que forma tres islas: Limones, Pampanal y Tolita Pampa de Oro. Además tiene una parte continental donde se encuentra una de sus unidades de salud (La Tola-Las Peñas).

El Área de Salud tiene como área de influencia 30 comunidades y una población de responsabilidad de 15.291 (proyección MSP 2010); funcionalmente está dividida en 5 unidades operativas de primer nivel: La Tola-Las Peñas, Tolita Pampa de Oro, Pampanal y Tambillo; y un Hospital de primer nivel de referencia de 20 camas que está ubicado en la cabecera cantonal (Limones); su ubicación geográfica limita la accesibilidad de la población de responsabilidad. La población que vive en comunidades cercanas al hospital de San Lorenzo y de Borbón, hospitales de referencia de las áreas No 6 y 7 respectivamente, prefieren acceder a estas unidades de salud, principalmente en casos de emergencias.

El hospital cuenta con los recursos humanos y equipos básicos para brindar servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y cirugía; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico como laboratorio y ecografía. Es importante destacar que tiene un quirófano que es utilizado con mayor frecuencia para cirugías obstétricas de emergencias (cesáreas); pero no tiene una sala de neonatología ni una hemeroteca. Una pediatra trabaja 22 días y apoya en la atención de neonatología. Para las cirugías cuenta con dos cirujanos, dos anestesiólogos que cubren guardias de 15 días cada uno (aunque en ocasiones no están presentes al momento de emergencias)².

Las unidades de salud del área dispersa cuentan con Equipos Básicos de Salud (EBAS) (principalmente médicos, enfermeras y odontólogos), los cuales llevan adelante el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), cuya estrategia principal es la Atención Primaria de salud.

El área, posee un servicio de transporte (ambulancia y bote rápido) para el traslado de emergencias; sin embargo, hay ocasiones que no tiene combustible para estos vehículos y/o los choferes no están disponibles para el traslado de los pacientes.

Se presentan algunos indicadores básicos que permiten tener un panorama general del desarrollo socioeconómico y de salud del Área y/o cantón Eloy Alfaro en relación con la provincia y el país.

² Fuente: Ficha de recursos humanos del Área de Salud y entrevista a enfermeras jefe de hospitalización

Tabla No 1: Indicadores demográficos, de salud y socioeconómicos del Área de Salud comparados con el nivel Provincial y Nacional.

Indicadores	Área de salud 2010	Provincia 2009	País 2009
Tasa de natalidad	25 x1000 Hab.	14.9	15.4
Tasa de fecundidad general	118 x 1000 MEF 15-49	104***	108***
Tasa de mortalidad general	3.4 x 1000 Hab.	4.3	3.8
Tasa de mortalidad materna	No hubo	157.4	96.3
Tasa de mortalidad infantil	16 x 1000 NV	11.2	15.2
Tasa de mortalidad neonatal	15 x 1000 NV	-	11.3
Tasa de prevalencia de hipertensión	29%	-	28.7%
*Tasa de analfabetismo	22,7%	29.3%	8.4%
*Nivel de escolaridad	3.2 años aprobados	5.7	6.7
**Índice de pobreza	97.6%	93%	45.8%

Fuente: Estadísticas del área, monitoreo comunitario de la mortalidad, *informe del Diagnóstico del Gobierno Municipal de Limones 2009 (datos cantonales), ** SIISE 4 2003 (datos cantonales),*** ENDEMAIN 2004, INEC- Estadísticas Vitales.

Elaborado: Investigadora

Tabla No. 2: Principales causas de morbilidad y mortalidad, Área de Salud Limones, 2010

No.	Principales causas de morbilidad		Principales causas de mortalidad	
1.	Infecciones Respiratorias Agudas	1857	Cardiocerebrovasculares	11
2.	Parasitosis intestinal	1376	Afecciones perinatales	9
3.	Infección de vías urinarias	1102	Asesinatos	8
4.	Vaginosis	904	Causas externas (accidentales, traumatismos, ahogamiento sumersión)	8
5.	Enfermedades diarreicas agudas	879	Cáncer	6
6.	Hipertensión arterial	484	Cirrosis	2
7.	Anemia ferropénica	315	Desnutrición	1
8.	Síndrome gripal	315	VIH/SIDA	1
9.	Dermatitis	264	-	-
10.	-	-	Desconocidas	2
	Otras	3610	Otras	4
	Total	11.687	Total	52

Fuente: Estadísticas del área y monitoreo comunitario de la mortalidad

Elaborado: Investigadora

2.2. Descripción del contexto, Unidad de Salud de La Tola - Las Peñas

Geográfico y de accesibilidad

La Unidad de Salud de La Tola – Las Peñas está ubicada en la parte continental del Área de Salud No 8, Limones, sus límites son: al norte el río Santiago, al sur parroquia Lagarto, al este el Km14, Recinto Borbón y al oeste Océano Pacífico. El medio de transporte que utilizan

los pobladores para llegar a las unidades de salud de La Tola y Las Peñas es terrestre; sin embargo, para trasladarse al hospital de referencia deben utilizar transporte fluvial.

La comunidad de La Tola es cabecera parroquial. Según datos del MSP, esta unidad de salud tiene como área de influencia ocho comunidades: Cuerval, Olmedo, Majagual, Molina, Rompido, Las Peñas, Vainilla y Vainillita. Sin embargo, el área de salud la ha dividido en dos unidades de salud:

- La Tola con un Subcentro de Salud (SCS), tiene a su cargo cuatro comunidades: Cuerval, Olmedo, Majagual y Molina.
- Las Peñas con un Puesto de Salud (PS), tiene a su cargo tres comunidades: Rompido, Vainilla y Vainillita.

El SCS de La Tola está ubicado a 40 minutos, utilizando transporte fluvial (canoas a motor) del hospital de primer nivel de referencia; en cambio el puesto de salud de Las Peñas está ubicado a 1H30 y utiliza transporte terrestre y fluvial. La ubicación geográfica del hospital de referencia (Limonos) hace que la población que está en comunidades como Las Peñas, Vainilla y Rompido prefieran ir al hospital de Borbón en busca de atención médica, exámenes de laboratorio y emergencias. También la población de Olmedo, Majagual y Molina van a este hospital cuando no hay personal en la unidad de salud de referencia y cuando necesitan exámenes complementarios.

Demográfico

La población asignada a la Unidad de Salud es de 2649 habitantes (proyección población MSP 2010), el área urbana constituye el 38% y el área rural el 62%. En relación a la población por grupos de edad, específicamente la materno-infantil hay 85 embarazadas y 68 menores de un año. La mayor parte de la población (92%) es afro-descendiente, la otra fracción (8%) está compuesta por mestizos inmigrantes, procedentes de otras provincias. Considerando el censo realizado por los promotores de salud (2008-2009) esta unidad tiene una población de 3466 habitantes: se observa una diferencia del 24% entre ambos datos.

La tasa de natalidad es de 25.6‰ habitantes, la tasa de fecundidad general es de 126.6 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 49 años (estadísticas del área, 2010). Según el monitoreo comunitario de mortalidad del año 2010, la tasa de mortalidad general es de 10 ‰ habitantes y no hubo muertes maternas. La tasa de mortalidad perinatal es de 88.2 ‰ nacidos vivos (NV) y la tasa de mortalidad infantil es de 29.4 ‰ NV

Social-cultural y económico

La Tola es una de las parroquias más pobres del Ecuador, con un índice de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) de 98.7%. El índice de analfabetismo de 17.2%, uno de los más altos del país. El nivel de escolaridad es muy bajo, con un promedio de 4.3 años aprobados. (SIISE 4, 2003)

En esta parroquia las unidades productivas del sector industrial se limitan a camaroneras. Las principales fuentes de empleo se circunscriben al área de: educación, salud, y el

Gobierno Municipal. La principal estrategia de supervivencia es la pesca artesanal y recolección de productos del manglar, con limitado volumen para su comercialización.

El 34% de las familias asentadas en las comunidades de la parroquia de La Tola se dedica a la pesca y recolección de productos asociados con el manglar; agricultura, ganadería y silvicultura un 19%; turismo en un 11%, el mismo que se concentra en las Peñas, Rompido y Olmedo; construcción un 7% y empleados públicos un 2%.

Las expresiones culturales son propias de la población afro-descendiente. Así se puede mencionar el baile de marimba, los arrullos y las décimas.

Las costumbres alimenticias tienen algunas características peculiares importantes de resaltar, tales como uso de salmuera y el ahumado como procedimiento de conservación y el alto consumo de grasas vegetales como el coco. La base de la dieta son los hidratos de carbono, principales productos de la zona (arroz, verde, coco, mariscos, concha, cangrejos), en menor proporción el consumo de legumbre y frutas, especialmente las que se producen en la región.

En la medicina tradicional existen los **curanderos** de enfermedades como mal aire, mal de ojo, espanto y de mordedura de serpientes, los **sobadores** conocidos como traumatólogos en la medicina occidental; **las parteras** que son las que tradicionalmente atienden los partos. Existen 10 parteras, las comunidades que más parteras tienen son: Las Peñas con tres y La Tola con dos; ellas continúan con la atención a las mujeres en su embarazo y en la atención de partos, no hay mucho contacto con los profesionales de salud.

Político y de actores

El gobierno local es la Junta Parroquial elegida por votación popular, hay un teniente político que es designado por el gobernador y ejerce como autoridad; las comunidades tienen comités locales de salud. Las instituciones y organizaciones que trabajan en algunas comunidades son: Seguro Social Campesino (SSC), Instituto de la Niñez y la Familia (INFA), Asociación de Pescadores Artesanales y de Comercialización de productos Bio-acuáticos y del Manglar del Norte (APACOBIMN), Médicos para los Derechos Humanos (MEDU), Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical (CECOMET), Médicos del Mundo (MDM), organizaciones de mujeres y de microcréditos.

De salud - oferta de servicios de salud

La Unidad de Salud de La Tola cuenta con un sub centro de salud (SCS) que tiene: un consultorio médico, un odontológico, **una sala de parto**, una estación de enfermería donde funciona estadística, un laboratorio del SNEM, un banco de vacunas, una sala de curaciones, una bodega y una sala de espera. El puesto de salud en Las Peñas es pequeño, cuenta con un consultorio médico, odontológico, una sala de espera y un laboratorio del SNEM.

El SCS de La Tola dispone de equipos básicos, suministro y medicamentos (no de emergencia) para dar atención a la población; en cambio el puesto de salud de Las Peñas no dispone de todo lo necesario. En relación a medicamentos, estas unidades no disponen de

medicamentos para tratar algunas complicaciones del embarazo como: trastornos hipertensivos, infección post parto, amenaza de parto prematuro (fuente: registro de solicitud-consumo de medicamentos 2010).

El personal con el que cuenta es: dos enfermeras profesionales contratadas, dos médicos (uno contratado y uno rural), un odontólogo contratado, una obstetriz rural que hace itinerancia en las dos unidades, cinco auxiliares de servicio y seis promotoras de salud.

Ambas unidades prestan servicios de Promoción, Prevención y Curación, con énfasis en los grupos menores de 5 años, embarazadas y mujeres en edad fértil. Las principales causas de morbilidad y mortalidad son:

Tabla No. 3: Principales causas de morbilidad y mortalidad, Unidad de Salud La Tola- Las Peñas, 2010

No.	Principales causas de morbilidad		Principales causas de mortalidad	
1.	Parasitosis intestinal	123	Causas externas (accidentales, traumatismos, ahogamiento sumers)	7
2.	Infecciones Respiratorias Agudas	120	Afecciones perinatales	6
3.	Síndrome gripal	73	Cardiocerebrovasculares	5
4.	Hipertensión arterial	70	Asesinatos	4
5.	Piodermitis	55	Cirrosis	1
6.	Faringo-amigdalitis	49	-	-
7.	Infección de vías urinarias	47	-	-
8.	Vaginosis	27	-	-
9.	Micosis	27	-	-
10.	Enfermedad diarreica aguda	26	Desconocidas	2
	Otras	123	Otras	2
	Total	741	Total	27

Fuente: Estadísticas del área y monitoreo comunitario de la mortalidad

Elaborado: Investigadora

Capacitación de personal de base (promotores/as de salud)

Por iniciativa del Área de Salud y con el apoyo del CECOMET, se inició la capacitación de los promotores de salud en el año 2005, la cual continúa en la actualidad con mayor compromiso del Área de Salud en el seguimiento, a través del personal de sus unidades operativas.

La capacitación se realiza mediante talleres presenciales de tres días cada uno, donde se trabajan temas relacionados con problemas prevalentes de la zona (embarazo, parto, puerperio normal y complicado; hipertensión arterial, enfermedad respiratoria aguda, desnutrición-alimentación entre otros) y la capacitación en terreno, cuando se trabaja directamente con los promotores en sus comunidades, en el seguimiento de los grupos de riesgo y en la parte educativa. Estas capacitaciones se realizan trimestralmente y se complementan con pasantías en las unidades de salud y/u hospital de su área de influencia para adquirir habilidades y destrezas en algunos procedimientos (toma de signos vitales, curación, preparación de materiales, entre otros).

En las comunidades (a excepción de Molina y Vainillita) del área de influencia de las unidades de salud de La Tola-Las Peñas, existe un/a promotor/ra de salud -total seis- que trabajan junto con el equipo de salud en las visitas itinerantes que realizan a las comunidades. Este personal de base lleva adelante el monitoreo-vigilancia de grupos de riesgo: embarazadas, menores de 5 años, hipertensos, desnutridos entre los principales; además realizan el monitoreo de casos graves-muertes, actividades socio-organizativas y de educación a la población.

Este seguimiento les permite la identificación, captación de los grupos de riesgo, detección de señales de peligro de principales problemas y su referencia con la finalidad de evitar complicaciones y muertes. Las actividades realizadas son registradas en el cuaderno epidemiológico que es evaluado anualmente (se sistematiza y analiza la información para la toma de decisiones).

El cuaderno epidemiológico del promotor, es una herramienta que permite la identificación y seguimiento de grupos de riesgo; es como un diagnóstico de la comunidad con varias fotografías que al unir las, da un panorama general de la comunidad y aporta a su profundización.

3. ANÁLISIS SITUACIONAL

3.1. Planteamiento del problema

La calidad de la atención que tanto la madre como el recién nacido reciben durante el embarazo, parto y post parto es esencial para garantizar que las mujeres se mantengan sanas, que los niños tengan un buen comienzo y se eviten muertes en este grupo.

Los datos de producción de atenciones preventivas de la Unidad de Salud de La Tola en el 2010 y calculados en base a la población proyectada, reflejan la siguiente información en relación a la atención del embarazo, parto, post parto y control de menores de un año:

- El control prenatal tiene una cobertura de 160%, con una concentración de 3 controles por mujer. Lo esperado es cobertura del 100% y que cada embarazada tenga mínimo 5 controles (Norma MSP).
- La atención del parto institucional, tiene una cobertura de 12.3%. Según estándares internacionales se esperaría que el 85% de los partos sean institucionales y sólo un 15% domiciliarios.
- La atención del post parto cubre al 29,4% de los partos registrados; no se calculan datos de concentración. Lo esperado es una cobertura del 80%, con una concentración mínima de 2 controles antes de los 7-10 días.
- El control en menores de 1 año, tiene una cobertura de 145.6% con una concentración de 2 controles por niño. Se espera que la cobertura sea del 100% con una concentración mínima de 6 controles.

En el monitoreo comunitario de eventos centinelas³ (Anexo No 1) realizado por promotores de salud durante el 2010 se lograron identificar 6 muertes perinatales (tasa de 88.2 por 1000 NV) y 55 embarazos de riesgo (ARO)⁴ a saber:

- Los embarazos de riesgo fueron: ARO I, 43 (78.2%); ARO II, 2 (3.6%) y ARO III, 10 (18.2%). Las causas de este último fueron: Embarazo en mala posición (dos), amenaza de parto prematuro (tres), embarazo gemelar (uno), preeclampsia (tres) y embarazo-HTA (uno). El mayor número de embarazos de riesgo se presentaron en la comunidad de La Tola (12) y en Las Peñas (9)
- De los AROS III se produjo el fallecimiento de seis niños (4 mortinatos y 2 muertes neonatal precoz). El total de muertes perinatales se distribuyen de la siguiente manera: en Las Peñas tres, Rompido dos y La Tola uno.

En la revisión de las 45 Historias Clínicas (HC), se encontró que el 90% de las fichas materno-perinatal no estuvieron completamente llenas (especialmente el componente de parto y post parto inmediato). Se evidenció que 89% de los embarazos son detectados después del primer trimestre. En todas las HC revisadas, los únicos factores de riesgos identificados desde el inicio del control de la embarazada fueron: edad (embarazos en adolescentes), multiparidad, antecedentes de aborto, de mortinatos y cesáreas anteriores.

De los AROS III, que son las complicaciones, de las cuales se produjeron diez en el periodo bajo estudio, sólo se detectaron cuatro a partir del quinto mes de embarazo, las demás se detectaron al momento del parto. De estas cuatro hubo dos embarazos con mala presentación (trasversa y pelviana) que fueron atendidas en la unidad de salud durante el embarazo, pero se le recomendó parto hospitalario (cesárea), y dos fueron trastornos hipertensivos en el embarazo. A estos se les hizo varios controles en la unidad de salud, pero no se les dio el medicamento recomendado, porque la unidad no disponía del mismo, y se les refirió al hospital de distrito para que sean atendidas. Una paciente acudió a dos hospitales y en ninguno se le dio medicación, la otra señora no quiso acudir más a controles por su religión (protestante).

Todas las complicaciones fueron referidos al hospital de distrito (Limonos) y al provincial (Esmeraldas) durante el embarazo y/o parto, una no acudió y dio a luz en casa. De estas complicaciones se produjeron seis muertes perinatales y dos casos graves en los recién nacidos (un traumatismo-fractura de fémur y un prematuro).

³ El monitoreo de los eventos centinelas (muertes y casos graves) es una actividad que se lleva adelante en el área de Salud Borbón desde hace 10 años con el CECOMET. En la reunión mensual de monitoreo que se hace con promotores de salud, auxiliares de enfermería y profesionales de salud se les pregunta si en su comunidad murió o enfermó de gravedad una persona. Se registran todos los casos de muerte y los casos graves que tienen relación con enfermedades evitables (niños, embarazadas, hipertensos). Esta actividad se ha extendido a las áreas de San Lorenzo y Limones. En Limones se recoge la información en los talleres que se hacen cada 3 meses con los promotores de salud y cuando se hace la "capacitación - en acción" cada semestre.

⁴ Es una clasificación que se basa en una ficha gráfica de seguimiento materno que llevan los promotores de salud y que son documentados en el cuaderno del promotor. Ramos G. (1985). Alto Riesgo Obstétrico. Quito: Universidad Central del Ecuador.

De las entrevistas realizadas a embarazadas y mujeres de post parto, la mayoría (10 de 12 entrevistadas) estuvieron conscientes de la importancia del control prenatal e indicaron que deben hacer un control cada mes, pero que a veces no asisten a los controles porque no está el personal de salud o porque tienen que esperar mucho tiempo para la atención.

Además se evidenció que las entrevistadas no conocen señales de peligro en las diferentes etapas del proceso reproductivo; en su mayoría (10/12) les gustaría dar a luz en la unidad de salud, pero dudan que haya personal de salud que las atienda en el momento que lo necesiten.

La información presentada⁵ nos demuestra que existe: “limitada identificación y un deficiente manejo de riesgos en la atención del embarazo, parto, post parto y recién nacido, lo que ocasiona complicaciones y muertes en el grupo madre-niño”

3.1. Justificación

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, debe recibir toda la atención y cuidado necesario, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido. Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal. (Rigol, 2004)

Las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituyen un grave tema de Salud Pública en todo el mundo y en especial en América Latina y el Caribe (ALC). Todos los años millones de mujeres, recién nacidos y niños mueren de causas evitables; si bien existen intervenciones de sobra conocidas que pueden salvarles las vidas, generalmente no están a disposición de quienes más las necesitan.

Las estadísticas mundiales muestran que cada año, Alrededor de 530.000 mujeres mueren de complicaciones relacionadas con el embarazo (68.000 de ellas mueren de abortos en condiciones peligrosas); y aproximadamente 4 millones de recién nacidos mueren en el primer mes de vida (el período neonatal) y más de 3 millones nacen muertos (OMS, 2005). En América Latina y el Caribe, cada año, más de 22 mil mujeres todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX, con una tasa de 91.1 muertes por 100.000 nacidos vivos en el 2006. Así mismo, fallecen cerca de 400.000 menores de cinco años en la región, 190.000 mueren en los primeros 28 días (70% por causas prevenibles). La mortalidad neonatal es de 14.3 por cada 1.000 nacidos vivos (CLAPS/OPS).

En el Ecuador la razón de mortalidad materna es de 96.3 por 100.000 NV y la tasa de mortalidad infantil es de 15.2 por 1000 NV (INEC-Estadísticas Vitales 2009). El Área de

⁵ Referida al proceso de atención de embarazadas, parto y puerperio, los indicadores de cobertura y concentración, los datos de morbilidad materna, mortalidad neonatal y los resultados de las entrevistas.

Salud de Limones en el 2009 tuvo una razón de mortalidad materna de 800 por 100.000 NV y la mortalidad infantil fue de 19 por 1000 NV (monitoreo de eventos centinelas 2009).

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las embarazadas con factores de riesgo. Es crucial detectar tempranamente las complicaciones y derivar estos casos a los centros de atención adecuados, ya que hay ciertas complicaciones obstétricas (sobre todo las más graves) que no pueden ser detectadas antes del parto, ni tratadas a nivel comunitario. Se requiere garantizar el acceso rápido y oportuno de la parturienta a un hospital donde se puedan hacer cesáreas, transfusiones y haya cuidados neonatales intermedios. Hay que enfatizar que un miembro de la familia, las parteras tradicionales, y los agentes de salud de la comunidad (promotores de salud) pueden ser personas claves para la detección de ciertos factores de riesgo o de complicaciones de forma precoz, lo que permite derivarlas a tiempo.

Los resultados de este estudio contribuirán al mejoramiento de la calidad de la atención materna-neonatal en diferentes ámbitos de acción:

- Por tratarse de una investigación acción, permitirá desde lo cotidiano realizar intervenciones sencillas, efectivas y sobre todo de beneficio para la población. El equipo investigador lo conforman las personas que trabajan directamente en la unidad de salud (médicos, enfermeras, obstétricas, entre otros).
- En cuanto a calidad de la atención, una buena valoración de riesgos por parte del equipo de salud (médicos, enfermeras y obstétricas) brinda muchos beneficios, ya que además, de ayudar en la identificación del embarazo de alto riesgo, constituye un excelente instrumento educativo tanto para las embarazadas como para los familiares y la comunidad y proporciona datos precisos para descubrir problemas potenciales, dirigir intervenciones sencillas, eficaces, encaminadas a prevenir dichos problemas y así evitar muertes de madres y niños.

Este estudio se enmarca en la línea de los acuerdos internacionales, regionales y nacionales, tales como las metas de los Objetivos del Milenio que tienen que ver con la reducción de la mortalidad materna e infantil (objetivo 4 y 5) y el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Materno-Neonatal; a lo que nuestro país se ha sumado desde el 2005 con el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Marco teórico referencial

4.1.1. Enfoque de riesgo; definiciones básicas

El Enfoque de Riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta

mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran. Es un enfoque no igualitario, discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención. (OPS/OMS, 1986)

En Salud Pública, se establece un gradiente de necesidades de cuidado consistente en dar más a aquellos que tienen alta probabilidad de sufrir un daño y un mínimo para los individuos con bajo riesgo o baja probabilidad de sufrir en el futuro complicaciones en su salud. Este cuidado no igualitario de la salud requiere que los recursos sean distribuidos y usados con mayor eficacia, eficiencia y equidad, de acuerdo a las necesidades de individuos o grupos poblacionales y en función del principio de justicia distributiva.

Noción de Riesgo obliga a identificar en cada sociedad la existencia de comunidades, de grupos de individuos, de familias o individuos que presentan más posibilidades que otros, de sufrir en un futuro de enfermedades, accidentes, muertes prematuras; se dice que son individuos o colectivos *especialmente vulnerables*. La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que al actuar individualmente, o entre sí, desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces, la noción de riesgo en medicina. (OPS/OMS, 1986)

Factor de Riesgo es una característica detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo, como causas de daños a la salud. (OPS/OMS, 1986)

Según John M. el término “factor de riesgo” se usa con tres connotaciones distintas:

- Un atributo o exposición que se *asocia* con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal.
- Un atributo o exposición que *aumenta* la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico
- Un determinante que puede ser *modificado* por alguna forma de intervención, lo que permite disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico de la salud, esto se debe concebir como factor de riesgo modificable.

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que lo predice. Estos pueden ser características del individuo, la familia, el grupo, la comunidad. Varios estudios han demostrado que el primer embarazo, la alta paridad, un embarazo en edad reproductiva temprana o tardía, los abortos previos, la desnutrición, son factores de riesgos universales, ya que estas características aumentan la probabilidad de patología perinatal. La combinación de estos, y otros factores de riesgos en un mismo individuo incrementa aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

La clasificación de riesgo resulta de su estimación, la cual se calcula matemáticamente al medir la probabilidad de ocurrencia de un evento dado en forma global o específica, en función de cierto número de variables. Será BAJO, cuando no se identifica ningún factor de

riesgo conocido y ALTO, cuando están presentes una o varias condiciones que pueden, en un momento dado, afectar la salud de la persona o grupo.

Hay diferentes maneras de medir la relación entre factores de riesgo y daños a la salud. El *riesgo absoluto* es la incidencia del daño a la población total. El *riesgo relativo* es una comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo y la frecuencia con que acontece en aquellos que no tienen el factor. El *riesgo atribuible* es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población.

4.1.2. Riesgo reproductivo

Es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, el mismo que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido; pero también al padre y la familia en general. El Riesgo Reproductivo se clasifica en: preconcepcional, obstétrico y perinatal. (Rigol, 2004)

4.1.2.1. Riesgo pre concepcional

Se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales. Su objetivo es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o recién nacido.

El *riesgo pre concepcional* es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas, que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma similar en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo pre concepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayudan a su identificación. Así podemos distinguir:

- Antecedentes y condiciones generales: edad menor de 18 y mayor de 35 años, peso (desnutrición, obesidad).
- Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas: alcoholismo, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, insolvencia económica, maltrato.
- Antecedentes obstétricos y reproductivos: paridad, intervalo intergenésico, abortos espontáneos, cesárea anterior, toxemia anterior, malformaciones congénitas, muertes perinatales, recién nacidos de bajo peso y pretérmino.
- Antecedentes patológicos familiares y personales, enfermedades como tuberculosis, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías,

preeclampsia-eclampsia que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio; seguidas en frecuencia por asma bronquial y anemias.

4.1.2.2. **Riesgo obstétrico**

El riesgo obstétrico se aplica a las mujeres durante la gestación, el trabajo de parto, parto, alumbramiento y en el puerperio. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo, a las cuales se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, puede prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

El concepto **de embarazo de alto riesgo** atañe tanto a la madre como al feto. Se define como un *embarazo de riesgo* aquel que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales y/o antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador en su manual de normas y protocolos materno considera:

- *Embarazo de bajo riesgo o normal*: aquel que no cursa con criterios de riesgo y que pueden ser atendidos en el primer nivel de atención.
- *Embarazo de alto riesgo obstétrico*: aquel que cursa con criterios de riesgo cuya atención debe realizarse en nivel II o III.

Criterios de riesgo: Los signos de alerta son los que están en la Historia Clínica Materno Perinatal del MSP – HCU. Form. # 051 que tiene cuadrículas de fondo amarillo, su marcación en la HCU permite canalizar la referencia y contra-referencia de los embarazos según el nivel de complejidad. (Anexo No 2)

Identificación de alto riesgo obstétrico

Diferentes actores han propuesto varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian con resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo, complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una historia obstétrica desfavorable.

Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de su severidad, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial. Otros

sistemas identifican a las gestantes en riesgo mediante una evaluación cuidadosa de su historia médica y obstétrica con un listado de preguntas.

El listado de preguntas constituye un recordatorio, que orienta al prestador de salud en la atención, a manera de una hoja de ruta que ayuda al cumplimiento de normas de atención, al tiempo que facilita los procesos de auditoría. Cuenta, además, con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar, el riesgo perinatal o que requieren mayor atención, seguimiento o cuidado.

Sin embargo, según referencia del personal de salud la ficha materno-perinatal que forma parte de la HC es muy compleja y extensa. Tiene muchas variables, su color amarillo es un código de alerta internacional no muy conocido por las personas; en el nivel local no se registra toda la información, lo que en cierta medida impide valorar y clasificar el riesgo de la embarazada y orientar su atención.

El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar el manejo adecuado de cada caso en particular. Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un período y otro del embarazo, de manera que no sólo identifique el grupo de riesgo al inicio del embarazo, sino que pueda determinar la presencia de cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo.

Manejo de alto riesgo obstétrico

El manejo se sustenta en un buen control prenatal, donde pueda identificar y clasificar los riesgos para su manejo de acuerdo a normas y protocolos establecidos. Estos se detallan en el componente de atención obstétrica y perinatal que se presenta más adelante.

4.1.2.3. Riesgo perinatal

El periodo perinatal abarca desde la vigésimo cuarta semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz. En esta etapa del proceso reproductivo se usa el concepto de riesgo perinatal, que es un concepto más evolucionado que el riesgo obstétrico, pues es un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos, incluye los riesgos para el feto y/o el recién nacido.

Un conjunto de condiciones clínicas suelen asociarse con el alto riesgo perinatal. Dentro de ellas existen: las maternas, fetales, del trabajo de parto y parto, así como las neonatales inmediatas.

- Condiciones maternas: dentro de éstas se encuentran la edad al momento del parto, el nivel socio-económico, antecedentes de infertilidad, el hábito de fumar, afecciones endocrinas como la diabetes mellitus y las enfermedades de la tiroides, la malnutrición, la infección del tracto urinario, las enfermedades pulmonares y cardiocirculatorias y la hipertensión arterial, así como la anemia, la isoimmunización y la trombocitopenia. El alcoholismo y la drogadicción comportan también un riesgo significativo.

- Condiciones fetales: Las condiciones fetales más vinculadas con riesgo perinatal son el embarazo múltiple, el pobre crecimiento fetal, la macrosomía, la mala posición fetal, las alteraciones del foco fetal, la acidosis y la disminución de los movimientos fetales.
- Condiciones del trabajo de parto y parto: Constituyen un grupo muy importante para el riesgo perinatal, ya que son responsables casi siempre de afecciones graves, que comprometen la vida del neonato, y pueden dejar secuelas a largo plazo, porque están vinculadas a la asfixia. Dentro de ellas están el trabajo de parto pretérmino, el trabajo de parto muy rápido o muy prolongado, las presentaciones anómalas, el prolapso del cordón umbilical, la hipotensión y el choque materno, la polisistolia (dinámica excesiva), la existencia de fiebre, el parto por cesárea, el uso de analgesia y anestesia, así como las anomalías placentarias.
- Condiciones neonatales inmediatas: la prematuridad es el problema más importante de la perinatología contemporánea, y ella está asociada con un conjunto de afecciones que provocan alta mortalidad y posibilidad de secuelas. Otras condiciones neonatales inmediatas desfavorables son el índice de Apgar⁶ bajo sostenido, el sangrado neonatal, el crecimiento intrauterino retardado y la posmadurez.

4.1.3. Atención obstétrica y perinatal

Las mujeres embarazadas conforman el grupo más numeroso de usuarios de atención sanitaria que acuden de buen agrado y por iniciativa propia a las unidades de salud para obtener asistencia. Esto ofrece oportunidades para integrar varias actividades a la vez. Por eso, durante la prestación de atención prenatal hay tres oportunidades importantes que no deben desaprovecharse (CLAP/SMR, 2007):

- En primer lugar, las consultas prenatales brindan la oportunidad de promover modos de vida sanos que mejoren los resultados sanitarios a largo plazo para la madre y el bebé, y probablemente para la familia. Un ejemplo es la promoción de la planificación familiar que puede repercutir en el uso de anticonceptivo después del parto. Además, se pueden integrar varias atenciones a la vez, ejemplo odontología, vacunación, papanicolaou, entre otras.
- En segundo lugar, la atención prenatal ofrece la oportunidad de informar a la mujer dónde puede dar a luz y dónde acudir en caso de una emergencia y enseñarle a detectar señales de alarma de dichas emergencias.
- En tercer lugar, permite preparar a las embarazadas para el papel de madre y para lo que ocurrirá después del parto. Las embarazadas y familiares pueden aprender cómo mejorar su salud, dónde y cómo solicitar ayuda cuando lo necesiten, y cómo ocuparse de su hijo recién nacido.

⁶ El Índice Apgar permite la valoración clínica del recién nacido. Se basa en la suma de cinco ítems obtenidas al minuto y a los 5 minutos de nacer (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color)

4.1.3.1. Atención del embarazo

El control del embarazo, incluido dentro de la medicina preventiva, es primordial para reducir los accidentes perinatales al permitir la identificación de los principales riesgos evitables.

Este control necesita una metódica y reiterada recopilación de información clínica, para lo cual es indispensable una búsqueda activa de signos de alerta, basada en los principales riesgos, lo que proporcionaría a la consulta una plena eficacia. Con mucha frecuencia, será el control prenatal, el método que detectará los primeros signos de una alteración en el desarrollo de un embarazo que aparentemente parece transcurrir con normalidad.

El riesgo es variable en relación con su repercusión sobre el embarazo; sin embargo, existen categorías mayores de riesgo antes del parto, agrupadas principalmente en: enfermedades preexistentes, historia obstétrica previa desfavorable, enfermedades condicionadas por la gestación, y evidencias de malnutrición materna. Estas categorías deberían ser identificadas tempranamente, para darles la consideración apropiada en la atención del embarazo.

Las mujeres han modificado su comportamiento en lo referente al cuidado de su salud, y actualmente esperan actuar como participante activo. El enfoque de riesgo, con la ventaja de este cambio de actitud, consiste en obtener mediante un interrogatorio cuidadoso todo lo referente a la identificación, historia y datos en relación con los problemas de la gestante, lo cual se complementa con los datos obtenidos por el examen físico y los exámenes del laboratorio.

La información recogida en la atención prenatal debe ser discutida con la gestante y sus familiares y debe abarcar al menos los elementos siguientes: importancia y repercusión de los factores de riesgo identificados sobre el embarazo; el o los efectos potenciales que el embarazo puede tener sobre dichos factores de riesgo; incapacidad funcional materna condicionada por dichos factores y su duración; investigaciones necesarias que se deben realizar para controlar el bienestar materno-fetal y posible pronóstico de resultados en la salud materna y fetal.

Según (CLAP/SMR, 2007) con el control prenatal se persigue:

- Detección de enfermedades maternas sub clínicas.
- Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de los riesgos del embarazo.
- Vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- Disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- Preparación psicofísica para el nacimiento
- Administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Control prenatal en el Ecuador

El MSP define al **control prenatal** como “las 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/a. Los componentes que abarca son: promoción, prevención, recuperación y

rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional” (León W, Yépez E & Nieto M, 2008).

Según el Manual de Norma y Protocolo Materno del MSP del Ecuador del 2008, el enfoque que se le debe dar al control prenatal es el siguiente:

<p>1. COMPLETO E INTEGRAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención por personal calificado • Detección precoz del embarazo • Control periódico e integral de la embarazada • <u>Atención de:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Riesgo nutricional ○ Detección de discapacidades y enfermedades perinatales ○ Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia ○ Infecciones de transmisión sexual ○ Consejería pre/post prueba de VIH/sida, detección y referencia ○ Enfermedades bucodentales • Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal 						
<p>2. PRECOZ: El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre). Según la edad gestacional se puede clasificar en:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">PRECOZ</td> <td style="text-align: center;">Menos de 12 semanas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">INTERMEDIO</td> <td style="text-align: center;">12-24 semanas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TARDÍO</td> <td style="text-align: center;">De 25 o más semanas</td> </tr> </table>	PRECOZ	Menos de 12 semanas	INTERMEDIO	12-24 semanas	TARDÍO	De 25 o más semanas
PRECOZ	Menos de 12 semanas					
INTERMEDIO	12-24 semanas					
TARDÍO	De 25 o más semanas					
<p>3. ENFOQUE INTERCULTURAL: El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de atención del embarazo, parto y cuidado del recién nacido de acuerdo a la diversidad cultural de la zona.</p>						
<p>4. PERIÓDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda mujer embarazada de bajo riesgo deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la HC Materno-Perinatal del MSP (formulario # 051) • Nivel mínimo eficiente 5 controles <ul style="list-style-type: none"> ○ Uno en las primeras 20 semanas. ○ Uno entre las 22 y 27 semanas ○ Uno entre las 28 y 33 semanas ○ Uno entre las 34 y 37 semanas ○ Uno entre las 38 y 40 semanas 						
<p>5. AFECTIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidad y calidez. • Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal. • Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que puede concurrir. • Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de los pacientes. • Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado son beneficiosas. 						

Para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorio sofisticado; pero si se requiere el uso

sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y de personal capacitado en el manejo y uso de esta información.

4.1.3.2. Atención del parto

Dar a luz es un acontecimiento que cambia la vida de las personas. Lamentablemente, por maravillosa y alegre que resulte para muchos, esa experiencia puede ser también un periodo difícil que lleva consigo nuevos problemas y situaciones de sufrimiento, tanto para las madres como para los recién nacidos.

Según las normas del MSP, la atención del parto es “un conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones”. El trabajo de parto se divide según la dilatación y el descenso de la presentación en tres etapas: periodo de dilatación o primer periodo; de expulsión o segundo periodo y placentario, alumbramiento o tercer periodo. En todas estas etapas hay que brindar atención de calidad y estar atento para identificar complicaciones y referir oportunamente a la mujer a un nivel de mayor complejidad.

Todas las madres y recién nacidos deben recibir una atención competente durante y después del parto, no sólo los que corren especial riesgo de presentar complicaciones. Es fundamental que las mujeres con complicaciones graves (pre-eclampsia-eclampsia, parto obstruido, hemorragias, entre otras) reciban atención por parte personal debidamente preparado y en un establecimiento de segundo nivel; dentro de un ambiente con las facilidades para realizar las intervenciones técnicas y quirúrgicas necesarias, disponibilidad de suministros como sangre y medicinas y un sistema de referencia y transporte eficaz para salvar la vida de la mujer y el recién nacido. La meta de un sistema de referencia “es que los pacientes lleguen al lugar correcto con un tratamiento efectivo al mínimo costo” (Gay J, Ardu K et al, 2003).

4.1.3.3. Atención del post parto

La necesidad de atención en el post parto inmediato goza de reconocimiento general, pero es frecuente que la del puerperio tardío se descuide o se olvide por completo. En muchos países de bajos ingresos, en particular aquellos con un porcentaje de partos en centros sanitarios ya bastante elevado o en aumento, es frecuente que las madres sean dadas de alta en menos de 24 horas después del parto (OMS, 2005). No obstante, más de la mitad de las defunciones maternas se producen después de este plazo, al igual que muchas de las neonatales. Pese a la carga de morbilidad de este periodo, en los países en vías de desarrollo, el grado de utilización de la atención del post parto suele ser sumamente bajo: por lo general no llega a la mitad del correspondiente a la atención prenatal.

Muchas mujeres no toman decisiones en relación a su acceso a la atención de salud, y probablemente en muchos casos no pueden hacerlo, ni siquiera cuando saben que padecen una afección potencialmente mortal. En muchos casos, la pobreza se suma a las creencias culturales formando una “cortina social” que los servicios de salud no identifican. Cuando los partos se dan a nivel domiciliario, puede ser que las mujeres no dispongan de atención del post parto. Muchas familias se centran en el bienestar del recién nacido y no son conscientes

o capaces de evaluar la magnitud de las complicaciones de la madre, tales como la hemorragia post parto y la sepsis, entre otras (Rae, 1998).

La detección temprana, mediante el monitoreo de las madres con partos normales por lo menos 24 horas, y de aquellas con complicaciones por lo menos 48 horas, pueden contribuir a mejorar esta situación. Las visitas del personal de salud a la casa de la madre en las primeras 24 horas post parto, con una segunda visita domiciliaria a los 7 o 10 días de post parto, para tomar la temperatura y observar si hay sepsis, aparte de la educación a la familia sobre los signos de peligro, pueden disminuir el número de muertes en este período (Li y Col.,1996).

4.1.3.4. Atención del recién nacido

La vida requiere un buen comienzo aún antes de nacer, pero es justo antes del parto, durante él y en las primeras horas y días de existencia, cuando corre mayor peligro. Los niños y niñas siguen siendo muy vulnerables en la primera semana de vida; una vez superado ese periodo, las posibilidades de sobrevivir aumentan considerablemente. Las principales causas de mortalidad en los recién nacidos están dadas por prematuridad, infecciones graves y asfixias al nacimiento.

Se ha observado que en los servicios de salud no existe conexión entre la atención de la madre y la del recién nacido; se le da prioridad a la atención de las primerizas y de los niños más grandes, por ello, a menudo el cuidado del recién nacido queda relegado. El personal de salud suele esperar a que la madre se presente con su hijo en el SCS para vacunarlo; e incluso cuando se presenta con el niño, el personal no tiene la suficiente confianza en sí mismo para atender niños pequeños. Cuando la madre y el lactante se quedan en la casa (a veces por cuestiones culturales), no tienen acceso a la atención, a menos que el profesional visite el hogar

Una atención de calidad durante el embarazo y el parto, así como un seguimiento oportuno de la madre y el niño, puede evitar muchas complicaciones y muertes que disminuyen la calidad de vida de toda la familia.

4.1.4. Calidad de atención

La calidad en los servicios de salud se refiere a todos los procesos que se realicen para satisfacer las necesidades razonables de los usuarios en la atención brindada por esos servicios. Se dice que hay calidad en una prestación cuando esta se realiza en forma oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

La organización de los servicios tiene la responsabilidad de proveer a la población de una atención efectiva, global o integral, integrada y continua. (Mercenier P & Van Balen H., 1997)

La efectividad de la atención, es el grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o

deseado por el paciente; es decir, es la capacidad de la atención de lograr el objetivo de curación o prevención.

La integralidad o globalidad de la atención, es considerar al paciente como un ser bio-psico-social. Esto incluye una atención para las ansiedades del paciente, su contexto social y las condiciones (también económicas) en las cuales debe resolverse el problema de salud. Implica también la negociación con el paciente del plan de tratamiento y su participación activa en la toma de decisiones.

La integración de la atención, es la oferta constante de la combinación más oportuna de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, responsabilizando al médico y al paciente. Este concepto implica mecanismos de referencia interna entre diferentes tipos de actividades y contar con un equipo pequeño, polivalente de personal de salud responsable de una población no muy grande.

La continuidad de la atención, es responsabilizarse para que el paciente llegue hasta el final de su episodio de enfermedad o hasta la resolución de su problema de salud. La atención médica debe ser organizada de tal forma que pueda evitarse situaciones en las que el individuo, por falta de información o deficiencia en la calidad percibida, no entienda su importancia o no acepte seguir en contacto con el personal de salud. Esta característica de la atención puede adoptar tres dimensiones: la continuidad intra-episodio (que logramos a través de citas o visitas domiciliarias), la continuidad inter-episodio (uso de historias clínicas) e inter-niveles (utilización de la referencia y contra-referencia). La continuidad es particularmente importante para episodios de riesgos (embarazos y enfermedades crónicas).

Para evitar complicaciones, muertes y mejorar la salud y supervivencia de las mujeres, recién nacidas/os y niñas/os se necesita continuidad en la atención médica durante toda la gestación y la etapa perinatal. Existen dos dimensiones en el espectro de esta atención:

- 1) La continuidad en la atención materna, neonatal e infantil: en este caso los servicios deben adecuarse a una atención que considere a la madre y al niño.
- 2) La que debe existir entre el hogar, el SCS y el hospital; ésta debe garantizar la disponibilidad de servicios y el acceso de las madres y los recién nacidos a la atención sanitaria de calidad sin interrupciones (Yinger N & Ranson E, 2006).

4.1.5. Herramientas para el mejoramiento del manejo de la atención materno-perinatal

4.1.5.1. Importancia

Los servicios o programas de salud; tendrán éxito en la medida en que consigan que las usuarias perseveren en el tratamiento o control mientras lo requieran. Algunos estudios han demostrado mejores resultados concentrándose en dar apoyo a un pequeño grupo para que continúen el tratamiento, en comparación con la captación de un gran número de nuevos usuarios que desertan en poco tiempo. Los prestadores del servicio pueden ayudar a los usuarios a que superen las dificultades y no abandonen su tratamiento mediante la implementación de mecanismos de seguimiento que utilizan herramientas e instrumentos

sencillos. Por ejemplo, en el control prenatal, mucha de las mujeres desconoce los signos de alarma y el riesgo que corren si no están bajo vigilancia durante el embarazo. (De Peza L & Basurto C., 1999)

El seguimiento es uno de los elementos de la calidad de atención y consiste en un conjunto de acciones y estrategias que se emplean para brindar acompañamiento a las usuarias de los servicios Materno-perinatal, durante su proceso de atención-tratamiento. Empieza en la primera visita del usuario, cuando se le cita para una próxima fecha. Si el trabajador de la salud ayuda al usuario a resolver sus necesidades, éste tendrá la suficiente confianza y seguridad y volverá al servicio. Si no viene, se le debe buscar y averiguar los motivos por los cuales no asistió, y si continúa con el tratamiento o lo abandonó.

Cada programa o servicio de salud debe establecer sus propios mecanismos y/o herramientas que les permitan mejorar la atención-seguimiento y fomenta la continuidad, dependiendo de las circunstancias y de los medios que se tengan a disposición. Para esto se pueden utilizar instrumentos o herramientas como: programación de las próximas citas, visitas domiciliarias, tarjetero, comunicación telefónica, cuaderno epidemiológico, entre otros.

4.1.5.2. Beneficios esperados

- Llevar un registro de las usuarias asistentes, inasistentes y las que abandonaron el servicio
- Evaluar el avance o desarrollo de la atención y/o tratamiento de las usuarias
- Evaluar la calidad de los servicios que se brindan
- Identificar las necesidades no cubiertas de las usuarias (riesgos no identificado, tratados, o referidos oportunamente)
- Tomar decisiones y realizar acciones correctivas.

4.1.5.3. Tipos de herramientas

El uso de instrumentos o herramientas adaptadas al contexto local mejora el seguimiento y a la vez permite registrar a las usuarias con las que se trabaja, para poder evaluar el avance o desarrollo en su atención y tratamiento. Permite además evaluar la calidad de los servicios que se brindan.

Algunas de las herramientas utilizadas para el seguimiento materno perinatal son:

a) Tarjetero para el seguimiento a usuarias

¿Qué es?

Es un sistema de archivo de las tarjetas de las usuarias del servicio materno-perinatal, ordenado alfabéticamente. Las fichas o tarjetas contienen datos personales de las usuarias y el seguimiento de su situación de salud. Se organizan en un fichero que tiene 4 secciones: fichas del mes actual, próximas citas, inasistentes y abandonos. (Anexo No 3)

¿Cuál es la finalidad?

Es una herramienta que permite identificar usuarias con problemas en el seguimiento, así como la identificación y manejo oportuno de riesgos durante el proceso de embarazo, parto, post parto y del recién nacido.

¿Cómo funciona?

- Se llenan las tarjetas con los datos personales y de salud de las usuarias.
- Se organizan las tarjetas por secciones y en orden alfabético en un fichero.
- En el primer casillero del fichero se colocan las tarjetas de todas las citadas en el mes actual; luego de ser atendida, la tarjeta se colocará en el casillero 2 (Próximas citas). Las tarjetas de las usuarias que no vienen a su cita, serán colocadas en el casillero 3 (inasistentes) y se les hará hasta dos visitas domiciliarias. Si no se pudo ubicar a la usuaria, su tarjeta pasará al casillero 4 (abandono).
- Las tarjetas de las usuarias ubicadas en el casillero de “Abandono”, deberán registrar el motivo de abandono del servicio (identificado en las visitas domiciliarias) en “Observaciones”.
- Si la usuaria regresa al servicio, se utilizará la misma tarjeta de datos.

b) Mapas y/o croquis

¿Qué es?

Los mapas constituyen uno de los instrumentos más antiguos de recopilación, análisis y presentación de información. Los mapas de diversas clases se usan ampliamente en geografía, estudios del medio ambiente, astronomía y epidemiología; también se usan con propósitos administrativos. En este estudio se utilizaron los términos croquis y mapas; los dos constituyen la imagen condensada del área geográfica que muestra cómo los diversos elementos de dicho medio están relacionados entre sí, se diferencian porque el croquis muestra el área geográfica concentrada y el mapa el área de influencia con las distintas comunidades que tiene a su cargo las unidades de salud. (Anexo No 4)

Los mapas dan una imagen simple y precisa sobre alguna actividad, pueden utilizarse para planear trabajos y para ayudar al personal de salud a identificar la ruta más eficiente a seguir cuando realizan visitas de seguimiento en los hogares. La experiencia adquirida en los programas de planificación familiar a nivel comunitario tanto en Indonesia como en Bangladesh, demuestra que los mapas sencillos pueden servir como medios de información útiles para ayudar al personal de salud o voluntarios a conocer mejor a los miembros de su comunidad y tener una idea de las necesidades que tienen en materia de anticonceptivos y atención prioritaria a grupos de riesgo. (Proyecto Family Planning Management Development (FMPD))

Los mapas presentan una información con las siguientes características:

- Está disponible inmediatamente y es de fácil comprensión.

- Puede ser actualizado rápida y fácilmente, para reflejar los cambios en la situación reproductiva de los miembros de la comunidad.

¿Cuál es la finalidad?

- Registrar datos geográficos para la ubicación de las usuarias.
- Identificar a las gestantes de la comunidad y conocer si están asistiendo a su control prenatal; también si son embarazadas de alto riesgo y sus necesidades de anticoncepción, educación post-parto, etc.
- Con el acceso a la información actualizada de este tipo, el personal de salud puede tomar decisiones en asuntos tales como: cuáles usuarias requieren que se les haga una visita en su domicilio, razón por la cual se requiere de visita (para educación y/o para motivar que regrese a los controles, etc.) y para arreglos especiales (por ejemplo: si existe la necesidad de que sea referida a otro nivel de atención)

¿Cómo se elabora y funciona?

- Se determina el sitio que el mapa debe cubrir, tomando en cuenta el área de atención del establecimiento (su localidad).
- Dibujar el mapa de la localidad, identificando las principales características/ atractivos, avenidas principales, instituciones públicas (junta parroquial, escuelas, iglesia, lugares públicos), ríos y carreteras cercanas entre otros.
- Se elijen símbolos para representar a las usuarias. A las embarazadas normales con un símbolo y un color y a las de riesgo con el mismo símbolo, pero con otro color.
- Se elabora el mapa-croquis de preferencia en tamaño grande (120 cm x 90 cm) y en material resistente (lona)
- Se coloca el mapa-croquis en el lugar escogido (lugar visible) y ubica a las embarazadas, identificadas mediante los símbolos y colores escogidos, en su respectivo lugar de residencia.
- Cada usuaria debe estar representada con el símbolo escogido, para poder ubicarla fácilmente.
- Se coloca una leyenda al costado del mapa (esquina inferior derecha) con los símbolos que se utilizarán y su respectiva explicación.

c) Visita Domiciliaria

¿Qué es?

Es una actividad que realiza el personal de salud y consiste en visitar a todas las usuarias que no asisten al servicio, especialmente embarazadas de riesgo y mujeres de post parto (en dos visitas consecutivas), para invitarlas a regresar al programa/ tratamiento.

En el Modelo de Atención Integral de Salud - Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), la Visita Domiciliaria es la actividad básica del programa de Atención Primaria de Salud, por medio de la cual se realiza un intercambio de información entre el individuo,

familia y el equipo de salud de primer nivel. Con esta actividad se tiene la oportunidad de conocer la situación individual, familiar, diagnosticar riesgos para la salud, planificar y ejecutar actividades terapéuticas, de cuidados y rehabilitación y hacer un plan de seguimiento de acuerdo a los riesgos encontrados. (MSP, 2009)

Algunas ventajas que se pueden mencionar de la VD son: generan mayor confianza y seguridad en el individuo y grupo familiar frente a la oferta de servicios, facilita el desarrollo de acciones propuestas y el cumplimiento de objetivos, la familia accede con menos resistencia y con mayor flexibilidad al cumplimiento de compromisos contraídos con el equipo de salud.

Varios estudios llevados a cabo en Bangladesh, India y Pakistán han mostrado que las visitas domiciliarias pueden reducir entre el 30% y el 61% de las muertes en recién nacidos en países en vías de desarrollo, en entornos de mortalidad elevada. Las visitas han aumentado la asistencia a controles de embarazadas de riesgo, han mejorado la cobertura de prácticas clave de atención neonatal tales como el inicio temprano de la lactancia materna, su uso exclusivo, el contacto piel a piel, el retraso del primer baño y el prestar atención a la higiene y realizar la curación del cordón umbilical en condiciones higiénicas. (OMS/UNICEF, 2009)

¿Cuál es la finalidad?

- Reforzar aspectos educativos y preventivos en las gestantes y puérperas prioritariamente las de alto riesgo.
- Concientizar a la familia para su participación en apoyo a la paciente.
- Evaluar las condiciones socio-culturales para una mejor atención a la gestante.

¿Cómo se realiza?

- Se identifican a las usuarias que se encuentran registradas en el cuarto casillero del "Tarjetero de Control: Abandono"
- Se ubica a la usuaria en el mapa de localización de usuarias y se identifica la zona a la que pertenece y se programa su visita.
- Se realiza la visita, donde se evalúa su estado de salud, se la motiva para que regrese a la unidad de salud y se brinda educación sobre aspectos preventivos, cuidados del recién nacido e identificación de señales de peligro.

Hay experiencias regionales bastante exitosas en la aplicación de estas herramientas en el Perú, y a escala nacional, en los servicios del Ministerio de Salud de Nicaragua en el año 2000.

4.1.6. Educación permanente-capacitación en servicio

Es evidente que siendo los servicios de salud "servicios de personas para personas", el principal factor de calidad de la atención está constituido por la disponibilidad, la actitud, el conocimiento y el desempeño de los trabajadores de salud. En este sentido, la Educación

Permanente, en tanto herramienta para la investigación y el (auto) análisis del trabajo, instrumento de problematización, propuesta de búsqueda e incorporación crítica, de nuevas tecnologías y de nuevos procedimientos, es decir, de nuevas formas de hacer las cosas; puede constituirse en una de las principales estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud. (Haddad J, M Claren & Davini M, 1994)

Para la OPS, la Educación Permanente en Salud (EPS) es una estrategia que permite la construcción de procesos más eficaces para el "desarrollo del personal de salud", que parten de la realidad concreta y son más participativos. (Haddad J, M Claren & Davini M, 1994)

El enfoque de Educación Permanente representa un importante giro en la concepción y en las prácticas de capacitación de los trabajadores de los servicios. Supone invertir la lógica del proceso mediante las siguientes acciones: (Davini MC, Nervi L & Roschke MA, 2002):

- a) Incorporando el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo en el contexto real en el que ocurren.
- b) Modificando sustancialmente las estrategias educativas, a partir de la práctica como fuente de conocimiento y de problemas; problematizando el propio quehacer.
- c) Colocando a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores.
- d) Abordando el equipo o el grupo como estructura de interacción, más allá de las fragmentaciones disciplinarias.
- e) Ampliando los espacios educativos fuera del aula y dentro de las organizaciones, en la comunidad, en clubes y asociaciones, en acciones comunitarias.

Se trate de servicios hospitalarios, de primer nivel, simples o complejos; todos comparten un elemento central para garantizar una atención obstétrica y neonatal de calidad: la educación permanente con su modalidad de capacitación en servicio, que asegura la capacidad técnica y humana de los profesionales para el reconocimiento oportuno y tratamiento inicial o completo de los riesgos y/o complicaciones de embarazadas y neonatos.

Las modalidades, en las que se puede desarrollar la capacitación en servicio, son:

Supervisión Capacitante: puede definírsela como un *proceso formativo* mediante el cual se construye el conocimiento, se adquieren habilidades y destrezas y se forman actitudes para un desempeño profesional, crítico y comprometido con los sectores en los cuales actúa el trabajador. (MSPy Bienestar Social Paraguay/OPS/UNFPA, 2007)

Este tipo de capacitación desea enfatizar el desarrollo de competencias técnicas y humanas del personal, a través de una supervisión-acompañamiento que permita la transferencia de experiencias, la asignación de tareas, la identificación de los problemas y la propuesta y elección compartida de soluciones.

Talleres adaptados al contexto local: se realiza antes de iniciar la supervisión capacitante. Un taller siempre debe partir desde las necesidades de aprendizaje del grupo, detectadas en el sitio de trabajo.

4.2. Modelo conceptual de referencia

Aunque la mayoría de las complicaciones obstétricas no se pueden predecir ni prevenir, sí pueden ser tratadas una vez detectadas. Por lo tanto, todas las mujeres deberían tener acceso a los cuidados obstétricos de emergencia (COE), tal como los define la Organización Mundial de la Salud⁷. Con servicios adecuados muchas de las complicaciones que aparecen en el período intra-parto (donde se concentra la mayor frecuencia de las muertes) pueden tratarse con intervenciones costo-efectivas⁸ siempre que éstas formen parte de un grupo de acciones que llega a las mujeres que las necesitan (Campbell y Graham, 2006).

Aunque los COE son muy necesarios, pueden no ser suficientes ya que las mujeres con complicaciones pueden enfrentar diversas barreras para utilizarlos: económicas (falta de dinero para el transporte o para pagar los servicios), estructurales (falta de servicios de transporte o carreteras) o culturales (condicionadas por los roles tradicionales de género o por la desvalorización del equipo de salud de las creencias de determinado grupo cultural). Cualquier demora en recibir el tratamiento apropiado puede costarle la salud a la mujer y/o a su bebé.

Estas demoras han sido agrupadas en tres (Thaddeus y Maine, 1994):

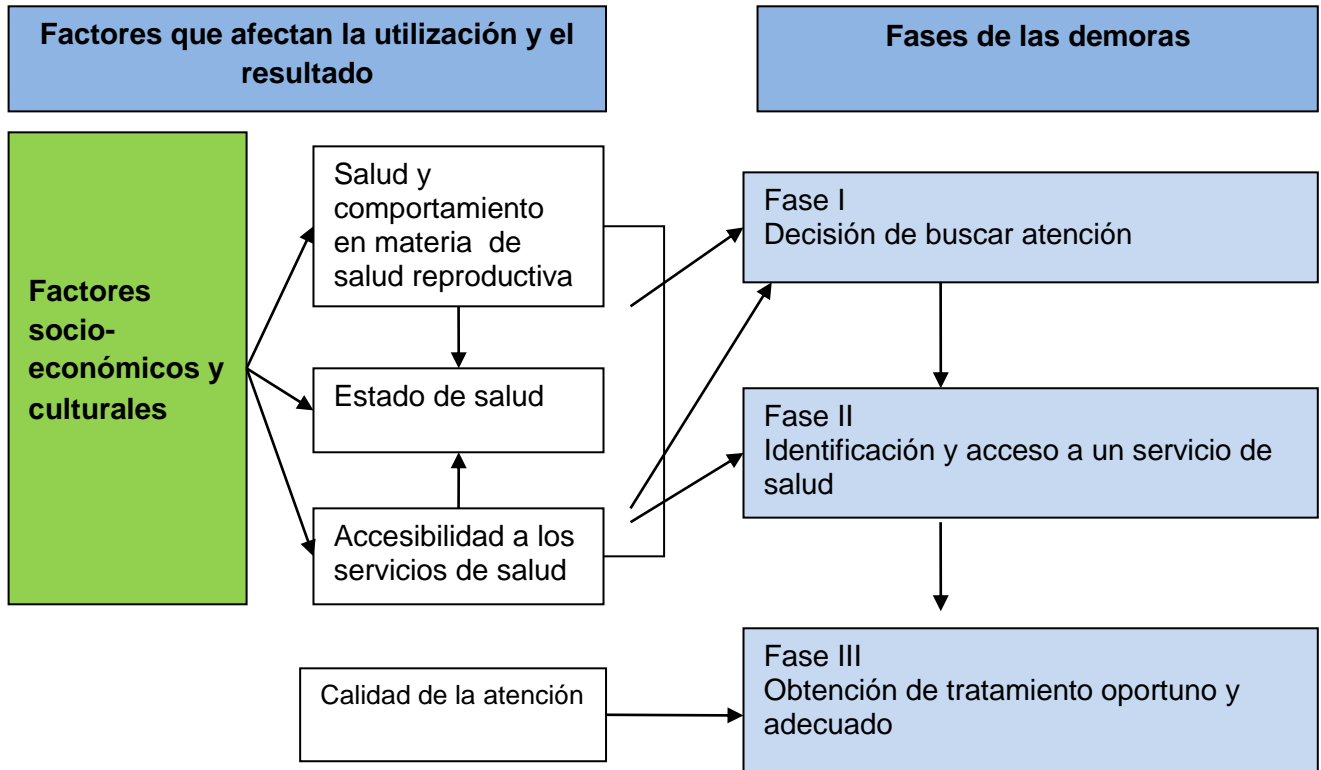
1. Demora en decidir buscar atención: depende de las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación que amenaza su vida, así como de la información de la que dispone acerca de a dónde puede acudir.
2. Demora en identificar y acceder a un servicio de salud: depende de la distancia al servicio de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo de los traslados.
3. Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno: depende de la disponibilidad de personal capacitado con la que cuenta la institución, la disponibilidad de medicamentos e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud.

⁷ Los COE (cuidados obstétricos esenciales) incluyen a las instituciones en las que se puede realizar cada una de las siguientes funciones: administración de antibióticos parenterales, oxitócicos y anticonvulsivos, remoción manual de la placenta, remoción de los productos retenidos (usando AMEU por ejemplo) y un parto asistido (con vaccum o fórceps). Es importante destacar que esta definición incluye la condición "en funcionamiento", el criterio es que al menos las haya realizado una vez en los últimos tres meses. El mínimo recomendado es cuatro instituciones con cuidados obstétricos esenciales cada 500.000 habitantes.

⁸ La Costo Efectividad mide la relación entre el costo de una intervención y la efectividad (muertes evitadas y años de vida salvados o en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), Fuente: Laxminarayan R, Chow J, Sonbol A. Shahid-Salles Capítulo 2: La costo efectividad de las intervenciones: repaso general de las ideas más importantes.

Figura No 1

Modelo de determinantes y de las tres demoras de las muertes maternas



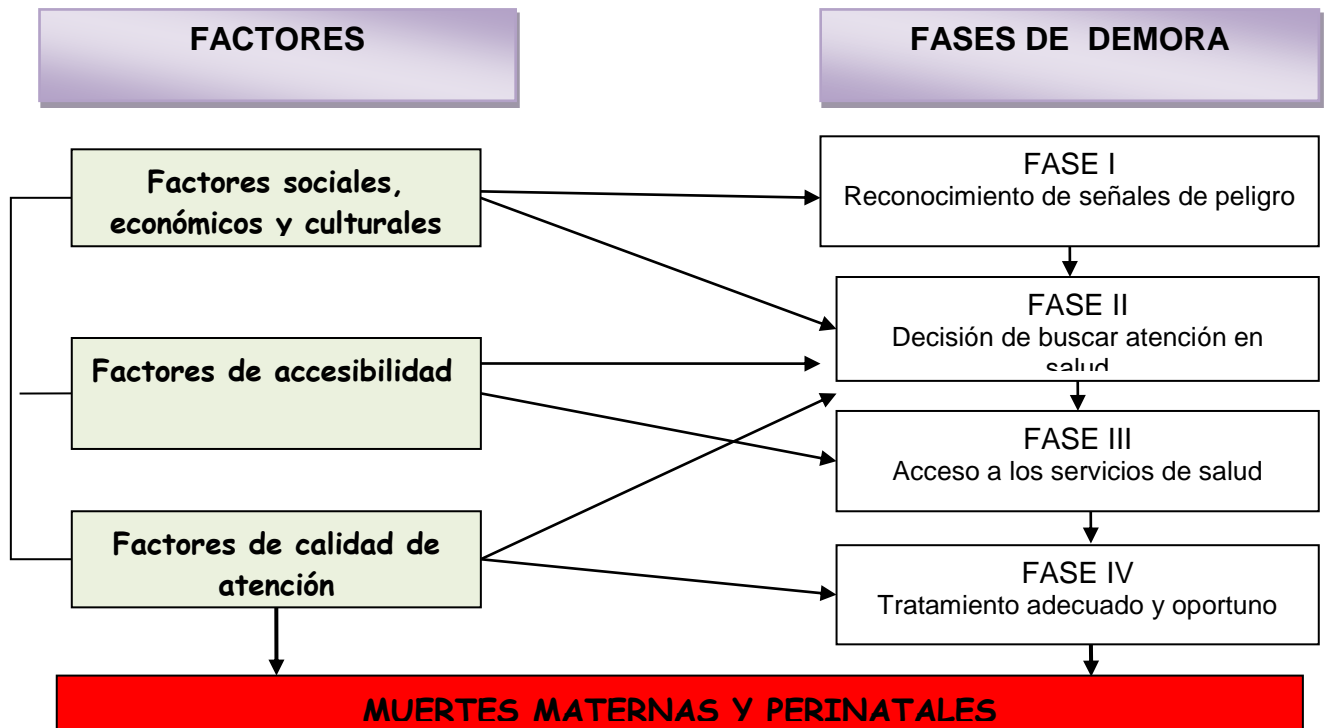
Fuente: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSR). Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna. Buenos Aires: CEDES; CREP; IIE/ ANM, 2010 (Hoja informativa No 3)

Elaborado: Investigadora

A nivel local podemos presentar el modelo con la variante de cuatro demoras, porque se ha querido dividir la fase II de la demora del modelo conceptual en dos partes. Esto permite identificar mejor cuando hay retraso en tomar la decisión por problemas socio-culturales (familia no apoya en el cuidado de los niños, no hay dinero, bajo nivel de educación, entre otros) y cuando hay retraso más por accesibilidad geográfica (la marea está baja y no se puede salir de la comunidad, no hay bote o ambulancia, no hay combustible, la carretera está en mal estado, entre otros), y de acceso a servicios de salud (falta de medicamentos, insumos, sangre). Por lo cual a continuación, se presenta el modelo de las cuatro demoras con sus respectivas fases.

Figura No 2

Modelo de determinantes y demoras de eventos centinelas maternos-perinatales



Fuente: Adaptado de, Zurita, F. Manejo del Transporte de Emergencias Obstétricas, neonatales y pediátricas en el nivel local. Ecuador: Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), 2006 (guía metodológica 2)

Elaborado: Investigadora

La primera demora (fase I): se refiere a situaciones en las que las personas no reconocen señales de peligro. Según entrevistas realizadas a embarazadas, mujeres en el post parto y familiares, se evidencia que no saben reconocer las señales de peligro en el embarazo, parto, post parto y del recién nacido-neonato, por lo cual no acuden oportunamente a unidad de salud en busca de ayuda. (Entrevistas a embarazadas y mujeres de post parto en La Tola, Nov. 2010)

La segunda demora (fase II): se relaciona al retraso en tomar la decisión y en la búsqueda de ayuda inmediata. En la muerte materna ocurrida en la unidad de salud de La Tola, hubo retraso en tomar esta decisión porque la paciente no estaba muy consciente del peligro que corría y porque el esposo no quería que ella saliera de la comunidad; además no tenía el apoyo de los familiares para que cuidaran de los otros niños y no disponía de los recursos económicos (Fuente: Historia de Vida y/o Autopsia Verbal)⁹.

⁹ Las historias de vida son el producto de intercambio de informaciones entre actores (familiares, comunidades, personal de salud), permite conocer barreras o causas tanto personales, familiares, comunitarias y de servicios de salud que influyen en la complicación o muerte de una persona. En Epidemiología Comunitaria (EPICOM), estos hechos se comparan se discuten, se hace una reconstrucción crítica de los contextos, actores y factores de riesgo que han producido la interrupción de la vida para mejorar las intervenciones. El diálogo que se hace con las historias de vida,

La tercera demora (fase III): tiene que ver con dificultades de accesibilidad a un establecimiento de salud. En los casos de complicaciones maternas y muertes perinatales ocurridas en el área en estudio, dos casos no acudieron al hospital de referencia por la distancia y por dificultades con el medio de transporte (fluvial); un caso no quería ir a la unidad de salud porque era evangélica y no tenía confianza en la unidad de salud. En las muertes perinatales hubo varias causas: la relacionada con esta fase es la “peregrinación” que hicieron las mujeres en los hospitales de distritos cercanos sin que se le solucione el problema.

La cuarta demora (fase IV): obedece a problemas de atención de salud. En dos casos de complicaciones maternas con muerte de los niños, la unidad de salud detectó tardíamente los riesgos (pre-eclampsia) y no disponían de los medicamentos para su tratamiento. Fueron referidas al hospital de distrito, que tampoco les dio el tratamiento de acuerdo al protocolo; de igual manera sucedió en los otros hospitales visitados. Terminaron en el hospital provincial donde fallecieron los niños. En otros casos, los recién nacidos fueron referidos al hospital provincial, porque el del distrito no pudo resolver el problema (no tenía personal capacitado, ni los equipos necesarios). Los recién nacidos fallecieron en el hospital provincial.

Lo presentado en la cuarta demora, evidencia que en las unidades de salud estudiadas los riesgos obstétricos y perinatales no eran detectados oportunamente, ni manejados de acuerdo a los protocolos establecidos; en unos casos por falta de insumos y medicamentos y en otros porque las complicaciones se presentaron en el momento del parto. Es necesario relatar que tanto en el hospital de distrito como en el provincial también se encontraron importantes falencias.

En las unidades de salud se maneja el formulario # 051 ficha M-P que forma parte de la HC de todas las embarazadas. Esta ficha tiene códigos de alerta (cuadrículas amarillas) para los riesgos presentados en las diferentes etapas del proceso reproductivo y su referencia a un nivel de mayor complejidad, el personal de salud (médicos y obstetrix) no registra todos los datos, especialmente en lo referente al componente de parto y post parto. Adicionalmente, a veces se pasan por alto los riesgos identificados y no se convierten en alertas tempranas; esto sucede en buena parte porque ven al formulario como “*muy complejo*”, porque requiere de mucho tiempo para su llenado, y es de difícil lectura e interpretación.

Esta ficha, no dispone de una guía rápida que les permita identificar y clasificar de manera ágil a las embarazadas con mayor riesgo de una complicación obstétrica y/o perinatal, que necesite atención/tratamiento y seguimiento personalizado, y/o una referencia a un nivel de mayor complejidad para evitar problemas potencialmente mortales.

Los registros o fichas de la HC deberían recolectar solamente la información esencial que se necesita para la identificación, manejo y toma de decisión en la atención prestada a usuarias. Se necesita establecer mecanismos de seguimiento apropiados que permitan asegurar que

acostumbra a sus autores a la tarea de garantizar (cada uno desde su lugar de competencia) continuidades de derechos a las poblaciones de las cuales son responsables.

las personas que recolectan la información tienen acceso a ella, comprenden sus resultados y pueden utilizarlos para la toma de decisión informada.

5. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIAS PREVIAS

A nivel de la región se implementó la iniciativa para la Reducción de la Mortalidad Materna como respuesta a la iniciativa mundial propuesta por la OMS. Dentro de ésta se desarrolló, en el 2005, un proyecto de colaboración para la Garantía de la Calidad entre los países de Ecuador, Honduras y Nicaragua, en el que se implementó un Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE).

En ese mismo año, el MSP del Ecuador, a través de la Dirección Nacional de Normatización, y en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, el Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, implementó un proceso de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Obstétrica y Neonatal Esencial con la puesta en marcha de la RED CONE¹⁰; esto se hizo con el apoyo técnico del Proyecto de Mejora de la Atención en Salud (HCI/USAID, ex QAP), el UNFPA, la OPS y FCI. El enfoque está basado en la premisa que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales, que en su mayoría pueden ser prevenidas o evitadas, y que por lo tanto requieren CONE¹¹ rápidos y de calidad a fin de salvar sus vidas y prevenir la morbilidad a largo plazo. (Salas B, Yépez E et al, 2008)

La implementación se realizó en 65 a 70 unidades de salud, especialmente de hospitales cantonales de 11 provincias, incluida Esmeraldas. En estos lugares se establecieron alrededor de 80 equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) que miden y mejoran la atención a madres y recién nacidos con la estrategia CONE y se capacitaron a más de 300 profesionales de salud en métodos y herramientas de MCC.

La más importante lección aprendida por los equipos de MCC fue cuán ventajoso es poner en práctica un sistema a través del cual las unidades de salud miden el cumplimiento de estándares basados en la evidencia, analizan y mejoran continuamente el cumplimiento de ellos y las normas. Los equipos aprendieron que si el Ministerio de Salud y las unidades de atención no ponen en práctica tal sistema, las normas nacionales y sus protocolos, por más bien elaborados que estén, corren el riesgo de no ser aplicados y de que no pasen de estar escritas en el papel. En estas circunstancias, la calidad de la atención de la salud no pasa de ser un concepto abstracto, o, en el mejor de los casos un acto individual sujeto a la voluntad de cada profesional. Sin un sistema de MCC, las unidades de salud no pueden valorar de manera objetiva la calidad de la atención que brindan, por lo cual operan a ciegas

¹⁰ Es un sistema articulado y coordinado de prestadores de servicios de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales por territorio (cantonal, provincial y/o interprovincial) y capacidad resolutoria (I, II y III nivel), que incluye a los agentes del sistema tradicional de salud.

¹¹ Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos: fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos

al momento de decidir si implementar o no cualquier acción de mejoramiento. (Salas B, Yépez E et al, 2008)

En el 2009, los equipos de salud de las unidades de las Áreas de Salud del Norte de Esmeraldas (6, 7, 8) recibieron capacitación de este equipo de MCC. Por otro lado, en el 2010, el área de salud de Limones, con el apoyo de la ONG Médicos del Mundo (MDM) inició un proyecto de intervención de Salud Sexual Reproductiva que incluyó capacitación de médicos y enfermeras para el manejo de emergencias obstétricas. Esta intervención no fue monitoreada y una parte del personal capacitado ya se fue del Área. No existe información sobre resultados de las mismas; aunque en el estudio a profundidad que sirvió de base para esta investigación se evidenció que el personal profesional no conoce bien, ni aplica los protocolos de atención para las emergencias obstétricas.

6. HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES

6.1. Listado de alternativas de cambio

En base a la información obtenida en la etapa descriptiva (diagnóstico situacional) y el análisis a profundidad sobre el problema, el equipo de salud junto con la investigadora analizó cuáles serían las alternativas que ayudarían en el mejoramiento de la atención materna y perinatal. Se plantearon las siguientes:

Acciones comunitarias

- A. Mejorar la capacidad de reconocer señales de peligro y tomar decisiones oportunas en el uso de servicios de salud por parte de la mujer, su familia y la comunidad; a través de eventos educativos y formación de grupos de apoyo (Club de Madres).
- B. Fortalecimiento del seguimiento activo que hacen los promotores de salud a las embarazadas y recién nacidos en sus comunidades, a través de la capacitación en terreno y encuentros mensuales para la discusión de limitaciones de la intervención y el análisis de la información.

Acciones desde los Servicios de Salud

- C. Mejoramiento del seguimiento de las embarazadas, mujeres de post parto y recién nacido, a través de elaboración de croquis, mapas de riesgo, utilización de tarjeteros y visitas domiciliarias.
- D. Capacitación en servicio del personal de salud en normas de atención del embarazo, parto, post parto, cuidado del recién y en manejo de principales complicaciones.

- E. Mantenimiento en la unidad de salud de un stock mínimo de insumos, materiales y medicamentos esenciales para la atención de complicaciones.
- F. Promover la referencia oportuna de complicaciones y gestionar el traslado a un nivel de mayor complejidad.

6.2. Criterios y Selección de las alternativas

Después de hacer el listado de las alternativas, el equipo de salud junto con la investigadora, analizaron varios criterios que podrían ayudar a seleccionar las mejores alternativas que permitan cambios a corto y mediano plazo. A éstos se los definió y de acuerdo una escala de valor se les dio un puntaje; cada miembro del equipo de salud hizo su votación, luego se sumó y se colocó un solo valor para cada uno de ellos, al final de acuerdo a la suma de todos los criterios se seleccionaron las alternativas que tenían mayor puntaje. A continuación se presentan los criterios y la priorización de alternativas:

Tabla No 4: Descripción de los criterios de priorización

Descripción de los criterios ¿por qué se los escogió?	Escala criterios		
	1	2	3
Factibilidad: Se consideró la complejidad de las alternativas: si el personal tiene la capacidad técnica y la existencia de recursos para ejecutarlas.	Bajo	Medio	Alto
Aplicabilidad: Si los hallazgos pueden servir en otros contextos.	Bajo	Medio	Alto
Impacto: Si con las estrategias priorizadas logramos alcanzar los objetivos planteados	Bajo	Medio	Alto
Visibilidad : Si con las estrategias aplicadas se pueden tener resultados a corto plazo que sean visibles	Bajo	Medio	Alto
Sostenibilidad: Si son estrategias que se pueden implementar y mantener en el tiempo.	Bajo	Medio	Alto

Fuente: Copiados de las clases de ISSS y análisis con el equipo de salud.

Elaborado: Investigadora

Tabla No 5: Priorización de alternativas

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN	ALTERNATIVAS					
	A	B	C	D	E	F
FACTIBILIDAD	2	2	3	2	1	1
APLICABILIDAD	3	1	2	2	2	1
VISIBILIDAD	1	1	3	2	2	1
IMPACTO	2	2	3	3	2	2
SOSTENIBILIDAD	2	1	2	2	2	1
TOTAL	10	7	13	11	9	6
ORDEN PRIORIZACIÓN	3ro	5to	1ro	2do	4to	6to

Fuente: Equipo de Salud de La Tola

Elaborado: Investigadora

Después del análisis y priorización de cada alternativa se consideró:

- Que la elaboración de croquis, mapas de riesgo, utilización de tarjeteros y visitas domiciliarias permitirían identificar oportunamente el riesgo y mejoraría el seguimiento de la madre y el niño.
- Que la capacitación en servicio con la modalidad de talleres adaptados al contexto local para el equipo de salud (médicos, enfermeras y obstetrix) y la supervisión capacitante sobre normas y protocolos de atención del embarazo, parto, post parto y del recién nacido y de principales emergencias obstétrica, unida a una revisión bimensual de historias clínicas y a la discusión sobre dificultades en el manejo de pacientes, mejorarían la identificación de riesgo, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de madres y neonatos.
- Que la realización de eventos educativos con embarazadas, mujeres en edad fértil y familiares sobre señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio y la formación de grupos de apoyo (Club de Madres), mejoran la capacidad de reconocer problemas y favorecen la decisión de buscar ayuda de forma oportuna por parte de estos actores.

6.3. Hipótesis de cambio

En el análisis situacional realizado en el Área de Salud No 8, se evidenció también que en el hospital de distrito existe una limitada capacidad resolutoria para el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales, ya sea porque no todo el personal de salud está

capacitado para responder eficazmente a situaciones de emergencias obstétrica, por la falta de equipos, de medicamentos e insumos o porque el sistema de referencia es débil y no oportuno. Todo esto se constituye en un *cuello de botella* para prestar una atención integral, oportuna, y de calidad, a gestantes y neonatos, y contribuyó a que se presenten muertes perinatales.

No se decidió intervenir en el área hospitalaria, debido a la poca factibilidad para hacer un trabajo que diera resultados a corto o mediano plazo. Entre otras consideraciones, porque la metodología utilizada (investigación – acción) necesita de un acompañamiento constante, y los tiempos destinados para esta intervención/investigación eran muy cortos.

También se puede decir que todas las embarazadas y recién nacidos en cualquier lugar que se atiendan (hospital y/o unidades de salud), deben recibir una atención competente y profesional. Por lo cual prestar una atención de primer nivel y cercana a las madres-recién nacidos no consiste únicamente en “atender embarazos y partos normales” esta atención debe:

- Garantizar que el parto se produzca en las mejores circunstancias posibles, que se haga un oportuno control post parto y del recién nacido, lo que se logra mediante el establecimiento de una relación personal entre la embarazada y el profesional.
- Identificar oportunamente los riesgos y resolver las complicaciones a medida que surjan, evitando que se agraven y se conviertan en urgencias potencialmente mortales. Ello mediante un buen seguimiento con herramientas sencillas y con educación a las embarazadas, mujeres en edad fértil y familia; pero también mediante una adecuada identificación y manejo de los riesgos por parte del personal de los servicios de salud.
- Responder adecuadamente a los riesgos y/o complicaciones cuando se produzcan, ya sea directamente o solicitando una atención de referencia que debe estar disponible como apoyo. Esto requiere que el personal esté capacitado (en competencias y valores) y que los hospitales de distrito den un buen servicio de apoyo.

Así, en contra de lo que se puede suponer y ante la importancia otorgada actualmente a la atención hospitalaria de urgencia que salva vida; la atención materna y neonatal de primer nivel (en unidades de salud) también salva vidas y atiende urgencias, porque detecta y trata los riesgos y/o complicaciones antes de que se conviertan en potencialmente mortales.

Por ello, se decidió trabajar en el primer nivel de atención y se planteó como **hipótesis de cambio**:

La utilización de mapas, tarjetero y visitas domiciliarias como herramientas-instrumentos de seguimiento, en combinación con capacitación en servicio al personal de salud y educación en salud a las embarazadas-familia; permitirá una detección oportuna y manejo adecuado de riesgos en la atención materno-neonatal, lo cual contribuye a evitar complicaciones y muertes en este grupo.

7. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

7.1. Objetivo general:

Mejorar el manejo del riesgo obstétrico y perinatal, con la finalidad de evitar complicaciones y muertes en el grupo madre-niño.

7.2. Objetivos específicos de la intervención:

1. Mejorar el manejo de riesgos mediante su detección temprana y la atención oportuna, adecuada, continua e integral a la embarazada y al recién nacido a través de la aplicación de normas y de protocolos de atención.
2. Mejorar por parte de las mujeres, familia y comunidad la capacidad de identificar señales de peligro durante el embarazo, parto y post parto con la finalidad de referir oportunamente al nivel que corresponde.
3. Promover un proceso que, a través de la capacitación del personal de salud sobre normas y protocolos maternos (principales complicaciones), llenado de la ficha materno-perinatal, permita la detección oportuna y manejo de riesgos obstétricos y perinatales.

7.3. Objetivos específicos de la investigación:

4. Analizar la aplicabilidad (aceptabilidad y correcta utilización) de las herramientas (croquis, mapas, tarjetas-tarjeteros) para el manejo y seguimiento de pacientes obstétricas en el contexto local.
5. Evaluar el efecto de la aplicación de las herramientas adaptados al contexto local y la educación permanente del personal de salud, en la detección oportuna y manejo adecuado de riesgos maternos-perinatales.

8. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Se plantearon varias actividades en la introducción y operativización del cambio, entre las que tenemos:

Elaboración, uso y actualización de croquis y mapas

Los croquis de La Tola y del área concentrada de Las Peñas proporcionados por el municipio, así como los que elaboraron los promotores de salud, serán revisados y actualizados en forma conjunta con la investigadora y la enfermera de cada unidad de salud.

La evaluación procesual de estas actividades-tareas se centrará en los siguientes aspectos: el tipo de personal que participa en la elaboración de los croquis y mapas, su diseño-uso, completitud-veracidad de la información y frecuencia de su actualización.

Elaboración, uso, actualización de tarjetero de seguimiento

Al tener como referencia las tarjetas utilizadas para el seguimiento de la vacunación de menores de 5 años, el equipo de salud (médicos, enfermeras y obstetrix) y la investigadora se plantearon elaborar tarjetas con datos personales y de salud de las embarazadas que permita su identificación y seguimiento. Se decidieron las variables a incluir en las tarjetas considerando algunas que están en la ficha M-P y en la ficha gráfica que manejan los promotores de salud.

Estas tarjetas serán organizadas en un tarjetero que está dividido en cuatro secciones propuesto por la literatura: citas actuales, citas para el siguiente mes, inasistentes y abandonos. A inicio de cada mes la enfermera revisará el fichero para saber cuáles son las embarazadas que no asistieron al control y programarles una visita domiciliaria, priorizando a las que se les haya detectado algún riesgo.

La evaluación procesual de estas actividades-tareas se centrará en los siguientes aspectos: el personal que participó en la elaboración de las tarjetas, adecuación y aceptación del diseño por parte de quien lo usa, la captación-oportunidad del registro de sus embarazadas, la identificación de embarazadas que no acuden al control.

Visitas domiciliarias (VD)

El médico y/o la enfermera, como parte de su trabajo de atención a las familias, y utilizando las fichas familiares, llevaran a cabo cada mes visitas domiciliarias a embarazadas y mujeres de post parto que no acudieron al control durante el mes anterior y fueron identificadas ya que sus tarjetas se encuentran en la sección de "inasistentes" del tarjetero. Se priorizará a las embarazadas con riesgos identificados y las de post parto antes de que cumplan los 10 días.

En la visita a más de motivarle para que regrese al control-tratamiento, también se le reforzará en aspectos educativos y preventivos, y se incentivará a la familia para que participe en el apoyo a la paciente; adicionalmente se evaluará condiciones socio-culturales y de atención que pueden haber llevado al abandono del servicio.

Encuentros educativos con embarazadas

La enfermera y/u obstetrix realizarán mensualmente una capacitación colectiva a embarazadas, el mismo día que acuden a hacerse su control prenatal. Para asegurar la asistencia de la mayoría de embarazadas se fijará una fecha específica cada mes; además en la pizarra de la unidad de salud se colocará un aviso con la fecha del control. Unos días antes la enfermera llamará por teléfono a las embarazadas y a las promotoras de las comunidades para que recuerden la fecha de control.

Para evaluar los cambios en las percepciones de atención y en los de conocimiento de las embarazadas sobre señales de peligro, se aplicará una encuesta a embarazadas y mujeres de post parto que asistan al control.

Capacitación en servicio

Para esta capacitación se utilizará dos modalidades:

a. Taller de capacitación

Se planificó la realización de un taller adaptado al contexto local, de un día de duración que estaría a cargo de dos tutoras externas (obstetricas del área de San Lorenzo con experiencia en el tema materno y de mejoramiento de la calidad). Se consideró la logística, los aspectos técnicos-metodológicos del taller y la forma de evaluar los aprendizajes.

Para la definición de los contenidos es importante tomar en cuenta la realidad local y la identificación de problemas concretos que puedan y deban ser resueltos mediante esta capacitación. La metodología se decidirá entre la investigadora y las tutoras, se considerará la experiencia de las tutoras en este tipo de talleres con profesionales de las áreas de salud del norte.

b. Supervisión capacitante

Trimestralmente se realizará una supervisión a los médicos, la obstetrix y las enfermeras en las unidades de salud; las personas encargadas de hacerla son: la investigadora junto con la obstetrix del área que participará en el taller. Se analizarán las debilidades y fortalezas para cumplir con las normas y/o protocolos de atención del embarazo, parto, post parto y se planteará la discusión de alguna emergencia obstétrica si se hubiera presentado durante el mes de la supervisión (su identificación, manejo y/o referencia).

Cada mes, la investigadora revisará de 10 a 15 historias clínicas de las embarazadas que están siendo atendidas en la unidad de salud. Con una lista de chequeo se evaluarían aspectos del llenado de la ficha M-P, cumplimiento del protocolo de atención del embarazo, parto, post parto y el manejo de complicaciones; todo esto con el objetivo de que esta información sirva de insumo para la capacitación en servicio.

Cada una de estas actividades se detalla en el plan de intervención, que se presenta en el (Anexo No 5).

9. METODOLOGÍA

9.1. Tipo de investigación

La investigación realizada sigue el esquema conceptual y metodológico propuesto para la investigación acción, el cual se basa en una metodología empoderante y participativa, en la que el investigador es parte del proceso. Adicionalmente se toman en cuenta los aspectos comportamentales, de relaciones sociales y humanas; lo que en forma dinámica, y con el

involucramiento de todos los actores, propende hacia la formulación y puesta en práctica de cambios que generen un nuevo conocimiento, que si bien es aplicable al contexto, puede ser utilizado también en situaciones similares. (Debrouwere I & Pesse K, 2006)

El desarrollo de esta investigación contempló las siguientes fases:

Para la identificación, sustentación/argumentación y justificación del problema se realizó un estudio descriptivo que denominamos “diagnóstico situacional” (primera fase de la investigación- módulo de campo I).

Después de la identificación del problema se planificó la introducción del cambio (segunda fase de la investigación- módulo de campo II), se plantearon y priorizaron las alternativas de cambio, hipótesis de cambio, elaboración e implementación del plan de intervención y su evaluación operativa y analítica.

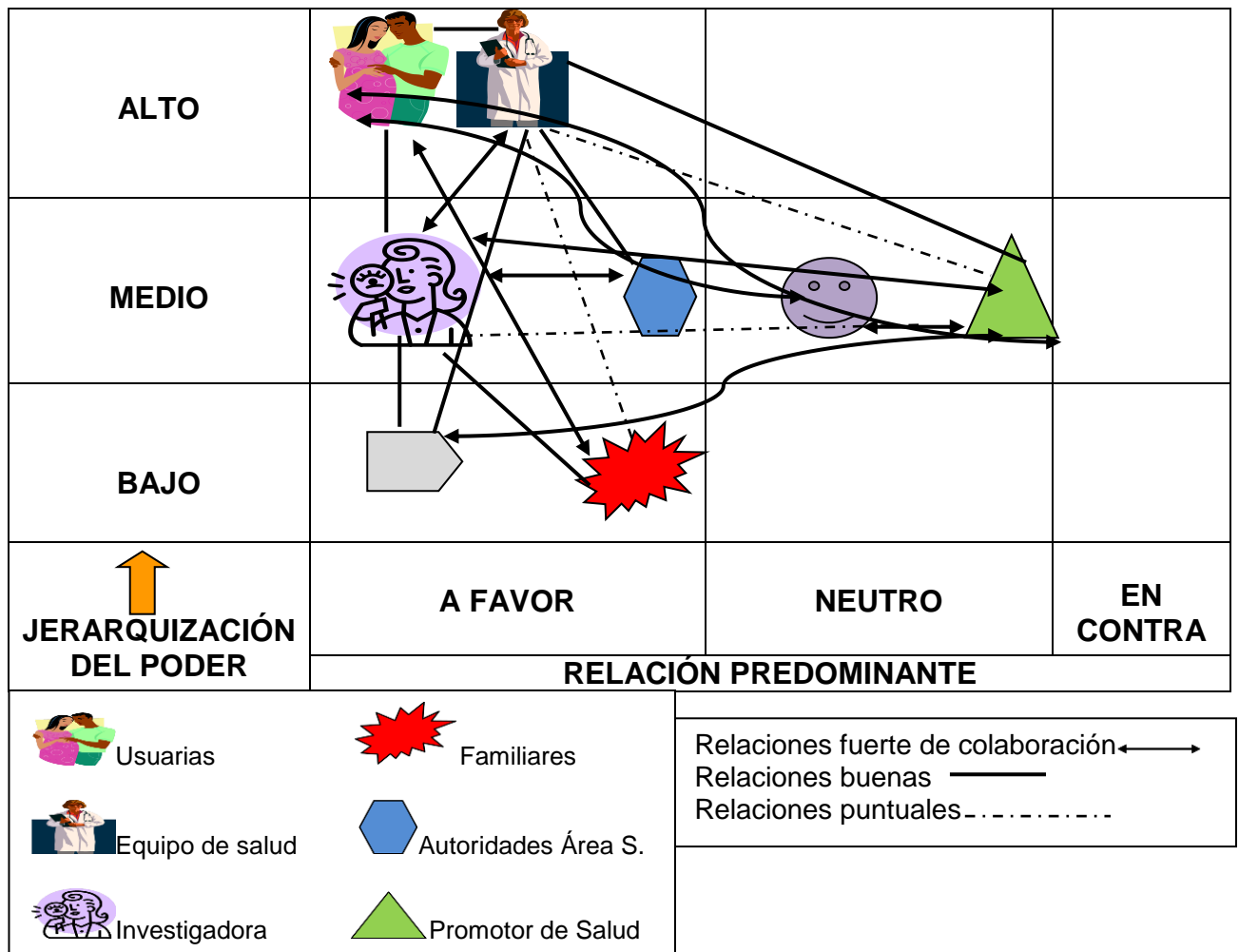
En la implementación del plan de intervención se instauraron las alternativas de cambios con las diferentes actividades-tareas que permitieron la identificación y manejo de riesgos obstétricos y perinatales. Entre estas actividades estuvieron la elaboración, utilización y actualización de las herramientas adaptadas al contexto local; así, como la capacitación en servicio del personal de salud y la educación a las embarazadas y familiares.

Además para la evaluación de proceso y la analítica se aplicaron diferentes instrumentos para la recolección de información. Esta información fue sistematizada y analizada, con la finalidad de determinar si se lograron conseguir los cambios propuestos en la hipótesis y en los objetivos específicos de la investigación.

9.2. Mapeo de actores y equipo de investigación

Por tratarse de un proceso participativo es importante conocer los actores involucrados, los niveles de poder y sus relaciones. Este mapeo identifica a los actores que intervienen para conocer: los que están afines a la intervención, los indiferentes y los que se oponen con la finalidad de buscar estrategias o alianzas para mejorar estas relaciones.

Figura No 3: Mapeo de actores



Las relaciones que predomina entre el equipo de salud y usuarias son de afinidad, pero de manera vertical, con una comunicación unidireccional. Con los familiares es puntual, sólo se da si se produce una emergencia, cuando los familiares deben apoyar en el traslado de la paciente al hospital de referencia.

Entre el equipo de salud y los promotores las relaciones son de afinidad, se dan de manera regular cuando hay pacientes que son referidas desde la comunidad a las unidades de salud y cuando el equipo de salud acude a las comunidades para la visita de atención integral o por llamadas telefónicas para obtener alguna información y/o recomendación especial.

Entre el equipo de salud y la investigadora también son de afinidad y de colaboración en actividades relacionadas con la intervención del problema de investigación y con las que realiza cotidianamente el equipo de salud en su territorio.

Entre el equipo de salud y las autoridades (jefe de área, coordinador) las relaciones son adecuadas, pero están enfocadas casi exclusivamente al cumplimiento de las normas de los programas.

Entre el equipo de salud y las parteras no son conflictivas, pero no hay mucha comunicación; son casi indiferentes. Podría incluso afirmarse que hasta este punto, se las ha dejado de lado; aunque el MSP está llevando adelante la política de la atención del parto culturalmente adaptada.

Equipo de investigación

Estuvo conformado por los miembros del equipo de salud de las dos unidades operativas; y, especialmente los médicos, las enfermeras y la obstetrix; también participaron -aunque en menor grado- dos auxiliares de servicio. Adicionalmente se incluyeron otros actores locales tales como promotores de salud.

Los miembros de la jefatura de área (gerente de área, coordinador-epidemiólogo, estadístico, enfermera de consulta externa, hospitalización, obstetrix y pediatra), así como algunas otras instituciones, tales como el CECOMET que apoya a esta área en lo que es capacitación de personal local, también fueron una parte importante de este equipo; no tanto por su involucramiento directo, pero sí por el apoyo prestado.

9.3. Universo y muestra

La unidad de análisis es el servicio de salud, en este caso se centra en las unidades de salud de La Tola y Las Peñas. El universo lo constituyeron las 85 embarazadas (proyección población MSP 2010) que acudieron a control a estas unidades de salud y que pertenecen a las comunidades del área de influencia, así como el equipo de salud, específicamente dos médicos, dos enfermeras y una obstetrix. Para conocer sobre la atención a la embarazada, identificación y manejo de riesgos se evaluaron 66 tarjetas de registros de embarazadas que iniciaron su control en el segundo semestre del año 2011, contrastando la información con las respectivas historias clínicas; para conocer sobre la percepción de la atención recibida y el conocimiento de señales de peligro en el proceso reproductivo se entrevistaron a 12 embarazadas y mujeres de post parto de un promedio de 15 que asistieron a los encuentros educativos durante el año 2011. Todo el personal de salud estuvo incluido en la muestra.

9.4. Formas, métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de información

La información se recogió durante el diagnóstico situacional y el proceso de implementación de las alternativas de cambio seleccionadas. Para cada una de las actividades efectuadas se establecieron los respectivos indicadores de proceso y resultados, a través de los cuales se evaluó el cumplimiento de la hipótesis de cambio y el logro de los objetivos de la investigación. (Anexo No 5)

Revisión documental. En la primera fase de la investigación (diagnóstico situacional y estudio a profundidad) se revisaron 45 historias clínicas de mujeres que acudieron al control de embarazadas en el segundo semestre del año 2010; las cuales fueron escogidas al azar de los partes diarios de atención. Esta revisión buscaba describir en forma detallada la atención brindada durante el embarazo, y analizar si existía una adecuada identificación y manejo de factores de riesgo y complicaciones, así como el llenado de la ficha materno-perinatal. Esta información se contrastó con la información recogida en el monitoreo de eventos centinelas y en el seguimiento del grupos de riesgo (embarazadas) llevado a cabo en forma rutinaria por los promotores de salud.

En la segunda fase de la investigación (introducción del cambio e implementación de estrategias-actividades de intervención) se evaluaron las 66 tarjetas de embarazadas registradas en el último trimestre del año 2011; a la par se revisaron las respectivas historias clínicas con el objetivo de evidenciar la identificación y manejo de riesgos obstétricos y perinatales. No estaba previsto, pero también se evaluaron los cuadernos del promotor y la ficha de monitoreo de eventos centinelas que son llenados por los promotores de salud; lo que permitió hacer un control de la calidad (validez, confiabilidad) de los datos. Como instrumento se utilizó una ficha de evaluación del seguimiento de la madre y el niño. (Anexo No 7)

Entrevista. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 12 embarazadas y mujeres en el post parto que acudieron a la unidad de salud por atención y educación durante el segundo semestre del año 2011; las que no acudieron en ese momento fueron visitadas en sus domicilios. El objetivo era conocer su percepción sobre la atención recibida, la importancia de los controles, el conocimiento sobre señales de peligro en el embarazo, parto y post parto y dónde acudirían si se les presentara una complicación. Se utilizó como instrumento una guía de entrevista semi-estructurada. (Anexo No 8)

Se entrevistó de manera informal pero semi-estructurada, al personal de salud involucrado en la problemática; esto se hizo en las visitas mensuales que realizaba la investigadora. Con estas entrevistas se buscaba evaluar el manejo y la aplicación de las normas y protocolos de atención obstétrica y perinatal por parte de estos profesionales. Como instrumento se utilizó el diario de campo manejado en forma exclusiva por la investigadora.

Se recogieron historias de vida y/o autopsia verbal de casos graves maternos, y de muertes perinatales con promotores de salud, mujeres afectadas y familiares, a fin de conocer las principales barreras de acceso a la atención y los factores que pueden haber influido para que se presenten complicaciones y/o muertes. Como instrumento de recolección de información se utilizó un cuaderno de notas.

Observación: se realizó una observación semi-estructurada de los encuentros educativos llevados a cabo por las enfermeras y la obstetrix, a fin de conocer y analizar la interacción con el grupo; así como las técnicas y materiales usados. La actualización del croquis-mapas y el llenado de las tarjetas, así como la organización del tarjetero para conocer la ubicación de embarazadas (en especial a las que se les había detectado la presencia de riesgos para el seguimiento a través de las VD) también fue objeto de observación por parte de la investigadora. Toda esta información fue registrada en el diario de campo.

9.5. Análisis de los datos

Para los datos cuantitativos referidos a las variables de morbi-mortalidad y producción de los servicios de salud, el análisis de la información se realizó de forma manual y con el apoyo del programa informático Excel y de Epi Info versión 3.5.1, se utilizaron medidas descriptivas tales como porcentajes y tasas, así como medidas de tendencia central y de dispersión. La presentación de estos datos se hizo mediante tablas y gráficos.

Para los datos cualitativos, referidos a opiniones y percepciones, tanto de las embarazadas como del personal de salud, el análisis lo hizo la investigadora, mediante la categorización de las respuestas obtenidas de acuerdo a los aspectos contenidos en la guía y los objetivos planteados. La presentación de los mismos se basa en la transcripción lo más textual posible de lo dicho por los entrevistados y su interpretación por parte de la investigadora.

9.6. Consideraciones éticas

La intervención/investigación tuvo como co-investigadores a todo el equipo de salud, principalmente médicos, enfermeras y obstetrix. A todas las embarazadas y mujeres de post parto se les solicitó su consentimiento antes de realizar la entrevista. Las entrevistas se llevaron a cabo en un consultorio de la unidad de salud, pero sin la presencia del personal y/o en sus domicilios. La confidencialidad de la información está garantizada también porque se la guardó sin identificación de la fuente de forma personalizada, sino solo en cuanto a su tipo o categoría (embarazada, post parto, personal de salud, etc.)

10. RESULTADOS

10.1. De la evaluación operativa

Todas las actividades programadas incluyendo la aplicación de herramientas-instrumentos adaptadas al contexto local, la educación a embarazadas y la capacitación al personal de salud se lograron implementaron casi en su totalidad. En el manejo del tarjetero y las tarjetas se evidenció una mayor participación del personal de salud de Las Peñas (enfermera, obstetrix y médico) que del personal de La Tola (participó un poco más la enfermera); su participación se vio limitada por la alta demanda de atención de los/as usuarios/as del área concentrada y el escaso trabajo en equipo que existe en esta unidad. La participación del personal de La Tola fue mayor en cuanto a la educación de embarazadas y la formación de grupos de usuarias, lo que probablemente se deba a que es una actividad conocida por la enfermera y que la puede desarrollar en forma individual.

Elaboración, utilización de croquis y mapas

Se elaboraron los croquis y mapas correspondientes a las unidades de La Tola y Las Peñas. Estos instrumentos se construyeron con la participación de promotores de salud de las comunidades del área de influencia, de las enfermeras de las unidades de salud y con el apoyo de un diseñador gráfico.

En los croquis se logró graficar las viviendas habitadas, terrenos vacíos, instituciones que prestan servicios (S.C.S., Iglesia, Escuela, Registro Civil, Cuerpo de Bomberos, entre otros), vías de comunicación (fluvial y terrestre) y prestadores de servicios de salud; con lo cual se logró tener información completa y real sobre los aspectos antes mencionados. Los croquis de cada comunidad sirvieron de base para la elaboración de los mapas de La Tola y Las Peñas, en los cuales se identificaron las comunidades de influencia de cada unidad con sus principales características, atractivos locales, instituciones públicas y vías de comunicación.

Estos instrumentos se imprimieron en material de lona, tamaño grande (120 cm x 90 cm) y se los ubicó en la sala de espera de cada unidad de salud en el mes de noviembre del 2011. Hasta el momento de la evaluación de las actividades (febrero 2012) sólo los croquis de las comunidades concentradas fueron utilizados por las enfermeras, donde ubicaron a todas las embarazadas de esa área. El diseño, los colores y el ver reflejadas sus casas con un símbolo y colores llamaron la atención de las personas que asistieron al servicio que quisieron conocer más sobre lo que significaba la simbología y dónde estaban ubicados.

Estos croquis se han actualizado cada mes; a medida que se identificaba una nueva embarazada del área concentrada, la ubicaban en el croquis, identificándolas con un color y, con otro color a las embarazadas en riesgo. Es importante resaltar que, aunque los croquis y mapas estaban destinados sólo para identificación y seguimiento de embarazadas y mujeres de post parto, la enfermera de la unidad de salud de Las Peñas también lo utilizó para ubicar a otros grupos de riesgo, como hipertensos y pacientes con tuberculosis.

El mapa no fue utilizado; según lo referido por las enfermeras, porque no tenían la información del total de embarazadas existentes en cada comunidad. En la planificación del año 2012, entre los meses de enero y febrero cada unidad de salud debe tener actualizado los censos de todas las comunidades de su área de influencia (incluye a las embarazadas), por lo que las enfermeras esperan que a mediados del mes de febrero terminen de actualizarlos y puedan disponer de la información del total de embarazadas para ubicarlas en el mapa.

Las enfermeras piensan que los mapas son de mucha utilidad porque les permite tener ubicado a todos su grupos de riesgo (no sólo embarazadas) para hacerle un mejor seguimiento. Además están contentas y orgullosas por el diseño y presentación porque es novedoso y atrae a los usuarios, y porque se logró cumplir una de las tareas que el área les había asignado.

Elaboración, organización y utilización de tarjetas - tarjetero

Se elaboraron las tarjetas; para lo cual la investigadora propuso una tarjeta simplificada en la que se combinaba la información del formulario # 051 y de la ficha gráfica que manejan los promotores de salud. Se la revisó con el equipo de salud (médicos, enfermeras y obstetrix), quienes dieron la sugerencia de agregar el número de HC, la parte de vacunación y de exámenes de laboratorio. Adicionalmente se pidió la opinión de una médica externa de otra unidad de salud de primer nivel que trabaja con embarazadas. Con estas recomendaciones se hicieron mejoras en el diseño y contenido de la tarjeta y se envió a la imprenta. Se entregaron 100 tarjetas a cada unidad de salud, un fichero para su organización, y un

instructivo de uso que fue elaborado por la investigadora y se enfocaba básicamente en la organización del fichero. En relación al uso de las tarjetas no se previeron ni produjeron mayores problemas, ya que fueron diseñadas con ellos y su implementación se hizo en conjunto.

La implementación del tarjetero y el llenado de las tarjetas se iniciaron en el mes de octubre 2011. La investigadora trabajó durante un día en la Unidad de Salud de Las Peñas con la enfermera, médico y la obstetrix para el llenado de las tarjetas. Se llenaron las tarjetas tanto de las embarazadas que acudían por atención a la unidad de salud, como de aquellas que se conocía de su embarazo, del área concentrada y del área dispersa. En la unidad de salud de La Tola de igual manera se trabajó un día, pero sólo con la enfermera, porque el médico no se encontraba en la unidad.

En la Unidad de Salud de Las Peñas en las tarjetas se registró la información de 40 embarazadas de un total de 60 existentes del área concentrada y dispersa¹², lo que representa el 67%, el resto no se llenaron porque eran embarazadas que pronto iban a dar a luz y otras ya habían salido. Estas tarjetas fueron llenadas por el médico, enfermera y obstetrix. La enfermera, en los controles mensuales que hacen a las embarazadas, en el momento de abrir la historia clínica, colocaba las tarjetas en su interior y el médico y/u obstetrix en la consulta la llenaban, al finalizar la consulta se retiraba la tarjeta y se la organizaba en el fichero. Al finalizar el día de trabajo se analizaron problemas presentados en el llenado y/o en las variables utilizadas en las tarjetas, se aclararon y en ese momento se mejoró el llenado de la misma.

Las tarjetas de las embarazadas que ya habían dado a luz fueron retiradas y colocadas en la última sección del tarjetero, con el registro del parto y del recién nacido y se las consideraba para el control del post parto. Las embarazadas en riesgo (por ejemplo embarazada con hipertensión) cuyas tarjetas estaban en la sección de consulta actual y no acudían a la unidad de salud en la mañana, la enfermera a inicios de la tarde iba a buscarlas a la casa para que asistieran al control; si aún así no asistía se les programaba una visita domiciliaria.

En la Unidad de Salud de La Tola se registró en las tarjetas la información de 26 embarazadas de un total de 73 existentes del área concentrada y dispersa (fuente: cuaderno del promotor) que representa el 36%. Estas tarjetas únicamente fueron llenadas por la enfermera, no se hizo la actualización mensual de las mismas, porque según relata la enfermera *“hay mucha demanda de atención en la unidad de salud y no puede estar pendiente de todo”*. Aunque la obstetrix (rural-itinerante) trabaja en las dos unidades de salud, narra que no tiene la suficiente confianza con el personal de salud para motivarles en el uso de las tarjetas. El médico no intervino en la actividad del llenado y actualización de las tarjetas; en cambio está pendiente en el llenado de la ficha materno-perinatal y subraya *“que están mejorando en esa actividad”*.

En las dos unidades de salud la demanda de paciente es alta; pero en Las Peñas hay más colaboración entre todos los miembros del equipo, en cambio en La Tola, la auxiliar de enfermería siempre falta y cada uno trata de cumplir con lo que le corresponde.

¹² Fuente: Cuaderno Epidemiológico del Promotor.

El 90% de las tarjetas fueron llenadas en su totalidad, los datos que menos se registraron fueron los sociales (escolaridad, estado civil), semanas de gestación al primer control y datos de laboratorio en la parte de seguimiento. De acuerdo a la opinión de la obstetrix y el médico de Las Peñas, si es posible llenar todos los datos requeridos en las tarjetas y, reconocen que estos son importantes, porque facilitan la identificación y el seguimiento de embarazadas en riesgo de manera oportuna.

Visitas domiciliarias de seguimiento

En la unidad de salud de Las Peñas, desde el mes de octubre del 2011, de las 40 embarazadas que tenían tarjetas se identificaron seis que necesitaban VD. A estas embarazadas se les programó una VD para controlar los riesgos que presentaron: dos tenían trastornos hipertensivos (hermanas evangélicas, una además con antecedente de muerte perinatal); una multiparidad y violencia intrafamiliar; una por presentar una hemorragia por desprendimiento de placenta y dos embarazadas añosas que no acudían a los controles. Además se identificaron tres mujeres de post parto que necesitaban VD: una porque tuvo un parto prematuro y dos para informar sobre la prueba del tamizaje metabólico neonatal. Era necesario motivarlas para que asistan a los controles en la unidad de salud.

Las seis embarazadas con algún factor de riesgo y/o complicación y las que no acudían a la unidad de salud para los controles, recibieron una VD durante el mes de noviembre: en estas visitas se las motivó para que acudan a la unidad de salud; de igual manera las mujeres de post parto. En el mes de diciembre todas las visitadas acudieron a control a la unidad de salud.

En la Unidad de Salud de La Tola, desde el mes de noviembre se identificaron dos pacientes con ARO, una embarazada y una mujer de post parto que necesitaban VD, de las 27 que tenían tarjetas. A las dos se les programó y realizó VD por los riesgos que presentaban: una tenía trastorno hipertensivo gestacional (38 semanas) y la otra una mastitis puerperal. Se hizo visita a tres mujeres de post parto antes de los 10 días para incentivar a la madre a llevar al recién nacido a la unidad de salud para su atención y realizar el tamizaje metabólico neonatal. Todas las mujeres visitadas acudieron a la unidad de salud para el control.

En las visitas domiciliarias realizadas a todas las madres se les indicó la importancia de acudir a la unidad de salud para los controles de embarazo y post parto y sobre la prueba del tamizaje metabólico para los neonatos. En ninguno de los casos se dio educación sobre señales de peligro; posiblemente no se consideró este tema, porque el personal lo había realizado en los encuentros educativos.

Capacitación en servicio para el equipo de salud

Se preparó un plan de capacitación dirigido para médicos, enfermeras y obstetrix, con temas sugeridos por el personal de salud sobre norma de atención en el embarazo, la tercera etapa del parto, el llenado de la ficha materno-perinatal y el manejo de algunas emergencias obstétricas presentadas en el primer semestre del 2011.

A finales del mes de octubre se realizó un taller de un día de duración, participaron seis personas (dos médicos, dos obstetricas, una enfermera y una odontóloga). La enfermera de

la unidad de salud de La Tola no participó porque estuvo en campaña de vacunación; una de las obstetrices participantes trabaja en el hospital de Limones y se la invitó para que apoye en la supervisión capacitante a los equipos de salud de las unidades de intervención.

Hubo buena participación del personal de salud, la misma que se evidenció por la atención e interés prestado a las intervenciones realizadas por las tutoras, por el tipo de preguntas y la participación en los trabajos de grupos, donde se discutieron y analizaron historias de vida de embarazadas que habían presentado complicaciones. Se analizaron los factores que ocasionaron demoras en la detección, diagnóstico y manejo de la complicación y la forma de actuar para evitar casos parecidos. Según lo referido por el personal, hubo una buena captación de los temas y consideran que es factible la aplicación de lo aprendido.

Una debilidad de la capacitación en servicio, fue el no poder realizar los encuentros de supervisión capacitante programados con el personal de las unidades operativas. Se tenía programado realizar, junto con la obstetrix del hospital, un primer encuentro en el mes de diciembre; pero los múltiples compromisos del área donde participan los equipos de salud (talleres, reuniones, campaña de vacunación) impidieron realizar esta actividad.

Durante los meses de noviembre y diciembre la investigadora sostuvo encuentros informales con los médicos, enfermeras y obstetrix donde se discutió el llenado de la ficha materno-perinatal y la aplicación de protocolos de atención en complicaciones presentadas durante estos meses. En la revisión de 10 HC realizada mensualmente durante los meses de noviembre y diciembre del 2011, se pudo evidenciar que mejoró el llenado de la ficha materno-perinatal, especialmente el componente de parto: esa parte se llenó completa y adecuadamente para los dos partos atendidos en el SCS durante este tiempo. Además, en las tres complicaciones presentadas (trastornos hipertensivos) durante este periodo, la obstetrix, aplicó los protocolos de atención; inclusive los medicamentos anti-hipertensivos y las tirillas reactivas fueron traídos desde Limones, porque las unidades de salud no disponían de estos insumos. Dos de estas embarazadas fueron referidas de manera oportuna (cuando sus niveles de presión se incrementaron de leve a medio) al hospital del distrito y al provincial.

Encuentros educativos para embarazadas y formación del club de madres.

En la Unidad de Salud de Las Peñas, desde el mes de julio hasta diciembre del 2011 se realizaron, cuatro encuentros educativos con las embarazadas. Estos encuentros fueron organizados por la enfermera, el médico y la obstetrix. Los temas tratados fueron los siguientes:

Tabla No 6. Encuentros educativos con embarazadas, unidad de salud de Las Peñas, 2011

Fechas	Temas	Número de participantes
15/07/2011	Lactancia Materna	12
10/08/2011	La Alimentación	13
12/10/2011	Importancia de los controles prenatales	14
14/11/2011	Factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo	15

Fuente: Registro de asistencia de encuentros educativos de la unidad de salud

Elaborado: Investigadora

En la Unidad de Salud de La Tola, desde el mes de febrero hasta diciembre se realizaron nueve encuentros educativos con embarazadas (del área concentrada y dispersa). Estos encuentros fueron efectuados por la enfermera de la unidad de salud. Esta unidad, a inicios de año conformó el Club de Madres y está funcionando. Los temas tratados fueron:

Tabla No 7. Encuentros educativos con embarazadas, unidad de salud de La Tola, 2011

Fechas	Temas	Número de participantes
07/02/2011	La importancia del uso del carné prenatal	13
07/03/2011	Complicaciones durante el embarazo	14
07/04/2011	Complicaciones durante el puerperio	15
07/05/2011	Molestias en el embarazo	13
14/06/2011	Factores de riesgos obstétricos	15
14/07/2011	Guía de alimentación en el embarazo	16
14/08/2011	Lactancia materna	13
14/10/2011	Alimentación en la lactancia materna	15
14/11/2011	Cuidados en el puerperio y del RN	17

Fuente: Registro de asistencia de encuentros educativos de la unidad de salud

Elaborado: investigadora

La mayoría de las embarazadas asistieron a casi todos los encuentros; sin embargo a medida que se captaban nuevas, también se las invitaba para que participen. La metodología fue participativa, se utilizaron diferentes técnicas y materiales educativos como lluvia de ideas, exposiciones cortas, proyecciones audiovisuales; como materiales se utilizaron videos, fotos, imágenes grandes plastificadas, papelógrafos, entre otros.

Las embarazadas manifestaron que estos encuentros las ayudaron a adquirir nuevos conocimientos, pero sobre todo les permitieron estar más en contacto con el personal de salud, interactuar y tener más confianza. En los encuentros, cada mes se brindaba un refrigerio y en algunas ocasiones hicieron el sorteo de regalitos para las madres. En el mes de diciembre se hizo la celebración de navidad y se entregó regalos a tres madres en cada unidad de salud. No se programaron actividades adicionales a la educativa.

La enfermera de La Tola planteó su deseo de recibir una capacitación sobre psico-profilaxis con la obstetrix que apoyó en el taller, para trabajar el tema con las embarazadas en cursos programados en el año 2012, a más de seguir con los encuentros educativos.

Según la entrevista a las embarazadas y mujeres de post parto que acudieron a los encuentros educativos, los temas que más han captado y recuerdan son los de alimentación y lactancia materna.

10.2. De la evaluación analítica

Los resultados presentados son el producto de la sistematización y análisis de la información de diferentes fuentes (estadísticas del área, 66 tarjetas de embarazadas identificadas, 12 entrevistas a embarazadas y mujeres de post parto y conversaciones con el personal de salud).

La implementación de los instrumentos adaptados al contexto local (croquis, mapas, tarjetas) y la capacitación (taller) para el personal de salud se lo realizó en el último trimestre del año; sin embargo, algunas actividades de revisión de historias clínica, capacitación permanente al personal de salud y educación a las embarazadas se iniciaron antes. Por lo cual, algunos cambios observados no se deben exclusivamente a las intervenciones realizadas en el último trimestre del año, sino a un trabajo permanente; además, es muy pronto para esperar resultados y/o cambios significativos.

Atención embarazo, parto y post parto

Tabla No 8: Atenciones preventivas en la madre, La Tola-Las Peñas, 2011

Tipo de atenciones preventivas	Indicadores	Atenciones		
		2010	2011	Esperado
		Alcanzado	Alcanzado	(norma)*
Atención prenatal	Cobertura CPN	160%	129%	100%
	Tasa concentración	3	3	5
Atención parto institucional	Cobertura parto	12%	27%	>65%
	Tasa concentración	-	-	-
Atención de post parto	Cobertura post parto	29%	55%	80%
	Tasa concentración	-	1	2

* Mínimo aceptado

Fuente: Departamento de estadística del área de salud

Elaborado: Investigadora

Se evidencia que la cobertura de parto institucional y de control post parto se incrementó en aproximadamente 100% comparado con el año 2010. Sin embargo, la concentración en la atención de embarazadas se mantiene en los mismos niveles, siendo menor a la norma o estándar recomendado.

Los datos obtenidos de las 66 tarjetas evaluadas demuestran que la captación de embarazadas se hizo de manera más temprana, el 80% se las captó antes de las 24 semanas de gestación. El 23% antes de las 12 semanas (etapa precoz) y el 57% entre la semana 12-24 (etapa media). En el año 2010, el 89% de las embarazadas se captaba después del primer trimestre (etapa media y tardía).

De los 22 partos registrados en las tarjetas de seguimiento, se realizó una visita domiciliaria a seis mujeres-recién nacido antes de los 10 días, lo que representa el 27% del total. Esto evidencia que ha mejorado con respecto al 2010 donde no se realizó ninguna visita antes de los 10 días.

Identificación y manejo de riesgos y/o complicaciones madre-niño

Es necesario señalar que los datos de identificación y clasificación de riesgo presentados tiene como fuente las tarjetas de embarazadas detectadas-controladas a partir del segundo semestre del año 2011; en cambio, los riesgos presentados en el análisis situacional (2010) tuvo como fuente el monitoreo de eventos centinelas y el seguimiento de embarazadas que realizaron los promotores de salud. Por esta razón no se presentará una comparación estadística de estos datos; sin embargo, se puede destacar que con las tarjetas se hizo una muy buena identificación y clasificación de riesgos y/o complicaciones tanto en el embarazo como en el parto.

En el embarazo:

Se evidenció que 26 embarazadas (39% de las 66 tarjetas evaluadas) presentaron algún tipo de riesgo y/o complicación durante su embarazo; estos fueron:

- 13 (50%) características individuales y/o condiciones sociales desfavorables (edad < de 18 años, peso bajo-obesidad y violencia)
- 8 (31%) antecedentes personales y obstétricos (multiparidad, cesáreas anteriores, muerte perinatal, antecedente parto pretermino)
- 5 (19%) enfermedades clínicas y/o complicaciones obstétricas del embarazo actual (várices vulvares una, hipertensión arterial crónica dos, hemorragia una y pre-eclampsia una).

Del total de los AROS presentados en el embarazo, el 15% fueron referidos al hospital de distrito (Limonas) y provincial (Esmeraldas). Los AROS referidos fueron: un embarazo con antecedente de parto pre-término, un trastorno hipertensivo por HTA crónica (hospital de distrito-provincial), una hemorragia por desprendimiento de placenta grado I y una pre-eclampsia (hospital provincial).

Todos los riesgos presentados durante el embarazo fueron detectados antes de las 20 semanas; a excepción de la pre-eclampsia se inició en la semana 38 y la hemorragia en la semana 30; esto permitió dar el tratamiento de acuerdo a los protocolos de atención y hacer una referencia oportuna.

Todos los embarazos con algún factor de riesgo (26) fueron manejados en la unidad de salud con el protocolo de atención de embarazo de bajo riesgo o normal. Los embarazos que presentaron complicaciones (trastornos hipertensivos y hemorragia) fueron manejados de acuerdo al protocolo de atención para estas complicaciones en primer nivel y referidos al segundo nivel.

En el manejo de los casos identificados como complicaciones se pudo observar que en la unidad de salud se hizo una detección y tratamiento adecuado del riesgo y una referencia oportuna; se presentaron tres casos:

- La embarazada con pre-eclampsia, quien inició sus controles a las 19 semanas, llevaba un embarazo normal, inició el incremento de la TA a las 38 semanas. En la unidad de salud se la controló durante dos días, especialmente el peso y la TA (dos veces al día) y se le administró el tratamiento anti-hipertensivo (nifedipino) para estabilizarla, luego se la refirió al hospital provincial donde le hicieron una cesárea.
- La embarazada con hipertensión crónica, que inició sus controles a las 15 semanas, se la estuvo controlando en la unidad de salud con el tratamiento anti-hipertensivo recomendado, manteniendo niveles de TA leve. A la semana 35 desarrolló un aumento de la TA y cefalea intensa; por lo que se la refirió al hospital de distrito donde la trataron y le dieron el alta a los tres días, al día siguiente del alta y estando en su comunidad, la paciente presentó complicaciones (seguía edematizada, empezó a convulsionar) y la enfermera de la unidad de salud tuvo que trasladarla de urgencia en la ambulancia al hospital de Esmeraldas por presentar eclampsia; allí le hicieron una cesárea de emergencia. Este caso fue discutido en la reunión de monitoreo que lleva el área de salud.
- La embarazada con hemorragia por desprendimiento de placenta leve, inició sus controles a la novena semana, llevaba un embarazo normal. Inició con hemorragia a las 29 semanas por lo que se la monitoreó hasta la semana 36 y se le dio referencia al hospital provincial, en donde le hicieron una cesárea.

En el parto y post parto:

De los 22 partos registrados, se presentaron nueve (41%) partos complicados, cinco en La Tola y cuatro en Las Peñas.

Tabla No 9: Complicaciones del parto, La Tola - Las Peñas 2011

Complicaciones del parto	No	Factor de riesgo Embarazo	Lugar parto	Referencia
Parto pretermino (35 sem.)	1	Antecedente parto pretermino	SCS	Sí, pero no alcanzó a salir del SCS
Parto pretermino (36 sem)	1	No	SCS	No (llegó en expulsivo)
Parto prolongado	1	Multiparidad	Casa-partero	No
Cesárea por circular de cordón	1	No	Hospital Esmeraldas	Hospital Esmeraldas
Cesárea por preeclampsia	1	Multiparidad Preeclampsia	Hospital Esmeraldas	Hospital Esmeraldas
Cesárea por eclampsia	1	HTA crónica	Hospital Esmeraldas	Hospital Limones Hospital Esmeraldas
Cesárea por hemorragia	1	Hemorragia (desprend placenta)	Hospital Esmeraldas	Hospital Esmeraldas
Cesárea por varices vulvares	1	Várices vulvares	Hospital Esmeraldas	Hospital Limones Hospital Esmeraldas
Cesárea por ruptura prematura de membrana	1	Obesidad	Hospital Esmeraldas	Autoreferencia Maternidad Esmeraldas

Fuente: Tarjeta de registro embarazadas e HC

Elaborado: Investigadora

Se evidencia que 7 (78%) partos presentaron un factor de riesgo y/o complicación durante el embarazo. A estas embarazadas se les prestó atención de acuerdo a normas y/o protocolos establecidos y se les recomendó un parto hospitalario.

De los nueve partos complicados, seis (67%) fueron referidos al hospital de distrito o al hospital provincial. Los partos se dieron: seis en el hospital provincial, dos en la unidad de salud y uno en casa.

De los nueve partos, cuatro recién nacidos tuvieron complicaciones: dos prematuridad leve, uno dificultad respiratoria y un sufrimiento fetal por eclampsia. Todos están bien.

Una de las mujeres que tuvo un parto complicado (parto prolongado) se le presentó una complicación en el post parto (mastitis puerperal). Se le hizo una visita domiciliaria y se le aconsejó ir a la unidad de salud, pero por presión de los familiares viajó a Esmeraldas y se hizo atender por un médico particular, su estado de salud mejoró y acudió a la unidad de salud para seguir sus controles y los del niño.

Mortalidad

Tabla No 10: Mortalidad materna-neonatal La Tola – Las Peñas

Indicadores mortalidad materno-neonatal	2010		2011	
	No	Tasa*	No	Tasa*
Mortalidad materna	0	0	0	0
Mortalidad neonatal	2	29.4	1	14.7
Mortalidad perinatal	6	88.2	2	29.4

*Tasa por 1000 nacidos vivos¹³

Fuente: Monitoreo de mortalidad llevada por promotores de salud

Elaborado: Investigadora

En el año 2011 se presentaron tasas más bajas de mortalidad neonatal y perinatal comparadas con el 2010. Esto **no** significa que esta reducción se deba solo a las intervenciones realizadas.

De las dos muertes perinatales (uno fue un mortinato sin causa conocida, y la otra una muerte neonatal precoz que se debió a un sufrimiento fetal por un parto prolongado). Los dos casos pertenecen a la Unidad de Salud de Las Peñas.

¹³ Las tasas tienen las implicaciones de un enunciado probabilístico o de una predicción. Permiten comparaciones en el tiempo; pero su comparación en corto tiempo (anual) y el uso de denominadores pequeños con una base a 1000, pueden dar información de reducciones enormes, que más bien puede ser el resultado de la variación estadística, de la utilización de una base de 1000 y no necesariamente el resultado de intervenciones específicas de un programa.

- Una de las embarazadas viajó desde de Quito a las 20 semanas de gestación, hizo un control en la Unidad de Salud de Las Peñas, no se le detectó ningún factor de riesgo y a las 28 semanas se le presentó un parto prematuro, fue llevada por los familiares al hospital de Borbón y de allí referida al hospital de Esmeraldas donde dio a luz a un niño muerto.
- La otra embarazada primeriza, vivía en Vainilla, se realizó sus controles en la unidad de salud de La Tola y en Río Verde, no se le detectó ningún factor de riesgo. Los familiares la llevaron a Esmeraldas para el parto en una clínica particular. Según referencia de la promotora: *“el parto fue demorado, el niño se quedó atorado, nació vivo y después de unas horas falleció”*.

Percepción de las mujeres sobre la atención y educación recibida.

El 100% de las embarazadas y mujeres de post parto entrevistadas están conscientes de la importancia del control prenatal como forma de monitorear la salud de la madre y el niño, como oportunidad para aliviar sus molestias y como un espacio de aprendizaje donde adquieren nuevos conocimientos. Todas indicaron que los controles deben realizarse cada mes, aunque dos de ellas subrayaron que en el último mes deben hacerse más controles (uno por semana).

El 100% de las entrevistadas perciben la atención en la unidad de salud como muy buena, los aspectos resaltados fueron: el buen trato recibido (amabilidad y respeto), la información-educación que se les dio durante los controles, la actitud del personal que estuvo siempre atento para que asistan a los controles (le llamaban por teléfono para recordarle la fecha del control o el promotor iba a sus casa a avisarle), el personal que está muy capacitado y la entrega de medicamento.

Otro aspecto importante fue la confianza en el personal y en los servicios de salud, 8 (67%) querían tener su parto en la unidad de salud con el médico, tres lo querían tener en el hospital de Limones (una porque quería ligarse y dos porque piensan que en el hospital hay más equipos y especialistas que las pueden atender si tienen algún problema) y una estaba indecisa entre la unidad de salud o ir a Guayaquil donde tiene familia.

De las entrevistas realizadas, la mayoría de las mujeres refirió que adquirieron nuevos conocimientos con la asistencia a los encuentros educativos. Los temas que más recuerdan fueron: alimentación y lactancia materna. Al preguntar sobre señales de peligro, el 67% de las mujeres reconocen al menos dos signos de peligro. Los signos que más mencionaron fue *“pintar sangre”, “hinchazón de manos, pies y cara”, “mala posición del niño”, “botar líquido”, “pasada de peso” y “anemia”*

Al preguntar a las mujeres donde acudirían si se presenta una complicación, el 50% dijo que primero acudirían al SCS y el otro 50% irían en primer lugar al hospital más cercano (Limones, Borbón y Esmeraldas). La mayoría indicó que no tendrían problema para salir porque hay el servicio de la ambulancia y el bote rápido en el servicio de salud o pueden ir en carro o lancha particular. Sólo dos personas indicaron que si hay *“marea baja”* no podrían utilizar la canoa a motor.

11. DISCUSIÓN

El cuidado primario prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido, con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de Salud Pública, se hace prioritario, no sólo un aumento de la cobertura del control prenatal, sino una adecuada intervención sobre los factores de riesgo presentados en las distintas etapas del proceso reproductivo. Para esto es necesario mejorar la identificación y el seguimiento de la madre y el niño, una educación permanente, tanto a la población (embarazadas y sus familiares) como al personal de salud, que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

La hipótesis de cambio de este estudio se centró en implementar estrategias con los servicios de salud (atención usuarias y capacitación personal de salud) y con la comunidad (educación sobre señales de peligro) que permitan mejorar la identificación y manejo de riesgos y/o complicaciones en embarazadas y niños.

Si bien se conoce que los hospitales de distritos por diferentes factores (personal no calificado en atención de emergencias obstétricas/neonatales, falta de equipos e insumos, entre otros) también constituyen un importante *cuello de botella* para el mejoramiento de la calidad de atención de la madre-niño, se decidió realizar la intervención solo en el primer nivel de atención, porque se considera que en esos servicios la atención materna y neonatal, además de ser más cercana a las mujeres y sus familias, ofrece todo un conjunto de medidas asistenciales que pueden mejorar mucho los resultados de salud de las madres y sus recién nacidos mediante el tratamiento de los riesgos antes de que se conviertan en potencialmente mortales, así como con la prevención de las complicaciones. La experiencia demuestra que, incluso en ausencia de hospitales, la atención materna y neonatal de primer nivel puede reducir la mortalidad materna a menos de 200 defunciones por 100 000 NV en circunstancias óptimas. (OMS, 2005)

Esta discusión se centra en analizar ¿cómo se puede garantizar la aplicación de herramientas-instrumentos sencillos que ayuden a mejorar la captación de embarazadas, identificación/manejo de riesgos y su seguimiento? y evaluar ¿cómo a través de estas herramientas, en combinación con la capacitación permanente del personal y educación a las mujeres, se puede detectar y manejar adecuada y oportunamente riesgos y/o complicaciones que eviten problemas potencialmente mortales?

En este estudio se observó que la elaboración del croquis y/o del mapa del área concentrada o de influencia permitió la ubicación, de manera gráfica de los lugares de residencia de las embarazadas, lo que facilitó su seguimiento; en especial a aquellas a las que se les había detectado algún factor de riesgo o complicación. La frecuente utilización y actualización de esta herramienta hizo que el personal de salud, especialmente la enfermera, se involucre en esta actividad y comprenda la importancia de este instrumento para el monitoreo de embarazadas y de otros grupos de riesgo (HTA, TB).

No fue posible ubicar en el mapa (aunque estuvo elaborado con el apoyo de los promotores) a las embarazadas de las comunidades del área de influencia; dejando así un vacío de información justamente en relación a quienes tienen mayor riesgo y menor accesibilidad a los servicios de salud. El equipo de salud necesita tiempo y una muy buena coordinación con los promotores de salud para realizar esta tarea, lo que en el trabajo cotidiano se ve limitada por las múltiples actividades y/o programas que lleva este personal y posiblemente porque la información que manejan no les genera confianza.

La experiencia adquirida en los programas de planificación familiar a nivel comunitario tanto en Indonesia como en Bangladesh, demuestra que los mapas sencillos pueden servir como medios de información útiles para ayudar al personal de salud y/o voluntarios a conocer mejor a los miembros de su comunidad y tener una idea de las necesidades que tienen en materia de anticonceptivos y atención prioritaria a grupos de riesgo. El personal de salud puede utilizar la información que aparece en un mapa para planear las actividades de información, educación y comunicación (actividades de IEC), para visitar por actividades preventivas a embarazadas de riesgo y/o renuente de asistir a controles, recién nacidos, así como para mejorar la calidad de las estadísticas que recopilan. Para los usuarios de servicios de salud es novedoso y de interés porque se reconoce el sitio donde viven y lo pueden localizar si se presenta una emergencia. (Proyecto Family Planning Management Development (FMPD))

El tarjetero es otro de los instrumentos aplicado, también permitió el involucramiento del personal de salud (especialmente enfermeras y obstetrix) en su elaboración y manejo; lo que hizo que el personal de salud, señale especialmente las variables de salud que deben constar en este instrumento, realice su llenado y su actualización. Además mejoró la captación de embarazadas, principalmente del área concentrada, su identificación y clasificación de riesgo en las diferentes etapas del proceso reproductivo y su seguimiento. Otra herramienta que no fue utilizada formalmente en este estudio, pero es conocida por el personal de salud y manejada por los promotores de salud es el cuaderno epidemiológico que también permite la captación, e identificación de riesgos de las embarazadas del área dispersa.

El tener condensada, en un documento sencillo y fácil de manejar, información personal y de salud de cada una de las usuarias, unido a que este documento se encuentra organizada en un tarjetero que permite su ubicación rápida hace que el personal de salud vigile los riesgos y evalúe la atención y tratamiento que presta a la embarazada. Además posibilitó que estos profesionales se entrenen en diseñar, adecuar y aplicar instrumentos de acuerdo al contexto local y a recopilar información para su análisis y toma de decisión: un primer paso para el desarrollo autónomo de procesos investigativos locales. En este sentido el ordenamiento del fichero bajo categorías relacionadas a la toma de decisiones, y no por criterios burocráticos (por ejemplo alfabético, número de cédula, o de HC, etc.) constituye también en un importante elemento de aprendizaje.

La visita domiciliaria, como instrumento de seguimiento y educación enfocado especialmente a pacientes identificadas como en riesgo fue utilizada por el personal de salud, principalmente para monitorear a embarazadas con complicaciones, mujeres de post

parto y recién nacidos. Varios estudios llevados a cabo en Bangladesh, India y Pakistán han mostrado que las visitas domiciliarias pueden reducir entre el 30% y el 61% de las muertes en recién nacidos en países en vías de desarrollo, en entornos de mortalidad elevada. Las visitas han aumentado la asistencia a controles de embarazadas de riesgo, han mejorado la cobertura de prácticas clave de atención neonatal tales como el inicio temprano de la lactancia materna, su uso exclusivo, el contacto piel a piel, el retraso del primer baño y el prestar atención a la higiene y realizar la curación del cordón umbilical en condiciones higiénicas. (OMS/UNICEF, 2009)

Se evidenció que en los encuentros educativos hubo conveniente participación tanto de usuarias como del personal de salud, con una buena coordinación, motivación y confianza que hizo que las embarazadas puedan conocer sobre su embarazo, el parto, cuidado del recién nacido, pero sobre todo identificar algunos signos de peligro (aunque esto no fue mencionado como un aprendizaje primordial de los encuentros educativos, si se evidenció su conocimiento), saber dónde acudir y cómo llegar al servicio. La metodología utilizada, en ocasiones con la presentación de figuras grandes sobre los peligros o enfermedades que se podían dar, o el uso de un juego de dominó con estas mismas figuras ayudó en la comprensión de los temas y fue fácil manejar. Hubiera sido importante incluir en las capacitaciones a familiares y mujeres en edad fértil, pero la limitación de tiempo y el poco trabajo comunitario con estos grupos lo impidieron. Es primordial capacitar a las familias (en particular a madres y padres) para cuidar debidamente a sus hijos recién nacidos, reconocer las señales de peligro a tiempo y obtener inmediatamente ayuda profesional si surgiera alguna dificultad. (OMS, 2005)

Un elemento fundamental que se consideró en este estudio -para mejorar la calidad de la atención obstétrica y perinatal- es la capacitación permanente del personal de salud que le permita mejorar sus competencias en manejo del riesgo obstétrico para su aplicación en el trabajo cotidiano. De lo previsto para la implementación de un programa de capacitación en servicio, se logró realizar el taller inicial con el equipo de salud, pero lamentablemente no se pudieron realizar los encuentros formales de supervisión capacitadora. Se realizaron encuentros no formales de discusión del llenado de la ficha materna-perinatal, de dificultades para la aplicación de normas y protocolos de manejo de principales complicaciones como embarazo más hipertensión, pre-eclampsia - eclampsia, hemorragia e infección.

Se observaron mejoras en el llenado de la ficha materno-perinatal (componente parto, post parto) y en el manejo de algunas complicaciones presentadas; así como una más oportuna referencia de casos y un aumento de partos institucionales y en la cobertura post parto. Ciertamente, los procesos de educación permanente con acompañamiento en el servicio pueden ayudar al personal a cambiar y mejorar prácticas y condiciones maternas-neonatales que resultan en demoras innecesarias. Dado que las complicaciones son en gran medida imprevisibles y pueden convertirse con rapidez en potencialmente mortales, una atención profesional inmediata y eficaz en el embarazo, durante el parto y después de él puede salvar la vida de las mujeres y de sus hijos recién nacidos. (OMS, 2005)

Un factor que limita la utilización de los instrumentos y dificulta incluso la aplicación de los aprendizajes adquiridos mediante estas capacitaciones es la falta de trabajo en equipo, que

no solo, como en el caso de la Unidad de Salud de La Tola, resta tiempo para que la enfermera pueda dedicarse a estas actividades, sino que incluso tiene un efecto desmotivador y hace que la comunicación no sea asertiva.

Es importante señalar, que los progresos logrados no pueden ser atribuidos a ninguna intervención en forma aislada o individual: los resultados que se presentan a continuación son consecuencia de aplicar acciones combinadas sobre servicio de salud y la comunidad, y de invertir en mejorar las capacidades del personal. Se presentan la evaluación de los logros obtenidos mediante estas acciones y de qué manera estos contribuyen al mejoramiento del manejo de riesgo obstétrico y perinatal.

Se evidenció que las coberturas de parto institucional y de post parto mejoraron en aproximadamente un 100% comparado con el año 2010, aunque no alcanzaron las coberturas recomendadas, las tasas de concentración para estas atenciones continuaron siendo bajas. Se conoce que a nivel nacional y local (con los EBAS y las visitas comunitarias) se han realizado avances en lo referente a ampliar la accesibilidad y garantizar al menos una consulta prenatal, lo que ha permitido tener coberturas altas en la atención a gestantes; no así en las tasas de concentración que todavía no alcanzan lo mínimo recomendado, aunque la del post parto y la captación temprana (durante el primer trimestre) de las embarazadas ha mejorado considerablemente.

Se puede indicar que el uso de herramientas adaptadas al contexto local como los mapas, tarjetas y visitas domiciliarias, contribuyó a mejorar las coberturas de atención y de cierta manera la concentración de atención de post parto. Se espera que, al seguir con su uso, estas contribuyan a que los equipos de salud puedan asegurar buenas coberturas tanto de parto institucional como de controles post parto. También se espera que se puedan alcanzar al menos los valores mínimos recomendados de concentración para estas atenciones, para lo cual es importante, empezar lo más temprano posible con los controles, a fin de asegurar que las intervenciones sean efectivas.

Se logró mejorar la identificación de riesgos, en especial complicaciones presentadas en el embarazo y en el parto, dar un tratamiento adecuado de acuerdo a protocolos y hacer una referencia oportuna. Todas las embarazadas identificadas con riesgo y las que desarrollaron una complicación tuvieron un parto institucional. Los estudios han demostrado que *todas* las embarazadas corren el riesgo de mortalidad y morbilidad materna. No todas las emergencias obstétricas pueden predecirse o prevenirse, pero muchas pueden ser tratadas con un reconocimiento oportuno y manejo apropiado. (Rae, 1998)

Las principales complicaciones presentadas fueron la eclampsia – pre-eclampsia, hemorragia, parto pre-termino e infección puerperal. Según otros estudios realizados en contextos similares, las complicaciones más comunes del embarazo incluyen la pre-eclampsia-eclampsia que afectan al 2.8% de las gestaciones en los países en desarrollo y al 0.4% en los países desarrollados; estas dos enfermedades provocan muchos casos potencialmente mortales y en el mundo se llevan cada año la vida de más de 63.000 madres. La hemorragia causada por el desprendimiento prematuro de la placenta o por la placenta previa afecta al 4% de embarazadas. (OMS, 2005)

Se pudo evidenciar que el 67% de las embarazadas conocen al menos dos señales de peligro; también saben dónde acudir en caso de una emergencia y la forma de llegar al servicio de salud más cercano; a pesar de ello, todavía una de las complicaciones se produjo porque una mujer no pudo o no quiso salir a tiempo de su comunidad para buscar ayuda en el hospital. Se ha probado que la mejora en el conocimiento de las señales de peligro y el saber a dónde dirigirse para una atención obstétrica especializada, combinada con la mejora de las competencias de los proveedores para manejar un parto seguro o referir casos complicados, incrementa el número de mujeres que dan a luz con apoyo de una atención calificada, según un estudio realizado en Bolivia, Guatemala, e Indonesia. (Mother Care, 2000).

Todavía no se puede comprobar fehacientemente que las intervenciones realizadas hayan logrado un impacto en indicadores de morbi – mortalidad materna o perinatal: hay que subrayar que no se presentaron muertes maternas y que las tasas de mortalidad neonatal y perinatal disminuyeron en comparación con el 2010. Estudios indican que el énfasis en la atención prenatal y post natal a través de intervenciones como identificación temprana de riesgos, manejo adecuado de complicaciones, referencia oportuna; así como la educación en salud brindada a las embarazadas para mejorar las prácticas de atención neonatal domiciliaria (lactancia materna, cuidados del ombligo), reconocimiento de señales de peligro y la búsqueda temprana de atención en caso de enfermedades, podrían mejorar la supervivencia de los neonatos. (Gary L. et al, 2005)

La mayoría de complicaciones y muertes materna y/o neonatales son evitables: en varios estudios se ha demostrado que hay intervenciones sencillas y costo efectivas que pueden mejorar la sobrevivencia de la madre y el niño. (OMS, 2005) El fallecimiento de una madre se percibe como una tragedia particularmente grave, debido al arraigado sentimiento de que nadie debería morir en el curso del proceso normal de la reproducción, así como los efectos devastadores que tiene en la familia. En todas las culturas, las familias y comunidades reconocen la necesidad de cuidar de las madres, los niños y de procurar hacerlo lo mejor posible.

12. CONCLUSIONES

La prevención de la morbilidad, la mortalidad materna y neonatal es una tarea compleja. Requiere nuevos comportamientos por parte de las madres y sus parejas, la educación a la población (embarazadas, familias) y un incremento en el uso de servicios de salud materna de alta calidad a todos los niveles. Además de los nuevos comportamientos, el acceso a los servicios de salud materna depende de una cadena interdependiente de eventos que deben funcionar bien y en su mayoría simultáneamente. Una sola falla en la cadena puede resultar en la muerte y/o en la incapacidad, aun cuando todas las otras piezas estén funcionando correctamente. Las usuarias, los miembros de los hogares, comunidades, proveedores de servicios de salud, deben actuar en concordancia para que se puedan dar cambios y su sostenimiento.

Este trabajo estuvo enfocado en incrementar la calidad de la atención materna-perinatal prestada en el primer nivel, con énfasis en una mejor identificación y un adecuado y oportuno manejo de los factores de riesgo y de las complicaciones que se presenta en esta población. Para esto se utilizaron herramientas sencillas y educación en servicio para el personal de salud, que permitieron realizar un adecuado seguimiento de embarazadas y las mujeres de post parto evitando así eventos potencialmente mortales. Aunque este estudio muestra resultados muy positivos en relación a los objetivos propuestos, se piensa que el mejoramiento de la calidad (efectividad, oportunidad, continuidad) de la atención obstétrica y perinatal en los hospitales de distrito y de la provincia es una deuda impostergable.

El uso de las diferentes herramientas para el seguimiento de las pacientes permitió:

- El involucramiento del personal de salud, principalmente enfermeras en el diseño, elaboración e implementación de los mismos a nivel local.
- Disponer de un registro sencillo y fácil de manejar para la captación, identificación y seguimiento de las embarazadas y mujeres de post parto, especialmente las de riesgos.
- Recoger información, hacer su análisis y tomar decisiones.
- Mayores conocimientos e interés por el tema de parte del personal de salud, compromiso y dedicación por las pacientes que abandonan.

Además la combinación de estos instrumentos, con la educación a la población y capacitación permanente del personal de salud contribuyeron a revisar y transformar algunos indicadores negativos relacionados a la salud materna-neonatal que habían sido detectados en el análisis situacional inicial. Por ello:

- Aumentaron las coberturas de parto institucional y de post parto; se logró acortar el periodo en que se realizaban las visitas domiciliarias a mujeres de post parto y sus recién nacidos a antes de los 10 días posteriores al alumbramiento (periodo de mayor riesgo).
- Mejoró el llenado de la ficha materna perinatal en los componentes de parto y post parto.
- Se identificaron factores de riesgo y/o complicaciones en embarazadas, durante el parto y post parto (antes de las 20 semanas), su manejo fue de acuerdo a normas y protocolos establecidos y se hizo una referencia oportuna.
- La mayoría de las complicaciones presentadas durante el embarazo y en el parto fueron referidas y tuvieron un parto hospitalario.
- Hubo una mejor interacción entre las embarazadas y el equipo de salud, mayor confianza en los servicios brindados.
- La educación a embarazadas incrementó sus conocimientos en relación a buenas prácticas en el embarazo, parto, cuidado del recién nacido y en el reconocimiento de señales de peligro.
- Aunque se conoce que la mortalidad materna y neonatal depende de muchos factores y lleva tiempo reducirla, se presenta la información como forma de evidenciar muertes evitables. En el año de intervención se presentaron sólo dos muertes perinatales, número bastante menor al del año 2010, en que se produjeron seis de estas muertes.

Aunque hubo aceptación y la mayoría de las estrategias propuestas se implementaron sin contratiempos, pero con ciertas limitaciones, su sostenibilidad depende del tiempo y la

dedicación que le proporcionen los equipos de salud a su uso y actualización. Se requiere además de un acompañamiento por parte de un equipo externo (equipo de coordinación del área) para que observe, modele, proporcione retroalimentación constructiva y motive la transferencia y mejoría de las habilidades. Es decir que brinde apoyo contextualizado y de ser el caso, individualizado a fin de impulsar los esfuerzos del personal para cambiar su propio desempeño y que se materialice en una atención que salve vidas.

13. RECOMENDACIONES

Esta investigación/intervención se realizó en el primer nivel de atención, posiblemente ésta sea la principal debilidad del estudio, porque en el análisis situacional se evidenció que en el hospital de distrito existen serios problemas en la atención obstétrica-neonatal. Hay una baja capacidad resolutoria para resolver las emergencias obstétricas que son referidas de las unidades de primer nivel, no se tratan adecuadamente las complicaciones y su referencia no es oportuna lo que tiene como consecuencia que se produzcan muertes maternas y perinatales. Es primordial que se analicen estos problemas y se inicie a corto plazo una intervención con estrategias y/o instrumentos sencillos adaptados al nivel hospitalario que ayuden a superar estas deficiencias.

Además recomendamos:

Elaborar e implementar nuevas herramientas, o incorporar el uso de las ya existentes como el cuaderno epidemiológico del promotor, que le permita al personal de salud tener información sobre el seguimiento de la madre y el niño en el área dispersa y le ayude en la toma de decisión. Es prioritario enfocar esfuerzos en la población que vive en las zonas más alejadas, ya que es allí donde se pueden producir más problemas.

Propiciar que estas herramientas sean los medios para que el personal de salud se acerque más a las usuarias, sus familias y a la comunidad (parteras, promotores de salud) con la finalidad de mejorar el diálogo e incrementar la confianza en los servicios de salud.

Otro aspecto a considerar es que se debe continuar con la educación a embarazadas sobre señales de peligros presentadas en las distintas etapas del proceso reproductivo y en el recién nacido. Se propone extender esta capacitación a mujeres en edad fértil, familiares y población en general como estrategia para mejorar la detección de riesgos, fomentar los partos hospitalarios y el uso temprano de servicios de salud, sobre todo en el momento de presentarse complicaciones.

Fortalecer la capacitación en servicio para el personal de salud como forma de mejorar competencias para la atención de madres y recién nacidos, sobre todo en la identificación de riesgos, los cuales sean utilizados para la toma de decisión diagnóstica, terapéutica y/o de referencia. Es esencial que se continúe con la supervisión capacitante como forma de apoyar al personal de salud en el propio terreno, en el análisis de dificultades, limitaciones en la aplicación de normas, en el uso de protocolos con el objetivo de buscar alternativas de solución que puedan servir para ese contexto.

Se debería reactivar el Comité de Mejoramiento Continuo de la Calidad Materna Neonatal que hay en los hospitales de distrito, para que ellos sean los encargados de realizar la educación permanente mediante la capacitación en servicio al personal de las unidades de salud de primer nivel. Que esta formación no se limite únicamente a la revisión de cumplimiento de estándares en la atención materna-neonatal, sino que realmente sea una capacitación-acompañamiento centrada en las necesidades y problemas identificados y la búsqueda de solución; por ejemplo, mediante la utilización de casos-problemas extraídos de la realidad local.

Se ha venido realizando la vigilancia de eventos centinelas (casos graves y muertes) por los promotores de salud, pero es imprescindible que los equipos de salud se involucren más en esta actividad y que se haga énfasis en la recolección de casos graves y/o muertes evitables maternos-neonatales. Además de la recolección del dato numérico, se debe recoger la “historia de vida”, lo que permitirá conocer las barreras que ocasionaron alguna demora, así como realizar el análisis de la actuación de los diferentes actores; esta información ayudará a evitar que se produzcan casos parecidos.

En nuestro caminar por las comunidades, como parte de los equipos de salud y en el trabajo cotidiano con diferentes actores (personal de salud, promotores de salud, parteras), la EPICOM se ha convertido en un enfoque/herramienta de trabajo con y para la gente que pretende garantizar derechos. En este sentido quiero concluir esta investigación/intervención citando una de las palabras claves que surgieron del diálogo realizado con las parteras Afro ecuatorianas del Norte de Esmeraldas en relación con el buen nacer, motivando a los equipos de salud a su reflexión:

“Compromiso-Seguimiento: *es el compromiso que se hace con la mujer desde que está embarazada hasta cumplir la dieta y que sigue de por vida. Es un camino largo con las variantes propias de la cultura: desde los consejos para el cuidado de la ropa del niño, las tocadas de la barriga, acomodados de utensilios, de la cama o nido para el parto, rituales del parto hasta la movilización de la partera a la casa de la parturienta, el recibimiento del niño y cuidado de la mujer en la dieta; es brindar una atención continua e integral a la mujer y su familia en todo el proceso del embarazo-parto-post parto, garantizando una atención digna, humana y de calidad.*

En EPICOM, el seguimiento es la creación de condiciones de atención-mirada a los diferentes contextos, personas, familias en un intercambio constante de conocimientos entre los diferentes actores a fin de que no existan huecos, discontinuidades, sino condiciones que permitan garantizar el derecho a la vida que tienen todas las personas”. (CECOMET, 2011)

14. BIBLIOGRAFÍA

CECOMET. (2011). *Las Parteras Afroecuatorianas del Norte de Esmeraldas Toman la Palabra: tradiciones, memoria, visiones y propuestas para un buen nacer*. Esmeraldas: CECOMET.

CLAP/SMR. (2007). *Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizado en APS*. Uruguay: OPS/OMS.

CLAPS/OPS. (s.f.). Recuperado el 26 de agosto de 2011, de <http://www.delivermow>

Davini MC, Nervi L & Roschke MA. (2002). *Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Serie observatorio de Recursos Humanos No 3*. Quito: OPS/OMS.

De Peza L & Basurto C, Ministerio de Salud del Perú y Management Science for Health (MSH)/Family Planning Management Development (FPMD). (1999). *Centro de recursos electrónicos de actualidad gerenciales/La caja de herramientas gerenciales*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2010, de <http://www.erc.msh.org>

Debrouwere I & Pesse K. (2006). *Lineamientos para una Metodología de Enseñanza-Aprendizaje sobre Investigación en sistemas de Salud*. Quito: PUCE-ISP.

Gary L. et al. (03 de Marzo de 2005). *The Lancet*. Recuperado el 15 de 09 de 2010, de <http://image.thelancet.com/extras>

Gay J, Ardu K et al. (2003). *Slavando vidas: Una Guía de Programas y Políticas como Argumento de Intervenciones Exitosas en Planificación Familiar, Maternidad Segura y ITS/VIH/SIDA*. Estados Unidos: Proyecto Policy.

Haddad J, M Claren & Davini M. (1994). *Educación Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos.No 100*. Washington: OPS/OMS.

León W, Yépez E & Nieto M. (2008). *Norma y Protocolo Materno*. Quito: MSP.

Mercenier P & Van Balen H. (1997). *Bases de Organización de los Servicios de Salud*. Amberes-Bélgica: Instituto de Medicina Tropical.

MSP. (2009). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - Familiar, Comunitario e Intercultural*. Quito: MSP.

MSP y Bienestar Social Paraguay/OPS/UNFPA. (2007). *Modelo Nacional de Educación Permanente en Salud*. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay.

OMS. (2005). *Informe sobre la Salud en el Mundo: "Cada madre y cada niño contarán"*. Ginebra: OMS.

OMS/UNICEF. (2009). *Visitas Domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la Supervivencia*. Ginebra: OMS.

OPS/OMS. (1986). *Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil*. Washington: OPS.

Proyecto Family Planning Management Development (FMPD). (s.f.). *Centro de recursos electrónicos de actualidad gerencial*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2011, de El Uso de Mapas para Mejorar los Servicios: <http://www.erc.msh.org>

Rae, S. (1998). *Promoviendo la Calidad del Cuidado Materno y del Recién Nacido: Un Manual de Referencia para Gerentes de Programas*. Washington: CARE.

Rigol, O. (2004). *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Ciencias Médicas.

Salas B & Sevilla F. (2008). *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Quito: MSP.

Salas B, Yépez E et al. (2008). *Lecciones aprendidas por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la atención Materna - Neonatal*. Quito: MSP.

Yinger N & Ranson E. (2006). *La Continuidad en la atención del recién nacido, madres y niños*. Washington: Save The Children/PRB.

Anexo No 2: Ficha materno-Perinatal (formulario # 051-MSP)

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE: _____ **APELLIDO:** _____

DOMICILIO: _____ **TELEF:** _____

LOCALIDAD: _____ **EDAD (años):** _____

ETNIA: blanca indígena negra otra

ALTA BETA: **ESTUDIOS:** escolar univ. estable univ. inestable alfabeto otro

ESTADO CIVIL: casado viudo soltero divorciado otro

ANTECEDENTES:

FAMILIARES: TBC diabetes hipertensión epilepsia eclampsia otra cond. médica grave

PERSONALES: TB VIH alcoholismo drogadicción violencia

OBSTETRICOS: gestas previas abortos partos cesáreas nacidos vivos nacidos muertos muertos después Tº sem.

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día _____ mes _____ año _____

EMBARAZO PLANEADO: **FRACASO METODO ANTICONCEP:**

OBSTETRICOS (cont.): ULTIMO PREVIO: <2500g normal >4000g Análisis de pervenir no

GESTACION ACTUAL: PFP: _____ día _____ mes _____ año _____

EG CONFIABLE por FUM: Eto <20 s no

FUMACT: 1º trim 2do trim 3º trim

ALCOHOL: **VIOLANCIA:**

ANTRIRRUCOLA: **ANTITETANICA:**

EX NORMAL: **OOONT MAMAS:**

CERVIX: normal anormal **GRUPO:** Rh **TOXOPLASMOSIS:** <20sem IgG >20sem IgG 1º consulta IgM

CHAGAS: **BACTERIURIA:** **GLUCOSA EN ANURIAS:** **TEST DE O'Sullivan:** **ESTREPTOCOCCO B:** **PREPARACION PARA EL PARTO:** **CONSEJERIA:**

CONSULTAS ANTEMEDIALES:

dia	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presión (sistol)	FCP (bpm)	movim. fetales	proteínuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	dicame: feticio	prxima cita

PARTO: **ABORTO:** **HOSPITALIZ. de EMBARAZO:**

FECHA DE INGRESO: día _____ mes _____ año _____

CONSULTAS PRE NATALES:

CARN: **INICIO:** espont. inducido cesá. elect.

RUPURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: **EDAD GEST. al parto:** <37 sem. >37 sem.

PRESENTACION SITUACION: cefalica pélvica transversa

TAMANO JE TAL ACORDE: **ACOMPANANTE TDP:** pareja familiar otro ninguno

EMERGENCIAS: HTA previa HTA inducida embarazo preeclampsia eclampsia cardiopatia nefropatia diabetes

EMERGENCIAS (cont.): infec. útero infec. placenta RCIU coágulo ven. de miembros anemia otro cond. grave

NACIMIENTO: **MUERTO:** **POSICION PARTO:** **DESGARROS:** **MANEJO ACTIVO:** **PLACENTA:** **RECIBIO:**

RECIENACIDO: SEXO: **PESO AL NACER:** **EDAD GESTACIONAL:** **PESO E.G. APGAR:**

DEFECTOS CONGENITOS: **ENTRENAMIENTO:**

EGRESO RN: **EGRESO MATERNO:**

REFERIDO: **ANTICONCEPCION:**

CONSEJERIA:

METODO ELIGIDO:

RESPONSABLE: _____

Anexo No 3: Tarjeta de seguimiento materno-neonatal

(Anverso)

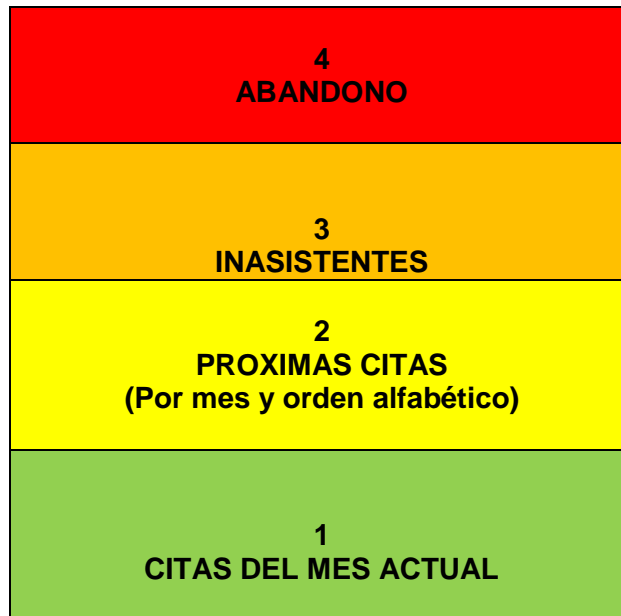
Comunidad/Sector/Barrio: _____		Unidad de Salud: _____	
Nombre de la Sra.: _____		Edad: _____	
Escolaridad: _____		Estado civil: _____	
Jefe Familia: _____		No HC: _____	
No. Ficha Familiar: _____		No Ubicación mapa: _____	
FUM: _____		FPP: _____	
Sem gest. (1er Cont.) _____			
G:	P:	C:	A:
HV:	HM:		
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ARO)			
ARO I - II		ARO III	
Primeriza <18 y >35 años Muy delgada o muy gorda Multiparidad Cesáreas repetidas (2 y más) y recientes (<2 años) Antecedentes abortos (3 y más) Enfermedad crónica (TB, HTA, Diabetes, epilepsia) Complicaciones anteriores (niño muerto, preeclampsia-eclampsia, hemorragia) Embarazo gemelar Mala presentación Violencia		Sí.. No..... Aborto Hemorragia (placenta previa, desprendimiento placenta) Preeclampsia-eclampsia Embarazo ectópico Ruptura prematura de membranas Amenaza parto prematuro y/o parto prematuro Patologías (cardiopatías, anemia, VIH+) Parto com mala presentación Parto prolongado Parto de niño muerto Infección	
		Sí No.....	

(Reverso)

	1ER. CONTROL	2DO. CONTROL	3 ER. CONTROL	4TO. CONTROL	5TO. CONTROL	6TO. CONTROL
Fecha						
Vacunación						
Perfil (Lab.) Prenatal						
Factor Riesgo						
Complicaciones						
Tratamiento						
Referencia						
Contra Ref						
Parto	Fecha..... Normal SI... NO... Sem.Gest..... Lugar parto..... Quien atendió..... Complicación SI.... NO..... Cuál Ref					
RN	Nacido Vivo: SI.... NO... Sexo: M.... F..... Complicación: Sí.... NO.... Cuál Referencia.....					
Post parto	Fecha control..... Lugar control..... Actividades realizadas: Complicación..... Referencia:					

TARJETERO DE SEGUIMIENTO

1 CITAS DEL MES ACTUAL	2 PROXIMAS CITAS (Por mes y orden alfabético)	3 INASISTENTES	4 ABANDONO
<p>Citas del mes: Tarjetas que tienen citas en el mes (en estricto orden alfabético).</p> <p>Una vez atendida la usuaria, se colocará su tarjeta en el casillero 2 en el mes al que corresponde su próxima cita.</p> <p>Al finalizar el mes actual, todas las tarjetas que se queden en el casillero 1, serán colocadas en el casillero 3 (inasistentes).</p>	<p>Próximas citas: Tarjetas distribuidas de acuerdo al mes correspondiente a su próxima cita. La tarjeta debe colocarse en orden alfabético en la sección que corresponde al mes que espera que regrese.</p> <p>Por ejemplo: La tarjeta de una usuaria que vino en el mes de septiembre al control de embarazo se espera que regrese al siguiente mes, por lo que su tarjeta debería colocarse en el mes de octubre</p>	<p>Inasistentes: Sección donde se guardarán las tarjetas de las usuarias que no acudieron a su cita.</p> <p>Al final de cada mes, las tarjetas de inasistentes se programarán para visitas domiciliarias hasta en dos ocasiones para motivar a que regresen al servicio/control. Si no asisten, se debe colocar su tarjeta en el casillero 4: Abandono</p>	<p>Abandono: Usuaria inasistente que no acudió a su cita después de 2 visitas consecutivas o que no es "ubicable".</p>



VISTA FRONTAL DEL TARJETERO DE SEGUIMIENTO

Anexo No 4: Croquis y mapas



Anexo No 5: Plan de instrucciones operativas

ESTRATEGIAS/ ACTIVIDADES	TAREAS (Qué hacer)	PROCESO A SEGUIR (Cómo hacerlo)	TIEMPO (Cuándo)	RECURSOS (Con qué)	RESPONSABLES (Quiénes lo hacen)
<p>Elaboración, utilización y actualización de mapas para la ubicación de las embarazadas, en especial las de riesgo</p>	<p>Elaboración:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisar los croquis que tienen los promotores de cada comunidad. Pedir a la Junta Parroquial el plano catastral de la cabecera parroquial Constatar mediante caminatas en la comunidad las principales características, atractivos, vías, etc., e ir las dibujando y actualizando. Contratar y trabajar con el diseñador gráfico. Elaborar borradores y revisarlo con el personal de salud. Imprimir el croquis y mapas en tamaño grande. Ubicarlo en la sala de espera de la unidad de salud <p>Utilización y actualización:</p> <ul style="list-style-type: none"> Decidir con el personal, la simbología a utilizar Ubicar a todas las embarazadas con simbología/color escogido, y distinguir a la de riesgo con un color diferente. Actualizar a medida que ingresan nuevas embarazadas. 	<p>Mediante recorridos de observación en las comunidades.</p> <p>Dibujo y revisión de borradores</p> <p>Sesiones de trabajo con un diseñador gráfico para adaptación de diseño.</p> <p>Impresión en grande y colocación en un lugar visible.</p> <p>Actualización permanente</p>	<p>En un mes (octubre)</p> <p>Todos los meses (inició en noviembre)</p>	<p><u>Humanos:</u> promotores de salud, enfermeras, investigadora, diseñador gráfico</p> <p><u>Materiales:</u> computadora, corcho grafo, cintas adhesivas de colores, alfileres</p> <p><u>Económicos:</u> Pago al diseñador gráfico. Pago de las impresiones de los mapas.</p>	<p>Equipo de salud (médico, enfermera)</p> <p>Promotoras de salud</p> <p>Investigadora</p> <p>Equipo de salud (especialmente enfermera)</p>
	<p>Elaboración:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reunión con el personal para compartir ideas 	<p>Discusión con el equipo</p>	<p>Un mes</p>		<p>Investigadora y</p>

<p>Elaboración, utilización y actualización de tarjetero para la identificación-seguimiento de las embarazadas</p>	<p>sobre la elaboración de las tarjetas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentar un pre-diseño de la tarjeta con variables personales y de salud de gestantes. Teniendo como referencia algunas variables la ficha M-P de la HC y de la de seguimiento de promotores de salud. • Realizar sesiones para revisión de variables y diseño y pedir opinión de personal externo. • Elaborar las tarjetas de las usuarias con las recomendaciones. • Imprimir las tarjetas y llevarlas a la unidad de salud. • Elaborar un tarjetero en madera y llevarlo a la unidad de salud. • Organizar el tarjetero con nombres en las diferentes secciones. • Hacer una guía de uso del tarjetero. <p>Utilización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llenar las tarjetas en el momento de atención de las embarazadas. • Actualizar a medida que ingresan nuevas embarazadas. • Organizar las tarjetas de acuerdo a citas. • Revisar el fichero para identificar a las que no asisten a control. • Programar una VD a las que no asisten a control en un mes. 	<p>de salud de variables a incluir.</p> <p>Pre-diseño y revisión de tarjeta.</p> <p>Mejora de tarjeta con aportes de equipo de salud y personal externo.</p> <p>Diseño e impresión de las tarjetas.</p> <p>Identificación de las diferentes secciones del tarjetero.</p> <p>Llenado de tarjetas con el personal de salud.</p> <p>Organización del tarjetero después de la atención.</p> <p>Actualización permanente.</p>	<p>(Septiembre)</p> <p>Todos los meses</p> <p>(Inició Octubre)</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>Equipo de salud, médica externa e investigadora.</p> <p><u>Materiales:</u></p> <p>Cartulina para tarjetas.</p> <p>Tarjetero de madera.</p> <p>Adhesivos de colores.</p> <p><u>Económicos:</u></p> <p>Pago de la impresión de las tarjetas</p> <p>Pago de la elaboración del tarjetero</p>	<p>equipo de salud (médico, enfermera y obstetriz)</p> <p>Equipo de salud (médicos, enfermeras y obstetriz)</p>
<p>Realización de visitas domiciliarias a las</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar con las tarjetas y en el mapa a embarazadas y mujeres de post parto con riesgos que necesitan VD. • Programar la VD. 	<p>Identificación de grupos de riesgo que necesitan VD</p> <p>Preparación de la VD</p>	<p>Todos los meses</p>	<p><u>Humanos:</u> personal de salud (médico, enfermeras, obstetriz)</p>	<p>Personal de salud (médico, enfermeras, obstetriz)</p>

<p>embarazadas y mujeres de post parto que no asisten a control a la unidad de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar visitas de seguimiento. Realizar actividades preventivas y de educación. Registrar las actividades de visita en la ficha familiar. Evaluar las actividades realizadas. 	<p>Ejecución de la VD</p> <p>Registro y evaluación de la VD</p>	<p>(Inició en octubre)</p>	<p><u>Materiales:</u> equipos (tensiómetro, termómetro, etc.)</p> <p>Fichas familiares, otros registros</p>	
<p>Capacitación en servicio de médicos, enfermeras y obstetrix para mejorar competencias en el manejo de riesgos obstétricos y perinatales</p>	<p>Planificación taller:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contactar con tutoras externas para realización taller y negociar fechas. Decidir con equipo de salud temas del taller. Elaborar una propuesta de agenda de taller para tutoras. Revisión, adecuación de contenidos, metodologías y tiempos del programa del taller con tutoras. Negociar fechas con profesionales de salud para el taller. Solicitar al área de San Lorenzo los permisos para los tutoras a través de la jefatura de Área de Limones. Solicitar al Área de Limones permiso para los profesionales de salud.(no dar atención) Preparar aspectos logísticos para el desarrollo del taller (auditorio, materiales, alimentación, movilización de tutoras y participantes) <p>Ejecución y Evaluación taller:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar el taller de acuerdo a agenda/planificación. Evaluación de taller mediante observación y entrevista informal con participantes Test de evaluación 	<p>Planificación</p> <p>Ejecución a través de metodologías participativas (exposiciones cortas con discusión, trabajo de grupos, análisis discusión y presentación de casos)</p> <p>Evaluación mediante la observación: interacción del grupo, uso de metodologías-técnicas, interés, preguntas.</p>	<p>A finales de Septiembre</p> <p>A finales de Octubre (un día)</p>	<p><u>Humano:</u></p> <p>Tutoras (dos), investigadora</p> <p>Apoyo de logístico</p> <p><u>Materiales:</u></p> <p>Retroproyector, computadora, fotocopias, paleógrafos, marcadores, pizarra de tiza líquida, gráficos, imágenes</p> <p>Juego de cadera-muñeco-placenta</p> <p><u>Económicos:</u></p> <p>Pago de combustible para movilización</p> <p>Pago de alimentación (almuerzos, refrigerios)</p> <p>Pago de fotocopias.</p>	<p>Investigadora</p> <p>Tutoras</p> <p>Apoyo de logística</p>

	<p>Supervisión capacitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formar el equipo de capacitación (obstetrix del área e investigadora) • Fijar fecha de capacitación en terreno. • Preparar la hoja de monitoreo supervisión. • Revisar HC por parte de investigadora antes de la capacitación en terreno. • Trabajar un día con los profesionales cada tres meses, revisando las HC y dialogando sobre dificultades en el trabajo. • Revisar protocolos de atención de complicaciones y el manejo de casos presentados. 	<p>Acompañamiento en terreno para desarrollo de competencias técnicas y humanas en el manejo de riesgos obstétricos-perinatales.</p> <p>Análisis de debilidades y fortalezas en el cumplimiento de lo programado.</p>	<p>Previsto la primera visita en diciembre</p> <p>(Cada trimestre)</p>	<p><u>Humano:</u></p> <p>Investigadora, Obstetrix del área y equipo de salud</p> <p><u>Materiales:</u></p> <p>Movilización, alimentación, material de papelería, HC</p>	<p>Obstetrix del área, investigadora y equipo de salud</p>
<p>Realización de encuentros educativos sobre temas relacionados al embarazo, parto, post parto y recién nacido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un listado de temas para los encuentros educativos con fechas probables. • Fijar una fecha para la atención de la embarazada, donde se haría los encuentros educativos. • Avisar a las embarazadas por diferentes medios (llamada telefónica, visita de promotores a sus casas, anotación en la pizarra) sobre las fechas de cada encuentro. • Preparación del plan de charla y del material educativo a utilizar. • Ejecución de las charlas. • Evaluación: entrevista a usuarias que asisten a las charlas. 	<p>Con una metodología participativa y con el uso de material didáctico novedoso, reflexión de HV de temas maternos, lograr que las usuarias comprendan la importancia de los temas, en especial de señales de peligro.</p>	<p>Todos los meses</p> <p>(Inicio en febrero)</p>	<p><u>Humano:</u></p> <p>Enfermera, médico, obstetrix</p> <p><u>Materiales:</u></p> <p>Afiches, paleógrafos, figuras, juegos. Proyector, computadora</p>	<p>Médico, enfermera y obstetrix</p>

Anexo No 6: Evaluación Operativa y Analítica

Anexo 6a: Evaluación operativa

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	FUENTE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Croquis y mapas para identificación-localización de gestantes y puérperas	Elaboración de croquis y mapas	Croquis y Mapas elaborados. Tipo de personal que participan en su elaboración. Calidad del mapa: información completa y veraz.	Mapas	Revisión documental y trabajo de campo	Lista de chequeo Fotos
	Utilización de croquis y mapas	Tipo de personal que los utiliza.	Personal de salud	Observación	Lista de chequeo
	Actualización de croquis y mapas	Tipo de personal que los actualiza. Número de veces que se los actualiza con las nuevas gestantes y las de riesgo.	Personal de salud	Observación	Lista de chequeo
Tarjetero-tarjetas de seguimiento	Elaboración tarjetas	Tipo de personal que participó en el diseño de las tarjetas. Adecuación y aceptación del diseño de las tarjetas por parte de quienes la usan.	Documento de reuniones	Revisión documental	Matriz de recolección de información
	Utilización de las tarjetas	Tipo de personal que registra la información en las tarjetas. Porcentaje de embarazadas que son registradas en las tarjetas en relación con el total de embarazadas.	Tarjetero, tarjetas	Revisión documental	Matriz de recolección de información

Visitas domiciliarias de seguimiento	Ejecución de la VD	<p>Porcentaje de embarazadas y mujeres de post parto que necesitan VD del total de embarazadas identificadas.</p> <p>Porcentaje de embarazadas de alto riesgo que recibieron VD.</p>	Registro de seguimiento y/o fichas familiares	Revisión documental	Matriz de recolección de información
	Actividades realizadas durante la VD	<p>Porcentaje de embarazadas que recibieron educación durante la VD.</p> <p>Porcentaje de embarazadas que se les explicó donde acudir si se presenta alguna complicación.</p> <p>Porcentaje de embarazadas que acuden a la unidad de salud del total de embarazadas con VD.</p>	Registro de seguimiento y/o fichas familiares	Revisión documental	Matriz de recolección de información
Capacitación en servicio a personal de salud	Taller	<p>Número de personas que asistieron al taller.</p> <p>Comprensión de los temas del taller.</p> <p>Percepción por parte de los participantes de la aplicabilidad de lo aprendido en el taller.</p>	<p>Lista de asistencia</p> <p>Test de evaluación</p> <p>Personal de salud que asistió al taller</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevista</p>	<p>Matriz de recolección de información</p> <p>Guía de entrevista</p>
	Supervisión capacitante	<p>Frecuencia de encuentros de revisión y discusión de protocolos de atención materno-perinatal.</p> <p>Frecuencia de encuentros de revisión y discusión de protocolos de principales complicaciones.</p> <p>Porcentaje de HCP donde se</p>	Personal de salud	<p>Revisión de documentos</p> <p>Revisión</p>	Matriz de recolección de información

		registran tratamientos de acuerdo a riesgos encontrados.	Historia clínica	documental	
Capacitación usuarias	Encuentros educativos	Número de encuentros educativos. Número de personas que asisten a los encuentros educativos. Comprensión de los temas.	Registro de asistencia Usuarias	Revisión de documento Entrevistas	Matriz de recolección de datos Guía de entrevista

Anexo 6b: Evaluación analítica

VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	FUENTE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Manejo obstétrica y perinatal	Atención preventiva	<p>Porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre.</p> <p>Cobertura de control prenatal.</p> <p>Tasa de concentración control prenatal</p> <p>Cobertura de parto institucional.</p> <p>Cobertura de control post parto</p> <p>Porcentaje de mujeres de post parto-recién nacidos que son visitadas antes de los 10 días.</p> <p>Percepción de las embarazadas sobre la importancia del control prenatal</p> <p>Percepción de las embarazadas sobre la atención recibida en la unidad de salud</p>	<p>HC</p> <p>Documentos de estadística del área</p> <p>Usuarías</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevista</p>	<p>Matriz de recolección de información</p> <p>Guía de entrevista</p>
	Detección de riesgos	<p>Porcentaje de embarazadas con riesgos identificadas</p> <p>Porcentaje de embarazadas con tipo de riesgos</p> <p>Porcentaje de embarazos ARO detectados oportunamente (1er</p>	<p>Tarjetero</p> <p>Ficha materno-perinatal</p> <p>Historia clínica</p>	<p>Revisión documental</p>	<p>Matriz de recolección de información</p>

		<p>semestre)</p> <p>Porcentaje de embarazos con diagnóstico AROs que fueron referidos.</p> <p>Tipos de AROs referidos</p>	Cuaderno del promotor		
	Manejo de riesgos y/o complicaciones	<p>Porcentaje de embarazos ARO cuyo riesgo fue manejado de acuerdo a protocolos.</p> <p>Porcentaje de embarazos con complicaciones manejadas de acuerdo al protocolo.</p> <p>Porcentaje de embarazadas que reconocen por lo menos dos signos de peligro.</p> <p>Porcentaje de embarazadas que saben dónde ir si surge una complicación.</p> <p>Tipos de servicios que requieren las embarazadas cuando surge una complicación.</p>	<p>Tarjetero</p> <p>HC</p> <p>Registro de referencia</p> <p>Usuarías</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevista</p>	<p>Matriz de recolección de información</p> <p>Guía de entrevista</p>
	Mortalidad	<p>Tasa de mortalidad materna</p> <p>Tasa de mortalidad perinatal</p> <p>Tasa de mortalidad neonatal</p>	Informe de monitoreo comunitario de eventos centinelas	Revisión documental	Matriz de recolección de información

Anexo No. 7: Ficha de evaluación de tarjetas e HC

Comunidad/sectorNo HC
 Nombres y apellidos.....
 Edad..... Raza.....
 Sabe leer y escribir: SI NO Nivel..... Estado Civil.....
 Patología crónica: NO SI Indicar..... **Talla**.....

N. Embarazos..... N. Abortos.....N. Partos..... N. Cesáreas.....N. Embarazo Gemelar.....
 Hijos nacidos vivos..... Hijos nacidos muertos.....
 Fecha último parto..... o aborto
 Antecedente de complicación en embarazo y/o parto.....

FECHA ÚLTIMA REGLA..... FECHA PROBABLE PARTO.....

CONTROLES EMBARAZO

Fecha	Edad Gesta	Peso Kg	PA	Altura Uterina cm	Presentación feto	Frecuencia Cardíaca Fetal	Movimientos Fetales	Proteinuria Si/no	Algunos signos de alarma, diagnósticos y Tratamientos	Embarazo Normal/ARO

ARO y/o complicación que se presente:

fecha:.....cual.....ref
 fecha:.....cual.....ref
 fecha:.....cual.....ref
 fecha:.....cual.....ref

PARTO

Fecha de PARTO A termino Sí NO Edad gestacional.....

Normal NO SICuál..... Referencia.....

Lugar del parto: Casa Unidad de salud..... Hospital Otro.....

Quién atendió: Partera.... Auxiliar.... Médico/obstetriz..... Sola..... Otro.....

I niña/o	Si es parto Gemelar: <u>II</u> niña/o
Nacido vivo SI NO	Nacido vivo SI NO
Sexo: M F Peso Kg	Sexo: M F Peso Kg
Complicación: NO SICuál	Complicación: NO SICuál
Referido:.....	Referido:.....

SEGUIMIENTO A LA MADRE, NIÑA/O EN LA PRIMERA SEMANA

Fecha control mamá: Visita Domiciliaria Sí NO Acude a la unidad de salud Sí No Complicación NO SICuál..... Referencia Actividades realizadas:	
I niña/o	Si es Parto Gemelar: <u>II</u> niña/o
Fecha control: Peso..... Kg Mama bien SI NO Ombligo Bien SI NO Complicación NO SíCuál..... Referencia	Fecha control: Peso..... Kg Mama bien SI NO Ombligo Bien SI NO Complicación NO SICuál..... Referencia

Adaptado de la Ficha de Seguimiento de la madre y el niño
Autor: CECOMET
Elaborado: Investigadora

Anexo No. 8: Guía de entrevista embarazada y mujeres post parto

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA LA EMBARAZADA Y MUJERES DE POST PARTO Unidad de Salud La Tola-Las Peñas

LUGAR DE LA ENTREVISTA:	FECHA:
DATOS DE LA USUARIA	
Categoría: _____	
Edad: _____	
Dirección: _____	
Fecha del último control: _____	
ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE SALUD:	
1. ¿Por qué vino hoy día al SCS?	
2. ¿Qué opina usted de los controles prenatales? ¿Para qué le sirven?	
3. ¿Cuántos controles o visitas al médico piensa Ud. que una mujer necesita durante su embarazo?	
4. ¿Dónde piensa tener su parto y por qué?	
5. ¿Qué opina de la atención recibida?	
ATENCIÓN EN OTRO SERVICIO:	
1. ¿Acude Ud. a otro servicio de salud para su atención? ¿Cuál?	
2. ¿Qué la motivó a consultar otro servicio de salud?	
3. ¿Qué opina Ud. de la atención recibida?	
SIGNOS DE ALARMA:	
1. ¿Qué molestias o señales de peligro se pueden presentar en el embarazo y/o momento del parto?	
2. Si se le presenta una complicación dónde piensa acudir. ¿Qué dificultades podría tener para llegar a ese lugar?	