

**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
VICE-RECTORADO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**“RED COMUNITARIA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL PRENATAL EN EL ÁREA DE
INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD 27 DE MAYO”**

**TESIS DE GRADO PRESENTADA A LA DIRECCIÓN DE POSTGRADO, PARA
OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN MEDICINA SOCIAL Y COMUNITARIA.**

POSTULANTE: Sonia Rosa Aguilar Arispe.

TUTOR: Dr. Msc. Ramiro Mariscal Quinteros.

PANDO - BOLIVIA

DEDICATORIA

A mis queridos papas y hermanos, por haberme enseñado que cualquier dificultad puede ser superada si existe empeño, a mi esposo e hijos por haberme acompañado en mis momentos difíciles y brindarme a cambio paciencia, amor y comprensión, sin ellos hubiera sido imposible alcanzar esta meta.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminar mi camino y darme la oportunidad de seguir luchando.

A mi padre (+) por haberme acompañado y guiado toda su vida, a mi madre por haberme enseñado a luchar con fortaleza y a dar amor.

A todas las autoridades de la Universidad Amazónica de Pando por darme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente.

A mi tutor por brindarme todos sus conocimientos y tiempo para la conclusión de este trabajo.

RESUMEN EJECUTIVO

El Municipio de Cobija se encuentra al norte del país, presenta muchos problemas en el ámbito de la salud, principalmente del binomio madre niño, los indicadores de captación de controles prenatales están aún bajos. Las organizaciones sociales luchan por otros intereses dejando a un lado la salud y bienestar de la mujer embarazada. A esto se agrega los problemas de gestión administrativa del hospital Roberto Galindo Terán, motivo por el cual se dificulta la atención de los problemas obstétricos en la mujer llegando incluso a la muerte materna. Estos riesgos pueden ser evitados si se detectan a tiempo con atención calificada en los servicios de salud, teniendo en cuenta que las principales causas de las complicaciones durante el embarazo se deben a las hemorragias, infecciones, hipertensión arterial, complicaciones del aborto, parto y puerperio.

A pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades por mejorar la salud materna, estos todavía son insuficientes, por ello es necesario ver este problema desde otro ámbito, de ahí la necesidad de articular instituciones que puedan responsabilizarse de este cambio, de esta manera se plantea como objetivo general la conformación de una Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales en el área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo, los mismos buscan reducir las complicaciones obstétricas durante esta etapa tan importante de la mujer.

El objeto de estudio de esta investigación está dirigido a mejorar el estado general de la mujer embarazada, en completa concordancia con los objetivos planteados en la investigación, en función de ello se ha estructurado el trabajo de investigación de la siguiente manera:

Capítulo primero, determina el problema que da origen a la investigación, se determina el objetivo general y los objetivos específicos que se pretenden alcanzar como producto de la investigación, contiene además aquellos aspectos que justifican el estudio realizado desde el punto de vista de la originalidad, relevancia y factibilidad.

Capítulo segundo, es el marco teórico que orienta a determinar las bases teóricas doctrinarios con enfoque de diversos autores que permitirá fundamentar el trabajo de investigación realizado.

Capítulo tercero, el marco metodológico que determina el método, técnicas e instrumentos a ser empleados para el manejo de la información considerando los objetivos de la investigación.

Capítulo cuarto, está dirigido a la realización del trabajo de campo u obtención de resultados, información valiosa que se obtuvo a través de la realización de encuestas, entrevistas al personal que está involucrado en el presente estudio.

Capítulo quinto, está dirigido a la presentación de la propuesta que consiste en la conformación de una Red Comunitaria de seguimiento a los controles prenatales de la mujer embarazada cuyo fin es disminuir la morbilidad materno infantil.

Capítulo sexto, está dirigido al planteamiento de las conclusiones y recomendaciones producto del trabajo de investigación, las mismas responden a los objetivos planteados en el presente trabajo.

ÍNDICE GENERAL

	pág.
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Resumen ejecutivo.....	iii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO PRIMERO	5
EL PROBLEMA	5
1.1 Planteamiento del problema.....	5
1.1.2 Situación problemica.....	5
1.1.3. Formulación del problema.....	7
1.1.4. Objeto de estudio.....	8
1.2. Objetivos de la investigación.....	8
1.2.1. Objetivo general.....	8
1.2.2. Objetivos específicos.....	9
1.3. Delimitación de la investigación.....	9
1.3.1. Delimitación temática.....	9
1.3.2. Delimitación temporal.....	10
1.3.3. Delimitación espacial.....	10
1.4. Justificación.....	10
CAPITULO SEGUNDO	12
MARCO TEÓRICO	12
2.1. Fundamento Teórico general.....	12
2.2. Fundamento teórico específico.....	15
2.2.1. Conceptualización de redes.....	15
2.2.2. Principios de la Organización en Redes o Redes de Equipos.....	17
2.2.3 Tipos de Redes.....	18
2.2.3.1. Red Personal.....	18
2.2.3.2. Red institucional.....	19
2.2.3.3. Red intersectorial.....	20
2.2.3.4. Red de servicios.....	21
2.2.3.5. Red comunitaria.....	22
2.2.3.6. Sistema de información Geo – referenciales (SIG).....	24
2.2.4. Embarazo o gestación.....	27
2.2.5. Control prenatal.....	30
2.2.5.1. Valoración del estado de nutrición en la consulta prenatal.....	34

2.2.5.2. Orientación consejería para el embarazo saludable y un parto y puerperio seguros.....	35
2.2.5.3. Atención prenatal con enfoque de riesgo.....	37
2.2.5.4. Hemorragias obstétricas.....	40
2.2.5.5.Hemorragias en el estado gravídico.....	41
2.2.5.6. Embarazo ectópico.....	42
2.2.5.7. Enfermedad trofoblástica gestacional.....	43
2.2.5.8. Placenta previa.....	43
2.2.5.9. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.....	44
2.2.5.10. Hemorragia puerperal.....	45
2.2.5.11.Hipertensión inducida por el embarazo.....	48
2.2.6. Factores biopsicosociales que influyen en el embarazo.....	49
CAPITULO TERCERO	53
MARCO REFERENCIAL	53
3.1. Bases referenciales.....	53
3.1.1. Estructura del sistema nacional de salud de Bolivia.....	53
3.1.2. Niveles de atención.....	55
3.1.3. Departamento de Pando.....	56
3.1.3.1.Municipio de Cobija.....	58
3.1.3.2. Hospital Roberto Galindo Terán.....	58
3.1.3.3.Centro de salud 27 de Mayo.....	59
3.2. Base Legal.....	61
3.2.1. Constitución Política del Estado.....	62
3.2.2. Ley N°2426 del seguro Universal Materno infantil (SUMI).....	63
3.2.3. Ley 3250 ampliación del SUMI.....	64
3.2.4. Ley N° 1551Participación Popular.....	65
3.2.5 Ley N° 2028 de Municipalidades.....	65
3.2.6. Decreto Supremo N° 26875 (2002).....	66
3.2.7. Pregunta de investigación.....	66
CAPITULO CUARTO	67
MARCO METODOLÓGICO.	67
4.1.Enfoque metodológico.....	67
4.1.1. Por el tipo de la investigación.....	67
4.1.1.1. Analítico.....	67
4.1.1.2. Descriptivo.....	67
4.1.1.3. Propositivo.....	67
4.2. Por el enfoque de la investigación.....	68
4.2.1. Cualitativo.....	68
4.2.2. Cuantitativo.....	68
4.3. Técnicas y/o instrumentos.....	68

4.3.1. Observación participativa.....	68
4.3.2. Encuesta.....	69
4.3.3. Entrevista.....	69
4.4. Instrumentos.....	69
4.4.1. Fichas bibliográficas.....	69
4.4.2. Cuadernos del SNIS.....	69
4.5. Unidad de análisis.....	70
4.6. Población y muestra.....	70
4.6.1. Población.....	70
4.6.2. Muestra.....	70
4.7. Técnica de recolección de datos.....	72
4.8. Técnica de análisis.....	72
CAPÍTULO QUINTO	73
TRABAJO DE CAMPO	73
5.1. Encuestas.....	73
5.2. Entrevistas.....	79
CAPÍTULO SEXTO	84
PROPUESTA.	84
“RED COMUNITARIA DE SEGUIMIENTO DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LAS MUJERES GESTANTES.”	84
6.1. Introducción.....	84
6.2. Antecedentes.....	85
6.3. Fundamentación de la Propuesta.....	87
6.3.1. Propósito.....	89
6.3.2. Objetivo.....	89
6.4. Desarrollo de la Propuesta.....	89
6.4.1. Red comunitaria.....	89
6.4.2. Organización.....	89
6.4.3. Misión o tareas.....	90
6.4.4. Funciones.....	90
6.4.5. Coordinaciones.	91
6.4.6. Actividades de la red comunitaria de seguimiento a los controles prenatales.....	92
6.4.7. Fases para la organización de la red comunitaria.....	92
6.5. Validación.....	102
CAPÍTULO SÉPTIMO	103
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	103
7.1. Conclusiones.....	103
7.2. Recomendaciones.....	104
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	

INDICE DE ANEXOS

	<i>Pág.</i>
ANEXO “ A” Figuras	
Figura 1. Estructura de Redes en Salud.....	16
Figura 2. Municipios de Pando.....	57
Figura 3. Hospital Roberto Galindo Terán.....	58
Figura 4. Centro de Salud 27 de Mayo.....	59
Figura 5. Cuadro de distribución de la población del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo.....	61
Figura 6. Cuadro de actividades de educación, promoción y prevención en la población.....	101
ANEXO “ B” Encuestas	
Encuesta a mujeres embarazadas.....	73
ANEXO “ C” Entrevistas	
Entrevista a médicos especialistas.....	79
ANEXO “ D” Tablas y gráficos	
Tabla N° 1 ¿Usted está de acuerdo en realizar los controles prenatales continuos en una mujer embarazada?.....	73
Grafico N° 1 ¿Usted está de acuerdo en realizar los controles prenatales continuos en una mujer embarazada?.....	73
Tabla N° 2 ¿Cree que es importante realizar el primer control prenatal lo antes posible en una mujer embarazada?.....	73
Grafico N°2 ¿Cree que es importante realizar el primer control prenatal lo antes posible en una mujer embarazada?.....	74

Tabla N° 3 ¿Usted considera importante, que los dirigentes de OTB de su barrio se involucren más, en temas de salud principalmente en las que se ocupan de las mujeres embarazadas?.....	74
Grafico N° 3 ¿Usted considera importante, que los dirigentes de OTB de su barrio se involucren más, en temas de salud principalmente en las que se ocupan de las mujeres embarazadas?.....	74
Tabla N° 4 ¿Usted considera que sea necesario que existan equipos multidisciplinarios de salud capacitados, que realicen las atenciones de la mujer embarazada en el centro de salud, su barrio y su domicilio?.....	75
Grafico N° 4 Usted considera que sea necesario que existan equipos multidisciplinarios de salud capacitados, que realicen las atenciones de la mujer embarazada en el centro de salud, su barrio y su domicilio?.....	75
Tabla N° 5 ¿Usted cree que flexibilizando el horario de atención en el centro de salud, mejoraría el inicio, seguimiento y continuidad de los controles prenatales?.....	76
Grafico N° 5 ¿Usted cree que flexibilizando el horario de atención en el centro de salud, mejoraría el inicio, seguimiento y continuidad de los controles prenatales?.....	76

ANEXO “ E” Hoja perinatal

ANEXO “F” Guía teórica delos principales riesgos obstétricos

GLOSARIO

“RED COMUNITARIA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL PRENATAL EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD 27 DE MAYO”

INTRODUCCIÓN

En Bolivia cada año aproximadamente 623 mujeres mueren por consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, aproximadamente 380 recién nacidos mueren por complicaciones durante el parto, la mayoría de esas muertes pueden ser evitadas (Boletín de la Mesa de Maternidad y Nacimientos Seguros con el apoyo del Fondo de población de las Naciones Unidas - UNFPA), el embarazo es considerado una situación fisiológica normal donde se produce una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y hormonales que culminarían con el proceso del parto, dentro de este estado fisiológico puede producirse complicaciones que si no son detectadas y tratadas a tiempo pueden llevar a la mortalidad tanto materna como fetal.

Todas las mujeres embarazadas tienen el derecho a recibir una atención calificada durante el embarazo y el parto sin ningún tipo de discriminación, nada justifica una muerte materna sin embargo hoy en día a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno y las instituciones de salud la morbi – mortalidad materna y perinatal continua siendo un problema de salud pública y la meta es disminuirla a través de la detección temprana de las alteraciones durante este periodo.

Con el fin de lograr la disminución de los riesgos obstétricos se han realizado proyectos a nivel Nacional, siendo uno de ellos la implementación de Redes Obstétricas en diferentes Municipios del país al igual que en el departamento Pando en el año 2004, el cual lamentablemente no tuvo continuidad tal vez la razón principal fue la deficiencia en su conformación que solo tomó en cuenta al recurso humano en salud sin tomar en cuenta a los representantes y los componentes de la sociedad, quienes juegan un papel importante con su participación en la activación, funcionamiento y seguimiento de este tipo de

Redes, a esto se suma la deficiencia de conocimientos en el manejo y prevención de las emergencias obstétricas del recurso humano técnico (auxiliares de enfermería), poca aplicabilidad de los protocolos de atención por parte del personal médico, infraestructura de establecimientos de salud no apropiados, deficiencia en equipamiento médico, mala disposición y utilización de los insumosexistentes, falta de medios de comunicación y poco apoyo de autoridades municipales al sector salud.

Hay que tener en cuenta que la mortalidad materna tiene que ver entre otras cosas con la organización de los servicios de salud y con la capacidad de éstos de dar cuidados obstétricos esenciales, por tanto, la experiencia internacional recomienda que no es tan importante establecer cuántas muertes maternas se produce y por qué causas biológicas sino: ¿qué evita que la embarazada en emergencia obstétrica reciba tratamiento que le salve la vida?; ¿está mejorando la atención de las mujeres gestantes en emergencias obstétricas en los servicios de salud?; ¿cómo funciona la red de servicios en la atención y resolución de las emergencias obstétricas en los servicios de primer nivel de atención?

La conformación de una Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles prenatales con participación comunitaria efectiva en la toma de decisiones en el área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo, deberá dar solución y respuesta a estas preguntas ya que el ingreso de las mujeres embarazadas al sistema de salud es justamente a través del primer nivel de atención donde se realiza la detección temprana de las posibles complicaciones obstétricas, logrando de esta manera que se cumpla la premisa de la Política Nacional de salud que indica “la salud es un derecho para vivir bien” con el objetivo fundamental de contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad de la población.

Todo embarazo implica un riesgo para la madre y para el bebé, por ello el objetivo principal del control prenatal, es detectar a tiempo cualquier patología y/o complicación y tratarla, el control prenatal se considera como la piedra angular que permite evitar y controlar la morbilidad, los causales de la muerte materno

neonatal se fundamenta en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud donde se aplican una serie de medidas que contribuyen a que el embarazo transcurra y culmine exitosamente en una madre y neonato sanos; las características básicas de esta atención deben ser: de calidad donde el prestador de salud tendrá la capacidad resolutive, el equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel, características que no se cumplen a cabalidad en el Centro de Salud 27 de Mayo.

El objeto de estudio de esta investigación está dirigido a mejorar el estado general de la mujer embarazada, en función de ello se ha estructurado el trabajo de investigación de la siguiente manera:

En el marco teórico se encuentra el respaldo bibliográfico respectivo, que aclara muchas de las definiciones de las complicaciones y riesgos a los que está sometida la mujer embarazada.

Seguidamente el marco referencial nos da el respaldo legal para la toma de decisiones y cumplimiento de normas y protocolos para el cuidado de la mujer en este periodo de la maternidad.

El marco metodológico define el tipo de investigación desde el punto de vista científico, delimita la unidad de análisis, la población y la muestra, además del uso de métodos e instrumentos necesarios para la culminación de este estudio.

El trabajo de campo evidencia la situación problemática del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo, además de conocer el punto de vista y las dificultades que se presentan a los especialistas en la ciudad, debido a que el hospital no cuenta con servicios de salud de alta resolución.

Por lo expuesto previamente y la no existencia de una Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales se propone la conformación de la Red Comunitaria donde articularemos al sector salud con las organizaciones territoriales de base, en coordinación con las autoridades del SEDES y el Gobierno Municipal de Cobija.

El aporte del presente trabajo de investigación, es cumplimiento eficiente y eficaz de Normas y Protocolos de atención médica inmediata a la mujer embarazada en sus controles prenatales que permitirá disminuir el índice de morbi – mortalidad materna y perinatal a cargo del personal del Centro de Salud 27 de Mayo.

CAPÍTULO PRIMERO

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

1.1.2. Situación del problema

La Organización Panamericana de la Salud señala que el 95 por ciento de las muertes maternas son evitables y que es posible disminuir esa cifra a menos de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto. ¹

La mortalidad materna por su carácter de indicador sensible sintetiza el estado de salud de una población así como las desigualdades en el desarrollo económico, social y las inequidades en el acceso a bienes y servicios, es decir, la mortalidad materna tiene que ver con tres tipos de demoras que dificultan la llegada de las mujeres que presentan una complicación de su embarazo o parto a los servicios de salud y que requieren atención, el análisis de cada una de estas fases o demoras permite reconocer que en Bolivia se soporta todavía elevadas cifras de mortalidad materna, la última cifra disponible corresponde al año 2000 obtenida mediante la Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna para el año indicado, la razón de mortalidad materna es de 235 muertes por cada 100.000 nacidos vivos pero con amplias variaciones departamentales (124 en Tarija y 352 en Potosí como cifras extremas). ²

Con este antecedente es importante la intervención del sector salud ya que las mujeres del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo se encuentran en un riesgo permanente de sufrir complicaciones obstétricas ya sea por factores de carácter social y/o familiar.

¹Mario Orlando Parra Pineda, El control prenatal. 2001

²Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, Ministerio de Salud, Bolivia, 2003.

Con la organización de una Red Comunitaria de seguimiento a los controles prenatales estructurada y en funcionamiento, conjuntamente con la participación total de autoridades municipales se garantizara infraestructuras de salud con equipamiento adecuado para la atención de las gestantes previniéndose los riesgos obstétricos precozmente. Al mismo tiempo se realizara un proceso de capacitación a los recursos humanos garantizando una atención oportuna con calidad, calidez y eficiencia, seguida de la participación de la sociedad en su conjunto como aliados principales en la operativización de la red como consecuencia de ello, se pretende garantizar una maternidad segura y saludable a todas las gestantes. (Experiencia laboral).

La experiencia internacional ha demostrado que es necesario que se cuente con ciertos cuidados esenciales mínimos para salvar vidas de mujeres sujetas a complicaciones graves, de acuerdo al nivel de complejidad de un establecimiento en particular se pueden tener Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) básicos para la atención de algunos establecimientos de primer nivel y COE completos para centros de mayor nivel resolutivo.³

El planteamiento del problema evidencia que hoy en día a pesar que de los esfuerzos realizados por parte de las autoridades de gobierno y el sector salud en conjunto y de la accesibilidad fácil hacia los servicios médicos, no se logra realizar las acciones y actividades necesarias para lograr una buena salud materna, a pesar que todas las mujeres embarazadas tienen el derecho a recibir una atención calificada, oportuna, periódica, completa, durante el embarazo y el parto sin ningún tipo de discriminación, las gestantes del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo, aun no acuden oportunamente a realizar los controles prenatales respectivos que están orientadas a lograr que su embarazo transcurra sin complicaciones, además de que hoy en día, nada justifica una muerte materna y/o perinatal. (Experiencia Laboral)

³Operacionalización para la organización de las redes de servicios MSPS. 2004.

Todo embarazo tiene el riesgo de sufrir complicaciones y un porcentaje de las mismas son de suficiente gravedad como para poder llevar a la muerte, estas complicaciones no se pueden predecir, por lo tanto los servicios deben estar preparados para detectarlas, tratarlas o referirlas según sea el caso y la capacidad resolutoria de un establecimiento en particular. (Experiencia Laboral)

El control prenatal se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y posteriormente una óptima atención del parto. Esta actividad debe ser una responsabilidad de carácter institucional a través de un grupo pequeño de profesionales de la salud capacitados adecuadamente, que ofrezcan atención calificada que permita integrar la atención brindada antes del embarazo con la gestación actual, luego con el parto y el posparto.⁴

Las acciones básicas que incluye el control prenatal son la identificación del riesgo, la prevención y manejo de las enfermedades asociadas y/o propias de la gestación. La educación, promoción y prevención en salud tiene como objetivos básicos del control prenatal, la atención integral de la gestante disminuyendo la morbilidad materna y perinatal, además de identificar los factores de riesgo biopsicosociales que influyen en esta situación para así mejorar las condiciones propias de este estado.⁵

1.2.3. Formulación del problema

¿Cómo disminuirémos el riesgo obstétrico en las mujeres gestantes en el área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo?

⁴ El control prenatal, Mario Orlando Parra Pineda. 2001

⁵ El control prenatal, Mario Orlando Parra Pineda. 2001.

Preguntas de investigación

¿Qué características deberá tener la Organización de la Red Comunitaria de Seguimiento y Control Prenatal para evitar el riesgo obstétrico de la mujer?

¿Cuáles serán las actividades y funciones que cumplirá la Red Comunitaria de Seguimiento y Control Prenatal para evitar el riesgo obstétrico de la mujer?

¿Qué fases se aplicara en la organización de la Red Comunitaria de Seguimiento y Control Prenatal para evitar el riesgo obstétrico de la mujer

¿Qué características de funcionamiento deberá tener la Red Comunitaria de Seguimiento y Control Prenatal en el área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo?

¿Qué acciones y actividades se desarrollara en la Organización de la Red Comunitaria de Seguimiento y Control Prenatal en las actividades de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la mujer en el área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo?

1.2.4. Objeto de estudio

La salud de la mujer gestante a través de la Red Comunitaria de Seguimiento y Control Prenatal, en el área de área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo.

1.3. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general

Diseñar un modelo de la Red Comunitaria de Seguimiento y Control Prenatal del proceso de gestación, a fin de disminuir el riesgo obstétrico en la mujer del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar la Organización de la Red Comunitaria de Seguimiento y Control Prenatal para evitar el riesgo obstétrico de la mujer.
- Establecer las actividades y funciones que cumplirá la Red Comunitaria de Seguimiento y Control Prenatal para evitar el riesgo obstétrico de la mujer.
- Identificar las fases que serán aplicadas en la organización de la Red Comunitaria de Seguimiento y Control Prenatal para evitar el riesgo obstétrico de la mujer
- Analizar qué características de funcionamiento deberá tener la Red Comunitaria en el área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo.
- Diseñar las acciones y actividades a desarrollar por la Organización de la Red Comunitaria en las actividades de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la mujer en el área de influencia del centro de salud 27 de Mayo.

1.4. Delimitación de la investigación

1.3.1. Delimitación temática

Corresponde a la corriente social desde el punto de vista de la salud de la mujer gestante, se ha reconocido que las actividades verticales e independientes para atender la salud de las madres y los recién nacidos no han tenido el impacto deseado, por ello es importante ver la salud con una visión integradora con la familia y la comunidad involucrando a los actores sociales para modificar y mejorar las condiciones de salud de cada comunidad al mismo tiempo el sector salud tiene la función de lograr que toda mujer en etapa de gestación debe ser preparada y capacitada para diferenciar las molestias propias del embarazo de las que generan signos de peligro o complicación, radica ahí la importancia de los controles prenatales que vigilaran la evolución del embarazo y preparación de la madre para el parto y la crianza de su hijo; de esta forma cada mujer que

acuda regularmente a los consultas de seguimiento se convierta en una actora más del proceso de acercamiento a otras mujeres embarazadas que no tienen control prenatal o aquellas que no realizan un control eficiente y continuo.

1.3.2. Delimitación temporal

El estudio se realizó en la gestión 2013 cuya aplicación del presente trabajo será después de su análisis, discusión y aprobación por las autoridades respectivas.

1.4.3. Delimitación espacial

Por las características del estudio se realizó como referencia en las áreas de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo (Barrios 27 de Mayo, Paraíso, La Cruz, Villa Cruz, Brisas del Acre. Cacique, La Amistad, Manantial, Perla del Acre, 6 de Enero y Comunidad Bajo Virtudes).

1.5. Justificación

El presente estudio tiene una fundamentación social porque la salud es un derecho que tienen todos los bolivianos, familias y comunidades. La salud materna es un asunto de equidad y justicia social, se sabe que los riesgos del embarazo contribuyen a la alta mortalidad materna, por ello el Estado debe garantizar las redes de salud accesibles de calidad y con capacidad resolutoria frente a las complicaciones obstétricas en general, además de brindar servicios de salud con una visión integradora. Lamentablemente no existe una red comunitaria de seguimiento a los controles prenatales en el departamento ni en el país `por ello el objetivo principal de la red será detectar a tiempo cualquier patología y/o complicación y tratarla no debiendo olvidar que “Todos los embarazos son de riesgo.”⁶

⁶ Atención integrada al continuo del curso de la vida, catalogado por el centro de información y documentación OPS/OMS, Bolivia, 2013.

En el tema de salud la realidad boliviana muestra algunos indicadores que reflejan las condiciones actuales de la población, donde aún existe alta tasa de mortalidad materna principalmente por complicaciones obstétricas durante el embarazo o el post parto, al mismo tiempo aún se evidencia un alto porcentaje de muertes en neonatos.

El presente estudio de investigación no es original debido a que previamente un grupo de especialistas ya lo estudiaron desde diferentes puntos de vista, por constituir un problema de mucha importancia tanto para la familia como para la comunidad, por las características del trabajo y la connotación para el autor este tiene carácter de **originalidad** ya que no existe una red comunitaria que realice el seguimiento a los controles prenatales.

Por las características del estudio es **relevante** ya que una mujer que no presenta ningún riesgo puede complicarse en cualquier momento del embarazo durante o después del parto, conllevando los problemas propios de la situación para la familia y la comunidad, el manejo inapropiado de la salud trae como consecuencia problemas que repercuten enormemente en la salud materna - perinatal.

Tiene gran **interés** para la población gestante debido a que todo embarazo implica un riesgo para la madre y para el bebé por este motivo la salud materna debe tener una alta prioridad para el sector salud, intentando de esta manera contribuir a lograr una adecuada salud materna y por ende el desarrollo normal del feto y recién nacido en óptimas condiciones.

La **factibilidad** está asegurada porque se cuenta con recursos humanos capacitados que serán los que conformarán un equipo de salud responsable de realizar una labor coordinada y sistemática además de existir los materiales necesarios para la optimización del trabajo de investigación recordando que todas las muertes maternas pueden ser evitadas.

CAPÍTULO SEGUNDO

MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamento Teórico general

La fundamentación teórica del estudio está basada en la filosofía de las ciencias humanas y sociales. Históricamente la ciencia social está enmarcada dentro de problema importante de la sociedad y entrar dentro del campo de la filosofía de las ciencias sociales equivale a tropezar con la polémica, no hay consenso en las llamadas ciencias culturales, humanas o sociales acerca de la fundamentación de su quehacer.

“Desde la aparición de las diversas disciplinas que se acogen al sobrenombre del espíritu, humano o social (historia, psicología, Sociología, economía, derecho, Pedagogía...), se ha desatado la polémica sobre su estatuto de cientificidad”.⁷

La aparición de estas disciplinas aconteció en el siglo XIX, es decir en el momento histórico en que se hizo evidente que la sociedad, la vida de los hombres en ella con sus múltiples relaciones no era algo claro, desde este momento de crisis el pensamiento y la reflexión pugnaron por encontrar estabilidad, fruto de esta lucha con un mundo social que se había vuelto problemático surgió la ciencia histórica, sociológica, política, económica, psicológica y la respuesta dependería del concepto de ciencia que se utilizara como medida.

⁷ Filosofía de las ciencias humanas y sociales, J.M. Mardones. 1991.

Sin embargo según A. Comte a través del positivismo científico pretende hacer “**física social**” siguiendo la tipificación ideal de la física matemática acentuando la relevancia de las leyes generales para la explicación científica.⁸

El científico intentó explicar la sociedad basado en la historia y la economía, principios suficientes y válidos como para conformar en los seres humanos una acción social que conduzca a la fraternidad y solidaridad entre ellos, pues formarán acciones y creencias comunes, de esta manera busca en la ciencia la única vía capaz de aportar el conocimiento y a través de ella se explora y comprende a la naturaleza, la sociedad misma y ambas instancias como partes del mundo real, en la explicación de la ciencia social a lo largo de la historia intervinieron varios filósofos que buscaron en la sociedad explicaciones científicas.

El filósofo Kingsley Davis, basa su concepción funcionalista en la idea del control social

*"Control Social estaba referido a la capacidad de la Sociedad de regularse a sí misma, acorde con los principios y valores deseados"*⁹

El concepto central para analizar la organización social y el desarrollo de la sociedad se basaba en el examen sociológico del orden social en los términos más básicos, el análisis sociológico tiene la tarea de explorar las condiciones y variables que hacen a esta meta susceptible de ser alcanzado, de tal manera, la ciencia del control social ha sido usada para llamar la atención acerca de las condiciones bajo las cuales se desarrolla la ciencia y las consecuencias sociales y políticas del conocimiento científico.

⁸Filosofía de las ciencias humanas y sociales, J.M. Mardones.1991.

⁹Revista Human Society, Kingsley Davis.1995.

En los cambios constantes que se experimentan en las sociedades continuamente, es importante conocer lo que significa que la sociedad actúa como un organismo vivo, con una serie de funciones que se complementan entre sí, pero que forman un cuerpo, un todo armónico por lo tanto, para el estudio que se realiza sobre los riesgos y complicaciones obstétricas que presentan algunas mujeres durante el periodo de gestación motiva a conocer e investigar de donde provienen esas complicaciones, sus causas, repercusiones y posibles soluciones.

La importancia de la atención materna en Bolivia radica en disminuir la mayoría de las muertes maternas y neonatales, para ello es importante brindar servicios de salud calificados capaces de ofrecer atención de calidad a cada mujer individualmente de su situación, por ello según la revista de la SEMG¹⁰ (cf. 2004: 445) “La realidad de la salud de la población boliviana ofrece un patrón similar al de cualquier país en desarrollo, existe un alto nivel de pobreza y los recursos invertidos por el Estado para mejorar la salud de la población son muy escasos, es fundamental fortalecer las estructuras de la Atención Primaria de Salud con especial interés en zonas rurales e indígenas”.

“El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término”.¹¹

Desde tiempos inmemorables la filosofía busca explicaciones basados en la realidad social de la humanidad, centrando la atención en los diferentes cambios producidos en la sociedad, por ello actualmente la participación social en la

¹⁰ Revista de la SEMG, septiembre 2004. Pág. 445

¹¹ Reyes y Cazorla, 1998

planificación del nuevo modelo de atención, modificaría la salud de acuerdo al entorno de cada comunidad.

“La población no emplea como puerta de ingreso al sistema a los establecimientos de primer nivel y no respeta la regionalización distorsionando las funciones y la capacidad resolutive que corresponde a los diferentes niveles. Para ello es importante la participación comunitaria, que es la responsable de identificar y priorizar sus problemas de salud y sus determinantes, debiendo realizar un control social sobre la salud de su comunidad.”¹²

El proceso de la conformación de las redes sociales permite concebir la realidad en términos de relaciones e interacción entre las organizaciones sociales y las otras instituciones frente a una realidad dinámica y cambiante, es un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva (familiar, equipos de trabajo, barrios, comunidad, etc.) cabe tener en cuenta que los cambios no suceden de un día para otro sino más bien de un proceso de cambio.

2.2. Fundamento teórico específico

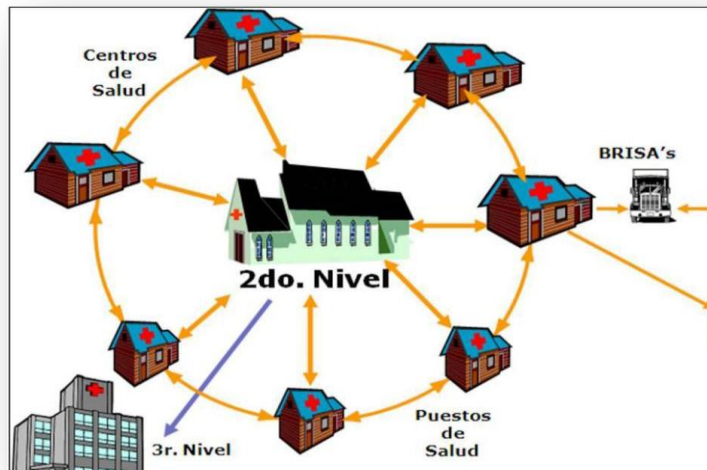
2.2.1. Conceptualización de redes

Tradicionalmente cuando se habla de redes en salud se piensa en una red de establecimientos **“como sistemas escalonados de complejidad creciente”** o en un hospital como red expresada en las interacciones de sus estructuras formales, hoy se trata de cambiar estas concepciones con un nuevo sentido expresado en el siguiente concepto.¹³

¹² Norma Nacional SAFCI, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia, 2008.

¹³ Redes en salud FUNCER. 1999.

Fig. 1. Estructura de las redes de salud



Fuente SNIS SEDES Pando

El concepto de redes no es nuevo para el sector salud, anteriormente durante el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud años atrás ya se conocía la construcción de estas redes, pero en Bolivia desgraciadamente debido a las falencias en su conformación terminaron en el fracaso.

“Las redes de salud son estructuras sociales de apoyo formal a la atención en requerimientos de salud de la población cuyo componente social e interinstitucional como el Personal de salud o instituciones del área de salud, SEDES, Gobierno Departamental y/o Municipio tiene tareas específicas y responsabilidades para con los beneficiarios de la red, o informal como los representantes de la sociedad civil que puede coadyuvar en el cumplimiento de atención en salud, sin ser una tarea específica para los mismos, pero si una obligación moral para con la comunidad, ambos en busca de la salud individual o colectiva de una determinada población de un área específica. Resulta interesante evidenciar que la noción de redes tiene aplicación, no sólo para los servicios de oferta sino

también para la demanda de salud, expresado en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen”.¹⁴

Las redes en salud prestan atención a una población determinada, que tiene como objetivo dar solución a los problemas de salud, permitiendo al mismo tiempo consolidar la interrelación entre el personal de salud prestador de servicios y las personas del área al que corresponde la Red.

2.2.2. Principios de la Organización en Redes o Redes de Equipos

El funcionamiento de las redes requiere de una organización que debe reflejar una serie de valores formadores de las redes cuyos principios son:

- **Unificando propósitos:** Compartir objetivos comunes más que la autoridad o que las estructuras formales lo que constituye el cimiento de las organizaciones.
- **Miembros independientes:** La autonomía y la identidad son valoradas, aún reforzadas en un clima de cooperación al ser colocadas al servicio de los objetivos comunes.
- **Vínculos voluntarios:** Los participantes se comunican extensivamente y se encuentran con frecuencia, nadie es obligado a participar hay muchas relaciones entrecruzadas.
- **Liderazgos múltiples:** Diferentes personas y equipos lideran según cuál sea la tarea a realizar. En todo proceso complejo siempre hay más de un líder o responsable.
- **Niveles integrados:** La gente trabaja en más de un nivel; los niveles también se articulan en redes dentro de una tendencia a reducir jerarquías y aumentar los contactos “cara a cara”.¹⁵

¹⁴ Redes en salud FUNCER. 1999

¹⁵ Redes en salud FUNCER. 1999

2.2.3. Tipos de Redes

*“Las Redes dentro del concepto de salud y enfermedad van ligados a la existencia misma del ser humano, en su interacción y la lucha por la supervivencia con el medio que lo rodea, usando mecanismos individuales y colectivos de protección, que permitan una acción o defensa organizada ante la enfermedad”.*¹⁶

En la actualidad la salud pública ha evolucionado colocando mayor énfasis en los aspectos sociales como determinantes de la salud de la población. Los sistemas de vigilancia epidemiológica han diseñado el funcionamiento de las redes involucrando los tipos de redes, su acción interconectada de éstas en función a las circunstancias y el contexto en los que se actúa. Es por ello que para la implementación de las redes se consideró conveniente reconocer en salud al menos los siguientes niveles de redes:

- Red personal
- Red institucional
- Red Intersectorial
- Red de servicios
- Red comunitaria

2.2.3.1. Red Personal

Protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y su derivación afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia, podemos afirmar que existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud. ***“La red personal es estable, sensible, activa y confiable”.***¹⁷

¹⁶ Redes en Salud FUNCER. 1999.

¹⁷ Redes en salud FUNCER. 1999.

La red social personal podría ser registrada en forma de un mapa construido con la interacción del consultante. La información proporcionada se sistematiza en cuatro grupos, a saber:

- familia
- amistades
- relaciones laborales o escolares
- relaciones comunitarias, de servicio o de credo

Este mapeo posibilitaría por un lado contar con un banco de recursos que puedan operativizar acciones que trascienden el área de la salud.

2.2.3.2. Red institucional

“Las instituciones de salud tienden a ser pensadas desde la perspectiva piramidal, compartimentada por direcciones, departamentos y servicios”.¹⁸

La comunicación es concebida en orden descendente y unidireccional, esta concepción omite las condiciones de contexto y las pautas singulares de organización de cada una de ellas promovida fundamentalmente por la interacción de los actores sociales que se desempeñan cotidianamente en ella, la propuesta de una política de salud clara y definida es fundamental a la hora de pensar el funcionamiento de las instituciones.

“Desde la perspectiva de las redes sociales la optimización de su funcionamiento debe necesariamente contemplar algunos aspectos que hasta ahora no se tomaron en cuenta.”¹⁹

En primer lugar sería importante pensar en la formulación de proyectos institucionales al interior de cada organización y debería proponer para su

¹⁸ Redes en Salud FUNCER. 1999

¹⁹ Redes en salud FUNCER. 1999

formulación la participación activa de los distintos sectores que componen la organización: profesionales, técnicos, administrativos, etc.

En segundo lugar, este proceso conlleva una promoción e incremento de las relaciones entre los diversos integrantes ya no sólo a nivel informal sino en torno al proyecto institucional.

2.2.3.3. Red intersectorial

En este nivel de constitución de redes resulta fundamental pensar en la complejidad desde la que se considera a la comunidad. Cabe aclarar que con este término nos referimos tanto a lo local, regional, nacional y/o transnacional.

“La articulación con los sectores de Educación, Justicia, Promoción y Acción Social, Saneamiento Ambiental, entre otros resultan imprescindibles a la hora de definir una política eficiente y eficaz en Salud”.²⁰

Las comunidades se diferencian en el tamaño de la población y en las características sociales de sus habitantes que plantean problemas diferentes en cada caso, la comunidad como un sistema social puede ser considerada como la totalidad de la interacción entre subsistemas (sanitario, educativo, religioso, económico, familiar y de comunicaciones), es algo más concreto que la sociedad con algunos denominadores comunes que la perfilan: organización, interrelación, coexistencia, integración, funcionalidad, conciencia de identidad, los denominadores comunes tienen una condición dinámica por la cual tienden a su organización, desarrollo local y social con el objeto de mejorar condiciones de vida, ahora bien, la comunidad está constituida por personas que viven solas o en

²⁰ Redes de Salud FUNCER. 1999.

familias de características diversas y por organizaciones que prestan diferentes servicios de acuerdo a las necesidades e intereses de la población.

Esto no se realiza desde proposiciones declarativas sino a partir de problemas concretos que la comunidad necesita y requieren la necesaria articulación entre sectores, desde el área de salud hay experiencias realizadas al respecto pero que carecen de una evaluación del impacto que las mismas han tenido, tal es el caso por ejemplo de los Programas de Salud Escolar que se vienen desarrollando en distintas provincias en un intento más orientado a proveer un servicio al sector de Educación que en articular acciones.

2.2.3.4. Red de servicios

Este nivel de articulación de Redes es el que posiblemente se halla más explícitamente instituido, en el caso de que la oportunidad política recomiende la decisión de establecerlas sería adecuado considerar que no es la decisión misma la que las pone en movimiento, sino que ésta debe insertarse en un itinerario de relacionamientos que tiene una historia previa a esa decisión, si tales relacionamientos no existiesen o fueran muy débiles, la decisión de establecer un funcionamiento en red en este nivel por ejemplo Red de Pediatría, Red de Servicios de Gerontología, Red de Salud Mental, etc., debe estar acompañada por una serie de acciones tendientes a fortalecer los relacionamientos, sin dar por hecho que la “resolución de creación” los establece por sí misma.

“Cuando hablamos de Redes de establecimientos y servicios, tenemos que reconocer una necesaria articulación tanto entre los subsectores público, de la seguridad social y privado como a nivel local, provincial, regional y nacional”.²¹

²¹ Redes de Salud FUNCER.1999.

2.2.3.5. La Red Comunitaria

“La Red comunitaria, es de concepción territorial, constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las personas, las familias y las comunidades”.²²

La red comunitaria está fundamentada en las necesidades de la misma comunidad, satisfaciendo su demanda de acuerdo a su perfil epidemiológico. Desarrolla atención integral en salud (promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de las personas, familias y comunidades) con la participación social consciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores con gestión descentralizada, la red comunitaria es responsable ante el ente rector por los resultados obtenidos en relación a los indicadores de salud previamente insertados en el POA (Programación Operativa Anual), que garantice la distribución equitativa y el uso eficiente, efectivo de sus recursos en función de una atención integral, continua, eficaz y efectiva; la actualización dando como resultado el intercambio de tecnologías, experiencias, complementación recíproca entre la medicina académica y la medicina tradicional, rescatando saberes, sentires y prácticas que deriven en el logro de la satisfacción de las personas, familias, comunidades.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) planteada a principios de los años 70 proponía como sus componentes centrales:

- La constitución del equipo de salud
- La participación de la población destinataria
- La generación de modelos de gestión participativos
- La articulación de necesidades y demanda
- La propuesta de cobertura total

²²Red de Salud SAFCI. 2008.

Estos componentes por lo general no tuvieron en cuenta la lógica de los actores sociales, la participación ha residido en la convocatoria de la gente a una serie de actividades planificadas desde la lógica de los programas. Si bien esta lógica es uno de los componentes centrales de la estrategia de Atención Primaria de Salud en oposición al modelo de atención centrado en la demanda espontánea e individual por patología, cabe observar que la mayoría de los programas han sido bajados desde los niveles centrales en forma vertical y paralela con una gran desarticulación entre ellos, por ello he aquí tres problemas en los que debemos focalizar la atención:

- La **cuadriculación de la población** según el predominio de un programa u otro teniendo muchas veces varios de ellos al mismo destinatario pero fragmentado desde un problema previamente definido.
- La tergiversación del concepto de participación se confunde con estar presente o tener asistencia quitándole la cualidad de **protagonismo activo** que es lo que realmente define a la primera.
- La pérdida de **la riqueza de la diversidad**, al tratar a la población como una masa se pierden cualidades organizacionales de los diversos subsistemas que lo componen, en un mismo espacio poblacional hay gente que vive sola y otra en grupos familiares de características distintas, algunas de estas familias tienen relación con muchas otras, el miembro de una familia puede participar al mismo tiempo en la asociación vecinal o en la cooperación en la escuela de su hijo; sus hijos a su vez se relacionan con muchos niños y jóvenes a través de los cuales se puede llegar a sus familias.

Desde la perspectiva de las redes sociales estos aspectos se replantarían al pensar y operar en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), esto implicaría entre otras actividades: Historiar necesariamente el diagnóstico sanitario (convirtiéndose en un diagnóstico socio sanitario y ambiental) toda

la información la mayoría de las veces se encuentra dispersa; resulta trascendental recolectar y sistematizar esta información importante, ya que tenemos hoy en día recursos técnicos suficientes para ello. Al mismo tiempo debemos considerar a la población destinataria como actor social al igual que al equipo de salud.

“El actor social es tanto una persona como un grupo u organización, capaz de transformar activamente su entorno al mismo tiempo que se transforma asimismo.”²³

Esto implica proponer la articulación constante entre ambos (equipo y población), para que los programas se estructuren en base a un diagnóstico conjunto acerca de los problemas de salud prioritarios a resolver, este diagnóstico no constituye uno más en la cadena de informes técnicos que engrosan carpetas en los despachos o sirven para la presentación de ponencias en los congresos, se transformaría en un instrumento con el cual operar y cumplir metas fundamentales como por ejemplo la de cobertura total.

Sólo la participación activa de los integrantes de una comunidad (barrio, municipio) junto al equipo de salud, posibilita la construcción de mapas que identifiquen la totalidad de los destinatarios de la atención. El equipo de salud puede contar con recursos adecuados para lograr mayor efectividad en el armado de estos mapas. En los últimos años se han comenzado a utilizar lo siguiente:

2.2.3.6. Sistemas de Información Geo-referenciados (SIG)

“El S.I.G. es un conjunto de herramientas integradas en un sistema automatizado capaz de coleccionar, almacenar, manejar, analizar y visualizar información referenciada geográficamente.”²⁴

²³ Redes en salud, FUNCER.1999.

²⁴ Redes en salud, FUNCER. 1999.

Desde la perspectiva de las redes sociales es imprescindible que la población participe activamente en la gestión de la información, sistematización y en el conocimiento que de ella se derive, pero no es sólo la identificación de información adecuada lo que se posibilita la participación activa, sino más bien una modalidad más eficaz de acercamiento es la convocatoria y permanencia en el programa, estas acciones al ser realizadas en conjunto con los integrantes de la comunidad generan la confianza necesaria para sostener la participación en el mismo, incrementando por un lado la eficiencia y por el otro el desarrollo sistemático de un proceso de fortalecimiento de la participación ciudadana a través del área de salud.

- **Confeccionar carpetas de las familias que habitan en el área de responsabilidad de los efectores** estos reemplazan a la tradicional historia clínica centrada en el individuo atendido en consultorio por patología.

“Estas carpetas introducen la visión de la familia en el contexto del programa y posibilita la construcción de un sistema para generar información oportuna, identificar situaciones de riesgo y patologías predominio y ubicar sectores significativos con los cuales interactuar para optimizar la atención de la salud, organizar acciones de prevención, obtener información sistemática, etc.” ²⁵

Es importante destacar que para realizar esta tarea de manera completa y satisfactoria es necesario, cambiar el tradicional método de recepcionar al paciente en el servicio de salud. Con la priorización de la actividad comunitaria y de la visita domiciliaria se posibilita no sólo captar la información en el contexto, sino comenzar a operar en simultáneo sobre problemas detectados a través de la misma, realizando de este modo una derivación protegida y con turno programado al centro de referencia de esa familia.

²⁵ Redes en salud, FUNCER. 1999.

- **Posibilitar la accesibilidad de la población a la información obtenida**

Este procedimiento no sólo constituye una obligación de los efectores hacia un derecho adquirido por la comunidad, sino que contribuye fuertemente a enriquecer la información obtenida a través del análisis compartido y de las correcciones y agregados realizados.

- **Organizar procesos sistemáticos y participativos de monitoreo y evaluación de los programas**

En los últimos años se viene considerando que las evaluaciones de los programas sociales con participación comunitaria están constituyendo verdaderos observatorios del avance de la calidad, con equidad tanto en la evaluación continua como final de los proyectos y programas en las que se cumplen múltiples funciones: promover la **internalización de la cultura de la evaluación** que resulta fundamental a la hora de pensar en procesos de fortalecimiento de la sociedad civil, una segunda función asociada a la anterior es la **difusión democrática de los logros y obstáculos** de los programas sociales alentando la reflexión de todos los sectores para que cada uno pueda conocer su propia implicancia en los resultados obtenidos, la tercera es la función más tradicional de la evaluación y la más importante en el sentido de la gestión que está relacionada con **la capacidad que posee, para aportar información relevante a los distintos niveles de decisión en materia de políticas públicas**, un punto importante considerado desde esta práctica es la difusión de sus resultados.

“Los diferentes sectores y niveles del sistema de salud nacional, jurisdiccional, local o los mismos establecimientos asistenciales, tienen el derecho de acceder a la información que aporte al mejoramiento de la calidad, eficiencia y eficacia de la

*gestión. Esto implica a la vez, de parte de estos sectores y niveles, el compromiso de generar, utilizar y proporcionar información relevante, produciéndose así un importante incremento del monto de información disponible”.*²⁶

Las redes de salud son esencia de la política de la Atención Primaria de Salud, actualmente en el país están aún presentes los servicios con deficiencias en ocasiones dramáticas en su capacidad de respuesta individual, también existen algunos vínculos pero no son entendidos como tales ni están siendo trabajados para serlo, por lo anterior, no parece posible afirmar que en el momento actual existan redes de servicios, es decir servicios de salud vinculados que trabajen como conjunto, sino más bien unidades de salud aisladas y muchas veces compitiendo entre ellas o hasta provocando situaciones problemáticas debido a que las funciones de cada unidad y de la red en su conjunto no están claras o no son conocidas, la situación se complica cuando no hay un liderazgo que logre supeditar los intereses parciales a los del conjunto, es decir de la red.

2.2.4. Embarazo o gestación

El embarazo es un proceso fisiológico que ocurre en las mujeres en edad fértil es un estado maravilloso donde se forma un nuevo ser, este estado va sujeto a cambios en la anatomía y fisiología de la mujer.

*“Es un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.”*²⁷

²⁶ Redes en salud, FUNCER. 1999

²⁷ Obstetricia, Swarcz –Sala –Duverges. 2005.

Las adaptaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas durante la gestación son intensas, muchos de esos cambios notorios se inician poco después de la fecundación que se continúan durante el embarazo ocurriendo la mayor parte de estos cambios en respuesta a estímulos fisiológicos provenientes del feto, es igualmente sorprendente que la mujer embarazada retorna casi por completo a su estado pre gestacional después del parto y la lactancia, la comprensión de esas adaptaciones al embarazo sigue siendo casi el principal propósito de la obstetricia y sin tal conocimiento es casi imposible entender los procesos patológicos que pueden amenazar a las mujeres durante la gestación y el puerperio.

“Durante el embarazo normal casi todo órgano, aparato y sistema sufre cambios anatómicos, funcionales que pueden alterar muchos los criterios de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades”.²⁸

Es obvio que la hipertrofia del embarazo temprano no ocurre totalmente en respuesta a la distensión mecánica por los productos de la concepción porque se han observado cambios similares en el embarazo ectópico, no obstante después de casi 12 semanas el aumento del tamaño uterino tiene de alguna manera relación predominante con la presión ejercida por el producto de la concepción en expansión, el crecimiento uterino es más notorio en el fondo en los primeros meses del embarazo, las trompas de Falopio, los ligamentos ováricos y redondos se insertan apenas ligeramente debajo del vértice del fondo uterino, en tanto los últimos meses se localizan ligeramente arriba de la mitad del útero, la posición de la placenta también influye en el grado de hipertrofia del útero porque la porción que rodea al sitio de inserción de aquella crece más rápido que el resto.

“En etapas tempranas de la gestación, probablemente se estimula la hipertrofia uterina sobre todo por la acción de los estrógenos y tal vez de la progesterona”.²⁹

²⁸ Obstetricia de Williams. 2006.

²⁹ Obstetricia de Williams. 2006.

Por costumbre se calcula la fecha probable del parto agregando siete días al primer día de la fecha de última regla y restando tres meses (regla de Naegele), por ejemplo, si el último período menstrual comenzó el 10 de septiembre la fecha probable del parto será el 17 de junio, se acostumbra dividir el embarazo en tres trimestres iguales que comprenden tres meses calendarios aproximadamente, desde el punto de vista histórico el primer trimestre incluía hasta las 14 semanas cumplidas; el segundo trimestre hasta las 28 semanas y el tercer trimestre de las semanas 29 a la 42 del embarazo, planteado de otro modo es posible calcular los trimestres dividiendo el número 42 entre los tres periodos lo que equivale a 14 semanas, se han identificado algunos problemas obstétricos graves que aparecen predominantemente en cada uno de los periodos mencionados, por ejemplo, la mayor parte de los abortos espontáneos ocurren en el primer trimestre en tanto que muchas mujeres con hipertensión gestacional son diagnosticadas en el tercer trimestre.

“La duración promedio del embarazo calculado desde el primer día de la fecha de última regla, es de alrededor de 280 días o 40 semanas, con una desviación estándar de 13 días”.³⁰

En conclusión debemos considerar la gestación como un periodo muy importante en la vida de la mujer, se produce la unión de espermatozoide y un ovocito llamándose a este proceso fecundación, ambas células se fusionan dando lugar a la formación del nuevo ser etapa que termina con el nacimiento del mismo, durante este proceso se producen innumerables cambios físicos, fisiológicos y anatómicos en la mujer, la duración del embarazo es de 40 semanas (280 días) donde dan a luz espontáneamente el producto de la concepción, que fue desarrollándose dentro del útero materno desde la fecundación. El periodo embrionario abarca desde la fecundación hasta transcurridas 12 semanas de la concepción, convirtiéndose luego en el periodo fetal desde la semana 12 hasta el nacimiento transformándose en neonato o recién nacido.

³⁰ Obstetricia de Williams. 2006.

2.2.5. Control Prenatal

Es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado el control prenatal tiene el fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda para que el parto se realice sin complicaciones terminando felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término.

*“Es el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”.*³¹

Debe iniciarse ante la sospecha de embarazo para brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia, el niño, además de vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal. Debe aliviar las molestias y síntomas menores del embarazo, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones de su estado; al mismo tiempo prepararla para el nacimiento y la crianza del recién nacido.

El propósito del cuidado prenatal es de proporcionar atención oportuna y adecuada a fin de facilitar un resultado saludable y positivo tanto para la madre como para el (los) bebé(s), este resultado es posible en la medida que el cuidado prenatal es precoz, periódico y participativo. *“La atención prenatal debe comenzar en cuanto surge la sospecha razonable de embarazo”*³². La calidad del cuidado prenatal depende de lo siguiente:

³¹ Obstetricia, Swarcz - Sala- Duverges. 2005.

³² Obstetricia de Williams. 2006.

- Que el proveedor establezca una relación positiva con las embarazadas (saber dialogar, es decir hablar y escuchar).
- Que otorgue los servicios y cuidados que se necesitan.
- Que ayude a preparar a las usuarias por anticipado no solamente para el momento del parto sino también para eventuales complicaciones.

Los objetivos principales del control prenatal inicial son:

- Definir el estado de salud de la madre y del feto.
- Calcular la edad gestacional de feto.
- Empezar un plan para la atención obstétrica ininterrumpida.

El uso de un expediente estandarizado dentro del sistema asistencial prenatal facilita enormemente el manejo antes y durante el parto.

“Durante el proceso de gestación es posible identificar precozmente los factores de riesgo obstétrico y enfermedades asociadas al mismo como ser la aparición de nuevos síntomas, signos y otros eventos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral, etc.”³³

Se conoce que todo embarazo implica un riesgo tanto para la madre como para él bebe, es prácticamente imposible predecir qué mujer en particular presentará alguna complicación ya que una que no presenta ningún factor de riesgo puede complicarse en cualquier momento de embarazo o después de él, los controles prenatales oportunos y completos disminuirían estos factores que afectan este

³³ Guía de promoción de salud y prevención de enfermedades en la salud pública. 2007.

periodo. *A partir de la concepción debido a que “todo embarazo está expuesto a riesgo”*³⁴

El enfoque del control de la mujer embarazada consiste en:

- La experiencia internacional recomienda que en lugar de buscar factores de riesgo es mejor dedicarse a detectar enfermedades con manifestaciones clínicas o en su momento subclínico.
- Prevención de enfermedades y promoción de la salud (toxóide tetánico, suplementación con hierro y ácido fólico, evitar consumo de tabaco, alcohol, lactancia materna, anticoncepción después del parto).
- Detección temprana y manejo de complicaciones (especialmente preeclampsia, anemia, mala presentación fetal, infecciones de transmisión sexual).
- Elaboración con la embarazada de un plan para el parto (promoción del parto hospitalario) y posibles complicaciones

*La atención prenatal debe estar dirigida a la promoción de comportamiento saludable*³⁵

Con el control prenatal se persigue lograr comportamientos favorables que:

- Fomenten el auto cuidado y la nutrición perinatal.
- Promover la lactancia materna y el alojamiento conjunto.
- Detectar las enfermedades preexistentes y las complicaciones durante el embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Fomentar la detección de los defectos al nacimiento.
- Proporcionar orientación-consejería para la anticoncepción post-evento obstétrico.

³⁴ Boletín Planeando mi parto, MSD, Bolivia.2009.

³⁵ Boletín Planeando mi parto, MSD, Bolivia.2009.

- Promover la vacunación antitetánica.
- Fomentar la atención del parto institucional.
- Limitar la operación cesárea a casos médicamente indicados.
- Promover la erradicación de la violencia hacia la mujer.
- Promover la participación activa del varón en la crianza del hijo/a

“La atención prenatal debe ser oportuna, periódica, completa y de amplia cobertura”

El control prenatal debe iniciarse **oportunamente** antes de la 12ª semana de gestación incluso desde la sospecha de embarazo para la identificación temprana defactores de riesgo, **periódicamente**favorecerá el seguimiento del embarazo de bajo riesgo o normal debiéndose promover y proporcionar 5 consultas: la primeradurante el primer trimestre, las subsecuentes se efectuarán:

- 2ª. Entre la semana 22 y 24 de gestación.
- 3ª. Entre la semana 27 y 29 de gestación.
- 4ª. Entre la semana 33 y 35 de gestación.
- 5ª. En la semana 38 de gestación.

Cuando se trate de embarazos de alto riesgo las consultas se ajustarán de acuerdo a la aparición de complicaciones y al factor de riesgo encada caso en particular o cuando el médico lo considere necesario.**Completa**quegarantizará el cumplimiento de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, de **Amplia cobertura** a todas las embarazadas con el fin de reducir los índices de mortalidad materna y perinatal.

“La primera consulta debe realizarse preferentemente en las primeras doce semanas de la gestación; el médico procederá a recabar a través de la Historia Clínica Perinatal por medio del interrogatorio directo los datos generales de la embarazada, los antecedentes heredo familiares, los personales no patológicos, los personales patológicos, además de los

ginecobstétricos. La duración media de la primera consulta puede ser de 30 a 40 minutos aproximadamente, la secuencia de las siguientes consultas debe fijarse a partir de esta primera visita”.³⁶

2.2.5.1. Valoración del estado de nutrición en la consulta prenatal

El desarrollo del embarazo es sumamente sensible a la nutrición materna. Las alteraciones nutricias que pueden afectar el embarazo y la forma en que lo hacen son numerosas; en principio afecta sobre el peso que tendrá el niño/a al nacer; por otro lado el tipo de alimentación materna puede "programar" al hijo/a para tener mayor o menor susceptibilidad a padecer enfermedades crónicas degenerativas en la vida adulta.

“Existen alteraciones frecuentes de la nutrición materna cuya corrección oportuna permitiría una notable disminución en la morbilidad y mortalidad gestacional, perinatal e infantil. Las que por su frecuencia o por su trascendencia tienen mayor importancia y deben ser objetos de vigilancia estrecha son la desnutrición, la obesidad, la diabetes gestacional, la deficiencia de hierro, la deficiencia de yodo, la deficiencia de folatos y la deficiencia de calcio”.³⁷

La consulta prenatal debe servir para el diagnóstico oportuno de estos trastornos para la identificación de embarazadas en riesgo; el diagnóstico detallado y el manejo de dichos trastornos suele exigir personal especializado donde deberán referirse los casos que lo requieran.

³⁶ Obstetricia, Usandizaga y De La Fuente. 2011.

³⁷ Dirección General de Salud Reproductiva, Manual de Atención. 2001.

2.2.5.2. Orientación consejería para el embarazo saludable, parto y puerperio seguros

La atención integrada del embarazo debe incluir un proceso de comunicación interpersonal y análisis entre los prestadores de servicios y la mujer gestante, mediante el cual se brindará a las usuarias elementos para la toma de decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de la atención prenatal por lo que se debe orientar a la gestante en diferentes aspectos:

- Nutrición.
- Planificación familiar.
- Aplicación de toxoide tetánico diftérico.
- Manejo del recién nacido.
- Estimulación temprana desde el nacimiento.
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño.
- Salud bucal.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico: anemia, preeclampsia, diabetes gestacional, infecciones cérvico vaginales, urinarias, complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el mismo que solas o en conjunto son condicionantes de embarazo de alto riesgo y que ponen en peligro la vida de la madre y del producto; el número de consultas e interconsultas con otros servicios dependerá de las patologías agregadas al embarazo.

“En la orientación consejería se hará énfasis para fomentar el auto cuidado y la nutrición, detectar enfermedades preexistentes y complicaciones durante el embarazo, promoción de la lactancia materna y el alojamiento conjunto”.³⁸

³⁸ Dirección general de salud reproductiva, manual de atención. 2001.

Si se determina que el embarazo es de bajo riesgo, es decir, cuando se prevén complicaciones se debe seguir el control prenatal en la unidad de primer nivel, donde se realizará la atención del parto si no se presentan complicaciones y si se cuenta con personal capacitado y el equipo necesario.

“En caso de complicaciones en la atención del parto, la embarazada debe derivarse con urgencia al Hospital más cercano. En caso de identificar que el embarazo es de riesgo, es decir cuando se prevén complicaciones desde la primera consulta prenatal, la embarazada debe ser referida a una Clínica u Hospital, para el control médico del embarazo y su resolución.”³⁹

En todos los casos de referencia de pacientes se deberá marcar con el sello ATENCIÓN EMBARAZO DE RIESGO tanto el Expediente Clínico como el Carnet Perinatal.

Cada vez que se identifique un embarazo con datos de riesgo se debe enviar a la unidad de salud más cercana para ser atendido por personal calificado.

El control prenatal es la intervención médica sistematizada de la mujer gestante, es la mejor garantía para culminar el embarazo sin riesgos; existen muchas definiciones y estrategias similares en cada país de Latino América y el mundo para preservar la vida de la madre como de su producto.

Las medidas preventivas que se desarrollarán durante este proceso optimizarán la salud materna fetal, el diagnóstico precoz y oportuno del embarazo disminuirá los posibles riesgos obstétricos que podrían afectar a la gestante, estos controles continuos deberán realizarse desde el momento de su diagnóstico y ser registrados cuidadosamente y con responsabilidad a través del tiempo que dure la etapa del embarazo, en el cual se realizará una serie de exámenes e

³⁹ Dirección general de salud reproductiva, manual de atención. 2001.

interconsultas con otras especialidades. No debemos olvidar que todo embarazo implica riesgo para la madre y su bebé por ello, el objetivo principal del control prenatal es detectar a tiempo cualquier patología y/o complicación y tratarla.

2.2.5.3. Atención prenatal con enfoque de riesgo

“La atención prenatal es el seguimiento periódico de la mujer embarazada dirigida a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal así como el otorgamiento de tratamiento a enfermedades preexistentes y otras patologías intercurrentes en el embarazo y período neonatal”.⁴⁰

La atención prenatal la debe realizar un médico o personal calificado para ello (enfermera especializada, enfermera general, auxiliar de salud y/o partera), quien deberá diferenciar el embarazo de bajo riesgo del de alto riesgo, cuando esto se realiza con calidad se tiene una enorme contribución a la salud materna y por ende a la familia.

“Se entiende como factor de riesgo la característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño. Por lo que el riesgo obstétrico alto es un aumento real o potencial en la probabilidad de sufrir daños a la salud de la madre o del producto”.⁴¹

Un embarazo de alto riesgo obstétrico es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual tanto para la madre como para el bebé, para identificar este riesgo se evalúa a la mujer para determinar si presenta o no condiciones que la expongan a ella o al feto a la

⁴⁰ Dirección General de salud reproductiva, manual de atención. 2001.

⁴¹ Dirección General de salud reproductiva, Manual de atención. 2001.

posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo, los factores de riesgos previos al embarazo se producen antes de la concepción ya que es posible que la madre tenga características o condicionantes que incrementen el riesgo durante la gestación.

La edad de la mujer durante la gestación se relaciona estrechamente con el riesgo durante este periodo las niñas de 15 años o menos tienen más posibilidad de desarrollar preeclampsia (una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada, proteínas en la orina y retención de líquidos) y eclampsia (convulsiones producidas por la preeclampsia), además también tienen la probabilidad de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos.

En cambio las mujeres de 35 años o más tienen más probabilidad de desarrollar presión arterial elevada, diabetes, fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, así como tener problemas durante el parto. El riesgo de tener un bebé con alguna anomalía cromosómica como el síndrome de Down aumenta con rapidez a partir de los 35 años. Una mujer que pesa menos de los 45 kilos cuando está embarazada tiene la probabilidad de tener un bebé de menor tamaño de lo esperado en relación con el número de semanas de gestación (pequeño para la edad gestacional), si su peso aumenta menos de 5 kilogramos durante el embarazo, el riesgo de tener un bebé con estas características aumenta en casi un 30 %. Por lo contrario una mujer obesa tiene más probabilidades de tener un bebé muy grande; la obesidad también incrementa el riesgo de desarrollar diabetes y presión arterial elevada.

Existen diversas clasificaciones de riesgo pero ninguna puede sustituir el pensamiento y la experiencia del médico ante cada embarazada; es decir que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden presentarse se debe aplicar un enfoque integral analítico e individualizado en cada caso, la presencia de una o más siguientes condiciones, características y/o patologías, significará alto riesgo obstétrico en una mujer embarazada.

- Hipertensión arterial.
- Nefropatías (enfermedades del riñón).
- Dos o más cesáreas.
- Diabetes mellitus.
- Otra enfermedad crónica y/o sistémica grave.
- Cinco o más embarazos.
- Cardiopatía.
- Dos o más abortos.
- Edad de 35 o más años

*“Por el alto riesgo de morbilidad y mortalidad prenatal todo embarazo de 41 semanas o más de gestación debe ser referido al módulo de atención a embarazadas de riesgo (mater) para su atención por personal especializado”.*⁴²

Existen además de las patologías anteriormente mencionadas otros factores de riesgo como ser los antecedentes ginecobstétricos que llevan a complicaciones durante el proceso de la gestación, pueden ser:

- Un aborto.
- Hemorragia durante la 2ª mitad de la gestación.
- Muerte perinatal.
- Infección puerperal en el embarazo anterior.
- Cesárea previa.
- Infección crónica de las vías urinarias.
- Prematurez.
- Edad menor de 20 años.
- Defectos al nacimiento.
- Menos de 2 años desde la terminación del último embarazo.

⁴² Dirección General de Salud Reproductiva, Manual de atención. 2001.

- Bajo peso al nacer.
- Obesidad y desnutrición.
- Preeclampsia / Eclampsia.

La combinación de dos o más de los siguientes antecedentes o características se traducirá como de alto riesgo obstétrico.

2.2.5.4. Hemorragias obstétricas

“Datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que la hemorragia obstétrica es la causa del 25% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo. Aproximadamente el 80% de las muertes maternas por hemorragia son por causas obstétricas directas; es decir por complicaciones del embarazo, trabajo de parto, puerperio, así como por diagnósticos y tratamientos erróneos de enfermedades que se presentan durante la gestación. Dentro del contexto de la hemorragia obstétrica, la hemorragia posparto es la complicación más frecuente presentándose en un 75% de los casos del puerperio patológico. Este período es de gran riesgo debido a la cantidad y rapidez con la que se presenta la hemorragia, siendo en ocasiones insuficientes los recursos para contrarrestar este evento urgente como son: soluciones parenterales, sangre y sus derivados”.⁴³

La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal proveniente de genitales internos o externos, la hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos), se pueden clasificar de acuerdo al periodo en que se desarrollan en:

⁴³ Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. 2002.

- Hemorragias en el estado gravídico (Síndrome de aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica gestacional, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta y ruptura uterina).
- Hemorragia puerperal (de causa uterina y/o extrauterina)
- Complicaciones de la hemorragia obstétrica shock hipovolémico y CID (coagulación intravascular diseminada)

“Las hemorragias durante el embarazo por más pequeñas que sea deben considerarse patológica, las que se presentan en la segunda mitad del embarazo son complicaciones serias y están entre las causas frecuentes de mortalidad materna, debe recordarse que una hemorragia inicialmente escasa y aparentemente no peligrosa puede transformarse en escasos minutos en una copiosa hemorragia que obligue a finalizar urgentemente la gestación. Las causas más importantes son la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta.”⁴⁴

2.2.5.5. Hemorragias en el estado gravídico

“Síndrome del aborto es la expulsión o extracción del producto de la concepción antes de las 22 semanas de la gestación, el feto habrá de pesar menos de 500 gramos.”⁴⁵

El aborto es una causa muy de común de hemorragias obstétricas que pueden complicarse rápidamente si no son tratadas a tiempo, aparecen antes de la semana 21 del embarazo es una hemorragia que se presenta en el primer trimestre del embarazo. Pueden ser clasificadas de acuerdo a sus características en: **amenaza de aborto** es la presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina sin modificaciones cervicales, **aborto inevitable** variedad que hace imposible la continuación de la gestación, aparece generalmente la existencia de

⁴⁴ Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos en las Hemorragias de la primera mitad del embarazo. 2009.

⁴⁵ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

hemorragia genital intensa o ruptura de membranas aun sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible, **aborto en evolución** se caracteriza por la presencia de hemorragia genital persistente, actividad uterina reconocible clínicamente y modificaciones cervicales (borramiento y dilatación) incompatibles con la continuidad de la gestación, **aborto incompleto** cuando ha ocurrido la expulsión de una parte del huevo y el resto se encuentra aún en la cavidad uterina, **aborto completo o consumado** aquel en el que la expulsión del huevo ha sido total, **aborto diferido o huevo muerto y retenido** se presenta cuando habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción no se expulsa en forma espontánea. Esta entidad presupone un lapso entre la muerte ovular y la elaboración del diagnóstico. Generalmente existe el antecedente de amenaza de aborto, **aborto habitual**: es la pérdida repetida y espontánea del embarazo en tres o más ocasiones o de 5 embarazos en forma alterna y **aborto séptico**: cualquiera de las variedades anteriores a las que se agrega infección intrauterina.

2.2.5.6. Embarazo ectópico

“Es aquel en donde la implantación del huevo ocurre fuera de la cavidad uterina (endometrio). El embarazo ectópico es la primera causa de mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación. En el 95-97% de los casos, la implantación ectópica ocurre en la trompa de Falopio.”⁴⁶

El embarazo ectópico es una complicación que aparece durante el primer trimestre del embarazo, la localización más frecuente es la ampular (80%); puede ser la etiología de embarazos ováricos o bien abdominales. La que se localiza en la porción ístmica de la trompa ocurre en un 12% y su ruptura ocurre tempranamente, también se localiza en un porcentaje menor el 5 y 2% en las porciones fímbrica e intersticial respectivamente.

⁴⁶ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas.2002.

2.2.5.7. Enfermedad trofoblástica gestacional

*“Constituye un grupo de alteraciones de la gestación benignas y malignas caracterizadas por la proliferación en grados variables de las células sincitiales y de Langhans del trofoblasto por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y por la producción de Hormona Gonadotropina CoriónicaHGC acompañada o no de embrión o feto”.*⁴⁷

Esta alteración poco frecuente pero no menos importante que el resto, produce un aumento importante de la hormona Gonadotropina humana produciéndose un aumento rápido de la sintomatología como ser náuseas y vómitos además de un aumento notable del crecimiento de la cavidad uterina no proporcional con el edad gestacional por lo que puede confundirse con embarazo gemelar, siendo al mismo tiempo de consistencia blanda se incluyen cuatro formas clínico-patológicas:

- Mola hidatidiforme (completa o clásica e incompleta o parcial)
- Mola invasora
- Coriocarcinoma

2.2.5.8. Placenta previa

Es una hemorragia que aparece en la segunda mitad del embarazo aparecen alrededor de la semana 28 a 32 semanas de gestación, aparece de forma brusca sin justificación y sin dolor una característica muy importante.

“Es la complicación obstétrica que se presenta cuando la implantación placentaria se realiza a nivel del segmento uterino y que en ocasiones cubre el orificio cervical interno

⁴⁷ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

parcial o totalmente de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto”.⁴⁸

La placenta previa pueden ser de:

- **Inserción baja:** el borde placentario se encuentra en el segmento inferior a menos de 8 cm del orificio cervical interno,
- **Marginal:** el borde placentario alcanza márgenes del orificio cervical
- **Central parcial:** la placenta cubre el orificio cervical interno cuando el cuello se encuentra cerrado pero cuando hay una dilatación igual o mayor a 3 cm sólo cubre parcialmente el orificio cervical interno
- **Central total:** la placenta cubre la totalidad del orificio cervical interno aún con dilatación avanzada.⁴⁹

“Se denomina placenta previa o de inserción baja porque se implanta en la parte baja del útero en la zona que corresponde al segmento inferior, es necesario tenerlos bien en cuenta por el potencial peligro que entraña una inserción viciosa en una zona poco apta para ello, el signo clínico más frecuente es la hemorragia que aparece comúnmente después del séptimo mes con sangrado de aparición brusca, sin dolor y en cantidad moderada”.

⁵⁰

2.2.5.9. Desprendimiento prematuro de placenta

Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina siempre que ocurra después de las 20 semanas de gestación y antes del tercer período del trabajo de parto

⁴⁸ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

⁴⁹ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

⁵⁰ Obstetricia práctica, Uranga. 1985.

*“Cuando por razones diversas la placenta normalmente implantadas se desprende durante el embarazo o al comienzo del parto se conoce como desprendimiento prematuro de placenta, el cuadro generalmente es de inicio agudo con dolor localizado en la zona del desprendimiento puede ser leve o de gravedad moderada llegando incluso a estados de shock”.*⁵¹

Las mujeres gestantes presentan sangrado genital de aparición brusca y repentina acompañada de dolor de abdomen inferior intenso y constante que va en aumento la palpación abdominal del útero resulta ser muy doloroso se debe tener siempre en cuenta los siguientes factores de riesgo para poder realizar un diagnóstico oportuno:

- Trastornos hipertensivos en el embarazo
- Descompresión brusca del útero
- Edad materna mayor de 35 años
- Tabaquismo y alcoholismo
- Cordón umbilical corto
- Traumatismo abdominal
- Tumoraciones uterinas
- Iatrogenia (uso inadecuado de oxitócina o prostaglandinas)
- Corioamnionitis
- Ruptura prematura de membranas (prolongada)
- Embarazo con dispositivo intrauterino

2.2.5.10. Hemorragia puerperal

“Es la pérdida sanguínea post parto mayor de 500 ml o post cesárea mayor de 1000 ml o bien que produzca alteraciones

⁵¹ Obstetricia práctica, Uranga. 1985.

*hemodinámicas como: hipotensión, taquicardia, palidez de piel y mucosas.”*⁵²

Es una complicación que aparece inmediatamente o después de horas del post - parto esta complicación es bastante frecuente en nuestro país causando la muerte materna principalmente se debe a la atención de parto domiciliarios, aproximadamente 53 % de las muertes maternas se produce en sus domicilios de los cuales se calcula que un alto porcentaje de estas muertes podrían ser evitadas con la asistencia del parto en un establecimiento de salud que debería ofrecer una atención calificada del parto.⁵³

La hemorragia puerperal puede deberse a causas uterinas (Atonía uterina, inversión uterina, retención placentaria y/o de restos placentarios y acretismo placentario) y causas extrauterinas (desgarros o laceraciones del vaginal y trastornos de la coagulación)

*“La atonía uterina es cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento lo que origina la pérdida sanguínea anormal en el nivel del lecho placentario.”*⁵⁴

La inversión uterina es una complicación poco frecuente se puede clasificar de acuerdo al tiempo en que se realiza el diagnóstico por lo puede ser aguda si se presenta dentro de las primeras 24 horas posparto y subaguda cuando se presenta después de las 24 horas posparto a las 4 semanas.

“Inversión uterina es una complicación del puerperio inmediato, que consiste en la aproximación del fondo de la cavidad uterina a través de la vagina provocando hemorragia posparto de magnitud variable por lo que su tratamiento debe ser inmediato.

⁵² Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

⁵³ Datos obtenidos del Plan estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia, 2009 – 2015.

⁵⁴ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas.2002.

Se mencionan que debe haber dos condiciones para que se presente la inversión uterina, como son la dilatación cervical y la relajación uterina”⁵⁵

Retención placentaria y/o de restos placentarios es cuando no se ha separado la placenta después de transcurridos 10-15 minutos de la salida del feto y a pesar del uso de oxitócicos y maniobras adecuadas de placenta no expulsada; constituye una urgencia ya que el sangrado es abundante

*“Acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta con ausencia total o parcial de la decidua basal con penetración de las vellosidades coriales a la pared uterina. Su incidencia es aproximadamente de un caso en 1.500 y probablemente sea mayor en algunas instituciones por el mayor número de cesáreas. Existen tres tipos de variedades de adherencia anormal de la placenta que: Placenta accreta: es la adherencia de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina sin llegar al miometrio (80%); Placenta increta: es una variedad de acretismo en el cual las vellosidades alcanzan el miometrio (15%); Placenta percreta: es la penetración anormal de los elementos coriales hasta la serosa del útero (5%)”.*⁵⁶

La activación de la coagulación puede generarse a partir de la acción de diferentes sustancias o superficies electronegativas. La coagulopatía por consumo sistémica puede producirse cuando menos por tres distintos mecanismos: coagulación intravascular diseminada, trombosis focal y trombosis intravascular difusa.

“Coagulación intravascular diseminada es un trastorno hematológico adquirido en donde se encuentran activados

⁵⁵ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

⁵⁶ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

*anormalmente los mecanismos hemostáticos, caracterizándose por el alto consumo de factores pro coagulantes, así como una fase compensatoria de fibrinólisis. La clasificación de este desequilibrio de la coagulación puede ser aguda o crónica, localizada o diseminada, intravascular o extravascular.”*⁵⁷

2.2.5.11. Hipertensión Inducida Por el Embarazo (HIE)

La hipertensión inducida por el embarazo también se conoce como toxemia o pre eclampsia. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes primerizas, frecuente en embarazos gemelares, mujeres con hipertensión crónica, diabetes preexistente y en mujeres que sufrieron HIE en un embarazo anterior.

*“La HIE es una forma de presión sanguínea alta durante el embarazo, se presenta en aproximadamente entre el 5 y el 8 por ciento del total de los embarazos. Otro tipo de presión sanguínea alta es la hipertensión crónica (presión sanguínea alta que se presenta antes del comienzo del embarazo). Puede ser clasificado de la siguiente manera preeclampsia es el síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana de gestación, parto o los primeros catorce días del puerperio, caracterizado principalmente por hipertensión y proteinuria; la preeclampsia se clasifican en leve y severa, preeclampsia leve en ésta, la elevación de la presión arterial es de cifras mayores de 140/90, pero menor de 160/110, preeclampsia severa la hipertensión arterial en este caso es de 160/ 110 mm Hg o mayor y la eclampsia la sintomatología de pre eclampsia se asocia la presencia de convulsiones y/o coma”.*⁵⁸

⁵⁷ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

⁵⁸ Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. 2002.

La preeclampsia es una complicación importante y potencialmente grave del embarazo, en sus formas graves puede llegar a producir muerte del feto o de la madre, la etiología es poco clara se ha propuesto múltiples teorías. En su origen es un trastorno de la placenta que repercute tanto sobre la madre como sobre el feto provocando dos síndromes: la Materna es la consecuencia de una alteración difusa de la función endotelial que provoca trastornos circulatorios generalizados en el organismo materno. El síndrome fetal se debe a la falta de aporte de las necesidades nutricionales y respiratorias fetales por parte de la placenta.

“Hipertensión arterial crónica es la hipertensión que se presenta independientemente de la gestación o anterior a las veinte semanas de embarazo, con cifras de tensión arterial mayores de 140/90 mm Hg.”⁵⁹

2.2.6. Factores biopsicosociales que influyen en el embarazo

Se sabe que los riesgos asociados al embarazo y al parto aumentan por la falta de empoderamiento, educación, acceso pobre a los recursos económicos, alimentación deficiente y cargas pesadas de trabajo durante el embarazo, contribuyen al aumento de la mortalidad materna. Además la falta de acceso a la atención calificada y la baja prevalencia en el uso de los métodos anticonceptivos por parte de la población femenina, incrementa los embarazos no deseados siguiéndose por las limitaciones en la atención de la salud la gestante en los servicios de salud, bajo nivel en su formación escolar y muchas veces abandono de su proyecto de vida, deja a las mujeres en condiciones muy precarias para su desarrollo y desenvolvimiento social e individual; por ello entre los principales factores que afectan el normal proceso de la gestación están:

- Pobreza.
- Embarazo no deseado.

⁵⁹ Obstetricia, Reproducción y Ginecología básicas. 2007.

- Madre con analfabetismo o con primaria incompleta.
- Factores culturales.

Todas las embarazadas tienen derecho a recibir atención calificada durante su embarazo y parto sin ningún tipo de discriminación, tienen derecho a recibir una atención que respete sus tradiciones y que sea realizada por profesionales capaces de actuar inmediatamente cuando surgen complicaciones impredecibles.

“La violencia contra la mujer es un factor de riesgo vinculado a la mortalidad materna. Las mujeres que viven en relaciones violentas generalmente no pueden tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y enfrentan un mayor riesgo de tener embarazos no deseados.”⁶⁰

Las mujeres tienen derecho a que su maternidad sea voluntaria y deseada por tanto, tienen derecho a recibir información, tener acceso a métodos anticonceptivos modernos, decidir cuándo y cuántos hijos e hijas quieren tener, para ello es importante el asesoramiento previo antes, durante y después del parto.

“El asesoramiento previo a la concepción es la medicina preventiva en obstetricia y es de gran importancia ya que durante este paso se identifican los factores que pueden perjudicar los resultados perinatales y se informa a la mujer sobre tales peligros. Siempre que sea posible, se plantea una estrategia para reducir o eliminar las influencias patológicas que se habrán identificado por los antecedentes familiares, personales u obstétricos.”⁶¹

Los médicos encargados de la salud de las mujeres en edad reproductiva tienen una oportunidad excelente para brindar asesoramiento preventivo los

⁶⁰ Por una maternidad y nacimientos seguros. 2009.

⁶¹ Obstetricia de Williams. 2006.

ginecólogos, internistas, médicos familiares y pediatras pueden ocuparse de este asesoramiento, el médico de cabecera puede brindar asesoramiento básico previo a la concepción en varios aspectos como dieta, consumo de alcohol, tabaquismo, uso de drogas ilícitas, ingestión de vitaminas, ejercicio y otros comportamientos, es importante llevar un registro clínico y revisarlo periódicamente para conocer todo lo referente a las enfermedades medicas importantes, operaciones previas, trastornos de la reproducción o enfermedades de tipo genético e interpretar los resultados.

En caso de existir además de factores biológicos, uno o más de orden social el riesgo aumenta porque se produce sinergia o potencialización.

“Este proceso preventivo debe ocuparse de todos los factores de riesgo propios de la madre y del feto, como ser enfermedades crónicas, enfermedades genéticas, antecedentes personales patológicos, antecedentes sociales como ser edad de la madre que trae consecuencias importantes en el embarazo si se ubica en alguno de los extremos de la vida reproductiva (inicio de la adolescencia o finales de la etapa reproductiva), modo de vida y hábitos laborales.”⁶²

Realizando el análisis general observamos que la mayoría de las muertes maternas y neonatales pueden ser evitadas, los riesgos de complicaciones o muertes se incrementan por la falta de conocimientos sobre los peligros del embarazo, mala alimentación, bajos niveles de instrucción y falta de recurso económicos(pobreza), son situaciones que repercuten en el acceso a los establecimientos de salud, dependiendo también en ocasiones del poder de decisión de las mujeres de bajos niveles de instrucción para acceder a la atención medica calificada repercutiendo en el aumento de las tasas de mortalidad.

⁶² Obstetricia de Williams.2006.

En conclusión frente a todos los factores adversos que afectan a la maternidad segura, los servidores de salud deberían asesorar a las mujeres gestantes durante el seguimiento de las consultas médicas, con un solo objetivo fundamental, lograr el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones de esta manera lograr que la mujer embarazada se encuentre bien instruida valiéndonos como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado, se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materna el futuro programa de control prenatal, constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educativos: Signos y síntomas de alarma, nutrición materna, lactancia y cuidados del recién nacido, derechos legales, orientación sexual, planificación familiar y preparación para el parto.

CAPÍTULO TERCERO

MARCO REFERENCIAL

3.1. Bases referenciales

3.1.1. Estructura del sistema nacional de salud de Bolivia

*“El Sistema Nacional de Salud Boliviano se define como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social”.*⁶³

Integra al Sistema Público, Seguro Social de corto plazo, Iglesias, Instituciones Privadas con y sin fines de lucro y a la Medicina Tradicional Indígena. Establece cuatro ámbitos de gestión:

- ✓ Nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS).
- ✓ Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Gobernación.
- ✓ Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS).
- ✓ Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

El Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) es el órgano rector de ámbito nacional, responsable de formular la estrategia, políticas, planes y programas nacionales.

SEDES (Servicio Departamental de Salud) es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento (geográficamente hablando, equivalente a nuestras Comunidades Autónomas). Tiene un Director Técnico que depende técnicamente del Ministerio de Salud y Previsión Social.

⁶³ Revista de la SMG, Conociendo el Sistema de Salud de Bolivia. 2004.

“El SEDES articula las políticas nacionales y la gestión municipal; coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento. Es el encargado de establecer los acuerdos con las entidades privadas que intervengan en el sector salud en el departamento, entre ellas las ONG de Cooperación Internacional que quieran trabajar en la zona”.⁶⁴

En los Municipios la estructura encargada de gestionar la salud es el DILOS; existe uno por Municipio, y lo forman:

- ✓ Alcalde Municipal.
- ✓ Director Técnico del SEDES (Servicio Departamental de Salud).
- ✓ Representante del Comité de Vigilancia (Juntas Vecinales o pueblos campesinos, indígenas u originarios, organizados según sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias).

“El DILOS (Directorio local de Salud) funciona en espacios cedidos por el Ayuntamiento y tiene bajo su dependencia al Gerente de Red de Salud”.⁶⁵

En cada uno de los municipios constituye la máxima autoridad en la gestión compartida para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud; tiene como funciones principales:

- ✓ Ejecutar la gestión compartida en su ámbito municipal, basada en la interculturalidad, la equidad de sexo y la inclusión social.
- ✓ Promover y gestionar programas y proyectos de cooperación técnica y financiera para la provisión de servicios de salud en el marco de regulaciones y convenios en vigencia.

⁶⁴ Revista de la SMG, Conociendo el Sistema de Salud de Bolivia.2004.

⁶⁵ Revista de la SMG, Conociendo el Sistema de Salud de Bolivia.2004.

- ✓ Elaborar, suscribir y evaluar compromisos de gestión con el Gerente de Red.
- ✓ Evaluar la situación de salud, la red de servicios, la ejecución de programas, el Seguro Universal Materno-Infantil y la calidad de la atención.
- ✓ Instruir la realización de auditorías financiero contables, administrativas, médicas y de medicamentos en la red de servicios.
- ✓ Apoyar, controlar y atender los procesos de fiscalización en el uso de las Cuentas Municipales de Salud, promoviendo la generación de informes periódicos dirigidos a los Concejales y la comunidad.
- ✓ Gestionar los recursos físicos, financieros y humanos de la red de servicios de salud, promoviendo en los establecimientos y brigadas móviles de salud la aplicación de modelos de gestión para mejorar la calidad y eficiencia en la producción de servicios.

3.1.2. Niveles de atención

Los tres niveles de atención de la salud se estructuran en la práctica en la organización de las Redes de Salud. Veamos en primer lugar qué conforma cada nivel de atención y cómo se organizan en las Redes de Salud.

Primer Nivel la oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito. Se constituye en la puerta de entrada al sistema de atención de salud". ⁶⁶

Este nivel de atención está conformado por la medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, consultorio médico, centro de salud con o sin camas, policlínicas y poli consultorios.

⁶⁶ Revista de la SMG, Conociendo el Sistema de Salud de Bolivia. 2004.

“Segundo Nivel corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas”.⁶⁷

El segundo nivel de atención brinda los servicios de medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología- obstetricia, anestesiología, sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y opcionalmente, traumatología. La unidad operativa de este nivel es el Hospital Básico de Apoyo. En el Departamento de Pando solo contamos con un solo hospital de segundo de nivel de atención.

“Tercer Nivel corresponde a la consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades, y servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad.”⁶⁸

Las unidades operativas de este nivel son los hospitales generales e institutos y hospitales de especialidades, desgraciadamente en Pando no se cuenta con hospitales de tercer nivel de atención, no pudiendo resolverse complicaciones que requieren urgentemente de este nivel de resolución.

3.1.3. Departamento de Pando

El departamento de Pando con su capital Cobija es uno de los 9 departamentos de Bolivia, ubicado en la parte noreste del país. Limita con el territorio brasileño al norte y peruano al oeste, así como con los departamentos de La Paz y del Beni al sur. El departamento está dividido en 5 provincias y 15 municipios, tiene un relieve mayormente llano y posee una altitud media de 280 m.s.n.m. Posee un clima tropical con una temperatura promedio de 26.6 grados, con alta precipitación pluvial de 1.865 mm promedio anual, con un máximo de 2423 mm y un mínimo

⁶⁷ Revista de la SMG, Conociendo el Sistema de Salud de Bolivia.2004.

⁶⁸ Revista de la SMG, Conociendo el Sistema de Salud de Bolivia.2004.

de 1298 mm, favoreciendo el crecimiento de grandes selvas de la amazonia y surcado por innumerables ríos. (Internet)



Fuente Map.data.2013google.MapLink

Gran parte de las comunicaciones terrestres se utilizan solo durante el periodo seco mientras que durante el periodo lluvioso los transportes se deben realizar por vía aérea o en menor grado por vías fluviales, la estación lluviosa se extiende de octubre a abril y la estación seca tiene su mínimo de lluvia en julio. Las aguas superficiales abundan todo el año pero son de calidad variable.

Fig. 2. Municipios de Pando.



Fuente SINS Pando: municipios y comunidades del departamento de Pando

3.1.3.1. Municipio Cobija

Cobija capital del Departamento de Pando fue fundada el 9 de febrero de 1906. El municipio Cobija es capital de la provincia de Nicolás Suarez cuyos límites se ubican geográficamente, al nor-oeste con Brasil (Brasilea) al sur con municipio Porvenir, al este con municipio Bolpebra, está ubicada a 240 m.s.n.m, el clima es trópico con temperatura máxima que alcanza los 45°C en época de verano; posee fauna y flora variable. La distribución de la población es en mayor porcentaje joven de 20 a 44 años de edad, actualmente se encuentra en vías de desarrollo por el factor de la migración interna y emigración.

3.1.3.2. Hospital Roberto Galindo Terán



Fig. 3. Fuente propia: Foto Hospital Roberto Galindo Terán (Segundo nivel de atención)

Se encuentra en la ciudad de Cobija, Hospital de segundo nivel del departamento y único hospital de referencia para este nivel de atención, cuenta con los servicios

de ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía en general, además de otras especialidades correspondiente a servicios de tercer nivel de atención como ser traumatología, terapia intensiva, cardiología, neurología, oftalmología, hemodiálisis, banco de sangre, así mismo laboratorios, servicio de ecografía, radiografía, fisioterapia y servicio de emergencias. Debido a su capacidad de resolución recibe todos los casos de referencia provenientes de todo el departamento; por la complejidad de los servicios que brinda surgen problemas de gobernabilidad y responsabilidad administrativa (municipio y gobernación) produciéndose un caos administrativo interno (no cuenta con todos los insumos, medicamentos y equipamientos necesarios para el nivel de resolución). (Experiencia Laboral).

3.1.3.3. Centro de salud 27 de Mayo



Fig. 4. Fuente propia: Foto Centro de Salud 27 de Mayo (Primer nivel de atención)

El Centro de Salud 27 de Mayo es un servicio de salud de consulta y atención de primer nivel sin camas, al igual que los otros centros de salud de la ciudad de

Cobijase encuentra ubicado en la zona urbana del Barrio 27 de Mayo, brindando atención ambulatoria a 11 barrios(áreas de influencia) localizados alrededor del mismo con una población total de 10.824 habitantes, los mismos se hallan distribuidos en los diferentes barrios de influencia como ser : Barrios 27 de Mayo, Paraíso, La Cruz, Villa Cruz, Brisas del Acre, Cataratas, 27 de Junio ex Cacique, La Amistad, 6 de Enero, Perla del acre y Comunidad Bajo Virtudes.(Experiencia laboral).

Este servicio de salud oferta servicios de consulta externa ambulatoria, atención de enfermería en general, servicio de emergencias, consultas odontológicas, programas de salud (Tuberculosis, salud sexual y reproductiva, leishmaniasis, programa ampliado de vacunación.), farmacia institucional y apoyo de médicos SAFCI (Salud Familiar comunitaria e intercultural) del Programa Mi Salud.Horarios de atención. Los horarios son de 12 horas de lunes a viernes distribuidos en 2 turnos (mañana y tarde con atención médica en general).

Personal de salud del Centro de Salud 27 de Mayo:

- ✓ 5 médicos generales dependientes del SEDES Pando.(1 con el cargo de Director del centro de salud)
- ✓ 2 médico general dependiente de la Alcaldía Municipal de Cobija.
- ✓ 2 médicos SAFCI dependientes del programa MI Salud.
- ✓ 2 licenciadas de enfermería dependientes del SEDES Pando.
- ✓ 1 licenciada de enfermería dependiente de la Alcaldía Municipal de Cobija.
- ✓ 2 odontólogos dependientes del SEDES Pando.
- ✓ 8 auxiliares de enfermería distribuidas en los 2 turnos dependientes del SEDES Pando.
- ✓ 1 auxiliar responsable de farmacia dependiente del SEDES Pando.
- ✓ 2 responsables de limpieza una depende del SEDES y una de la alcaldía.
- ✓ 1 chofer dependiente de la alcaldía para los 2 turnos.
- ✓ 1 sereno para el turno noche dependiente de la alcaldía.

**Fig. 5. Cuadro de distribución de la población del área de influencia del
Centro de Salud 27 de Mayo.**

<i>Provincia</i>	<i>Nicolás Suarez</i>
<i>Población departamental de Pando</i>	<i>86.889 hab.</i>
<i>Población de Municipio de Cobija</i>	<i>46.411 hab.</i>
<i>Población del Área de influencia del C.S. 27 de Mayo</i>	<i>10.824 hab.</i>
<i>Menores de 1 año</i>	<i>284 hab.</i>
<i>De 1 año</i>	<i>280 hab.</i>
<i>Menores de 2 años</i>	<i>279 hab.</i>
<i>De 2 a 5 años</i>	<i>1117 hab.</i>
<i>Menores de 5 años</i>	<i>1401 hab.</i>
<i>Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años</i>	<i>2586 hab.</i>
<i>Embarazos esperados</i>	<i>430 hab.</i>
<i>Partos esperados</i>	<i>359 hab.</i>
<i>Nacimientos esperados</i>	<i>353 hab.</i>

Fuente: SNIS. Pando. Población proyectada y estimaciones de embarazos, partos y nacimientos. 2012.

3.2. Base Legal.

La Política de Salud del Gobierno Nacional establece básicamente lograr el derecho a “vivir bien” de las comunidades, familias y personas en general. O sea, que lo que se busca es fortalecer la atención integral de la población cuyo objetivo es de contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de la población boliviana. Para ello el ministerio de salud dentro de sus atribuciones va trabajando continuamente reconociendo el derecho de la población al acceso universal a la salud tal como

está instituido en la Constitución Política del Estado Plurinacional, diseñando nuevas acciones con énfasis en la promoción y prevención de la enfermedad, promoviendo la participación y el control social e interviniendo en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el presente enfoque de la salud contribuye a brindar atención articulada con los actores comunitarios aceptado, respetando, valorando sus conocimientos y prácticas de acuerdo a su cultura y su cotidianidad.

Las estrategias que viene empleando el Ministerio de Salud es lograr el vivir bien de las personas, familias y comunidades de Bolivia, plantea el fortalecimiento de la Red de Salud con sus dos componentes: la Red Municipal SAFCI (Salud Familiar Comunitaria e Intercultural) es de concepción territorial y la Red de Servicios de concepción espacial y funcional, focalizando la atención en el hecho de que las redes tienen como uno de sus fines la conformación de redes de personas, para consolidar la interrelación entre el personal prestador de servicios de salud y las personas, familias y comunidades. Si bien se promulgaron leyes, decretos y resoluciones que amparaban legalmente la existencia de las redes de salud hasta el momento no se tiene funcionando adecuadamente estas redes de salud, ya que no se había elaborado una norma dirigida a definir, organizar y sistematizar su funcionamiento en el interior de las familias, comunidades e instituciones para la conformación de estas redes de salud. A continuación se detalla algunas leyes conferidas por el ministerio de Salud que coadyuvan con la premisa del “vivir bien”.

3.2.1. Constitución Política del Estado

Dispone que el Estado en todos sus niveles protejan el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud, asimismo el **Artículo 37** del mismo cuerpo legal establece, que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se

constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se prioriza la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

El Artículo 45 indica que las mujeres tienen derecho a la maternidad segura con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto además de los periodos prenatales y posnatal.

Al mismo tiempo el **Artículo 48** indica que las mujeres no podrán ser discriminadas o despedidas, se garantiza la inamovilidad laboral de las mujeres en estado de embarazo y de los progenitores hasta que la hija o el hijo cumplan un año de edad. La Constitución Política del Estado indica que todos tenemos derecho a la salud respetando las costumbres y cultura de cada grupo social en toda situación, el Ministerio de Salud y Deportes es el brazo operativo del gobierno para velar por la salud de la población boliviana, para esto debe socializar las funciones del sistema de salud mejorando la atención a la población en general, especialmente garantizar la salud y el derecho de la mujer a ser madre facilitándole la atención obligatoria y adecuada en todos los servicios de salud dependientes del estado.

3.2.2. Ley N°2426 del seguro Universal Materno infantil (SUMI)

Fue promulgada el 21 de noviembre del 2002 y su aplicación fue a partir del 1 de enero del 2003 en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud es un seguro público de salud. Gozarán de este seguro las mujeres embarazadas desde el principio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y los niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. (CPE). La promulgación de la ley del SUMI inicia un proceso nuevo en la salud boliviana debido a que favorece al binomio madre niño sector desprotegido hasta ese momento, la ejecución y aplicación de las prestaciones del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil) se basan en un proceso de equidad y solidaridad para este grupo importante de la población, aporta en gran medida en la disminución

de la mortalidad de la madre y del niño menor de 5 años. Este seguro materno infantil abarca a población gestante desde el inicio del embarazo hasta 6 meses después del parto y al recién nacido hasta los 5 años de edad. La implementación de las prestaciones exige al sector salud doblar esfuerzos para cumplir con las demandas de este beneficio, que favorecen a la resolución de los problemas de salud de la mujer.

3.2.3. Ley 3250 ampliación del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil)

El 6 de diciembre de 2005 se amplía las prestaciones del SUMI para mujeres en edad fértil, estableciendo prestaciones de servicios en la prevención del Cáncer del cuello uterino. (CPE). De acuerdo a las necesidades de la población femenina se amplía la ley del SUMI respetando las prestaciones de salud previamente aprobadas, se amplían algunas prestaciones importantes que abarca a las mujeres en edad fértil y la toma de Papanicolaou (PAP), examen que detecta las lesiones a nivel de cuello uterino que posteriormente pueden llevar a la complicación de cáncer y muerte. Esta ampliación del SUMI al mismo tiempo mejora y adecua algunas prestaciones que inicialmente no se adecuaban a la prestación brindada, toma mucho en cuenta los niveles de atención de los servicios de salud.

3.2.4. Ley N° 1551 Participación Popular

Promulgada en 1994 concediendo a las Organizaciones Territoriales de Base (OTB) y a la sociedad organizada, el derecho a participar en la administración de los servicios públicos, transfiere la infraestructura física de los establecimientos de salud a las municipalidades y las responsabiliza de su administración y control permitiéndoles fiscalizar, supervisar, cambiar o ratificar a las autoridades en el

área de la salud pública por gestión directa o por solicitud de las Organizaciones Territoriales de Base y del Comité de Vigilancia. (CPE)

En esta ley la población participa activamente en la toma de decisiones en la administración pública y gestión participativa hasta ese momento las decisiones nunca fueron consultadas con el pueblo, a partir de la promulgación de la ley se inicia el control social que fiscaliza y supervisa a las autoridades y a los responsables de la salud de cada lugar, priorizando la familia y la comunidad contribuyendo de esta forma en la mejora de las condiciones de vida de la población.

3.2.5 Ley N° 2028 de Municipalidades.

Promulgada en 1999 concede la autonomía municipal para contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas, mediante la otorgación de prestaciones de salud construyendo, equipando y manteniendo la infraestructura de salud, normando, regulando y fiscalizando la prestación de servicios públicos, suministrando, administrando, supervisando el uso de equipamiento, mobiliario, material didáctico, medicamentos, alimentos y otros insumos que usan los servicios de salud bajo su tuición. (CPE). La Ley de municipalidades da autonomía a los municipios en la toma de decisiones con respecto a la salud, esta ley le otorga a las autoridades del municipio la responsabilidad de los centros de salud de Cobija, además de la responsabilidad del funcionamiento del Hospital Roberto Galindo Terán, único hospital de referencia del departamento asumiendo dentro de sus funciones la responsabilidad de la dotación, mantenimiento y renovación de las infraestructuras de salud, esto incluye la dotación de equipamiento total y compra de insumos en general, lamentablemente debido a las diversas responsabilidades de las autoridades dejan a un lado la función primordial que es la salud de la población, resultando servicios de salud ineficientes, ineficaces e incompletos.

3.2.6. Decreto Supremo N° 26875 (2002).

Define la estructura del sistema de Salud; establece la conformación de las redes de salud municipal y departamental, donde los establecimientos de primer y segundo nivel corresponden a la red municipal cuyo responsable operativo de la misma es el Gerente de Red; se conoce que los establecimientos de primer nivel son el ingreso exclusivo de las personas al sistema de salud reforzado por las redes sociales, cuya responsabilidad es el desarrollo de la gestión social en la comunidad. La articulación con la red de servicios de salud garantiza el ejercicio del derecho de las personas, además de participar en la elaboración de los planes Operativos anuales (POA) de los establecimientos de salud, reclutando obligatoriamente recursos humanos que opten al cargo por concurso de méritos y examen de competencia a partir de marzo del 2003. (CPE). Se ha comprobado que la fragmentación de la salud por áreas de trabajo provoca, ineficiencia e ineficacia en la atención asistencial debido a la dispersión de los recursos humanos en diversas áreas y tareas, por este motivo de un tiempo a ahora se está planteando a la salud desde otra perspectiva, donde el involucramiento de varias personas en la problemática de la salud da resultados más óptimos, de tal forma se plantea la conformación de las redes de salud que incluyan a varias instituciones a nivel local como ser municipio, sector de salud y organizaciones sociales las mismas se harán responsables de la regulación y el cumplimiento de las normas y procedimientos. Según el decreto supremo N° 26875 que fue promulgada el año 2002 se regula claramente las funciones de los sectores involucrados en el cambio, donde se recupera las prioridades de atención de salud de las personas, familias y comunidades mejorando su calidad de vida.

3.2.7 Pregunta de investigación

¿Al diseñar un modelo de Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales, se mejorara la salud de la mujer gestante en el área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo?

CAPÍTULO CUARTO

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Enfoque metodológico

4.1.1. Por el tipo de la investigación es un estudio analítico, por la profundidad del mismo es descriptivo y propositivo.

4.1.1.1 Analítico o explicativo porque explica cada fase de la gestación desde su inicio hasta su culminación con el parto, los beneficios del control prenatal continuo y oportuno, sus complicaciones durante el embarazo o el parto y los factores internos o externos que afectan a este periodo.

“...van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos; y como su nombre lo *indica su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas.*” ⁶⁹

4.1.1.2. Descriptivo porque la investigación describe la importancia de los controles prenatales durante el proceso del embarazo tanto normal como patológico y sus consecuencias en la madre como en el bebé.

“*selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así valga la redundancia describir lo que se investiga*” ⁷⁰

4.1.1.3. Propositivo porque propone una Red comunitaria de seguimiento a los controles prenatales con el fin de evitar la morbilidad materno fetal en el área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo, además

⁶⁹ Hernández, Metodología de la investigación. 2010.

⁷⁰ Hernández, Metodología de la investigación. 2010.

parte de la información bibliográfica recabada permitirá elaborar la propuesta para subsanar el problema detectado.

4.2. Por el enfoque de la investigación es un estudio cuali- cuantitativo.

4.2.1. Cualitativo porque busca reflejar la realidad de la situación de los controles prenatales en la mujer gestante, se basa en un enfoque inductivo porque explora e investiga la problemática del estudio, es un método interpretativo contextual por la inmersión en el campo, busca la información sobre la problemática en la situación de estudio, además formula las preguntas de investigación basados en la situación y ve como realidad el resultado de la interpretación que dan los actores, la misma no mide numéricamente los fenómenos porque realiza entrevistas abiertas y una observación no estructurada.

4.2.2. Cuantitativo porque se formuló en base a una idea elegida que la transformó en una o varias preguntas de investigación, analizó las mediciones usando métodos estadísticos y estableció una serie de conclusiones, el investigador buscó reflejar la realidad con relaciones funcionales entre variables e incorpora aspectos cualitativos para dar contexto.

4.3. Técnicas y/o instrumentos

4.3.1. La observación participativa realizó una descripción sistemática de eventos y comportamientos de manera cualitativa dentro del escenario social elegido, es una técnica para recolectar información que se adapta a los eventos tal y como ocurren además de evaluar hechos y comportamientos de la población.

4.3.2. La encuesta se realizó a las mujeres gestantes de las áreas de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo, a través de las respuestas se proporcionaron resultados estadísticos que sustentan el trabajo de investigación, la encuesta es el instrumento más utilizado para recolectar datos que consisten en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables, la misma debe ser congruente con el planteamiento del problema, conformada por preguntas abiertas y cerradas las cuales serán estructuradas con anticipación necesaria.

4.3.3. Entrevistas. Son documentos formados por una serie de preguntas que se contestan por escrito, con el fin de obtener la información necesaria para la realización de la investigación, las entrevistas se realizaron al personal especialista en el área de Ginecoobstetricia del Hospital Roberto Galindo Terán, para que permita ampliar la información requerida en el trabajo de investigación. Los ginecólogos obstetras entrevistados son el Dr. Carlos Clavijo Torrico, Dra. Margarita Pericón Balderrama, Dra. Lidia Vinaya Cutjiri, Dra. Yovanka Alurralde Saavedra, Dr. Daniel Soleto Zabala y la Dra. Filomena Calle Averanga.

4.4. Instrumentos

4.4.1. Fichas Bibliográficas. Las fichas bibliográficas se constituyeron en herramientas que facilitaron realizar la selección y recolección de la información con pertinencia respecto al objeto de estudio, las mismas se aplicaron durante todo el proceso de investigación bibliográfica y en la recolección de textos tanto textuales como de resumen.

4.4.2. Cuadernos de registro del SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud). Se utilizó como instrumento de recolección de datos generales, la información correspondiente al cuaderno número 2 del SNIS (Sistema Nacional de Información), donde se maneja el registro de pacientes

embarazadas, puérperas y partos en forma diaria, registra el nombre, la edad, estado nutricional, fecha de último periodo menstrual, edad del embarazo en el momento de la consulta, número de consulta y si es caracterizado como embarazo de riesgo, etc.

4.5. Unidad de análisis

El estudio se realizó en las áreas de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo de la ciudad de Cobija departamento de Pando.

4.6. Población y muestra

4.6.1. La **población** es de 430 mujeres gestantes de las áreas de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo.

4.6.2. Muestra. La población muestra delimita la población que fue estudiada, se seleccionó tomando en cuenta el tipo probabilístico y elegido por simple azar del conjunto total de la población de mujeres gestantes que se deseaba analizar.

- **Probabilístico.** Todos los componentes de la población tuvieron la probabilidad de ser seleccionados, se obtuvo definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra.
- **Simple azar.** Es una técnica que se utilizó para seleccionar la muestra, dicho de otra manera se escogió al azar del total de la población.

Las encuestas se realizaron en las mujeres embarazadas del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo de la ciudad de Cobija, en las mismas se empleó una fórmula establecida en los libros de investigación científica.

Total de 430 mujeres gestantes en el área de influencia del C. S. 27 de Mayo, representa el valor de N.

Nivel de confianza utilizado es del 95 % establece los resultados de la investigación, cuyo valor de k será de 1,96.

El valor de p es de 0,5

El valor de q será de 0,5

El valor del error será de 0,05

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

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 430 \times 0,5 \times 0,5}{(0,05)^2 \times (430 - 1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} = \frac{412,972}{2,0329} = 203 \text{ mujeres.}$$

Las entrevistas se realizaron a los ginecólogos obstetras del Hospital Roberto Galindo Terán quienes por su amplio conocimiento en el contexto de la problemática de la mujer embarazada en el Departamento de Pando y su gran experiencia en la atención continua de las mujeres en etapas de gestación son los elegidos para realizar la entrevista.

Ginecólogos obstetras: son 6 especialistas en el hospital Roberto Galindo Terán
Los mismos serán entrevistados en su totalidad correspondiendo al 100% de especialistas en la región.

Total = 209 personas

4.7. Técnica de recolección de datos

Se realizó mediante empleo de fuentes primarias y secundarias que abarca el área del trabajo de investigación, de igual manera los datos que se obtuvieron del cuestionario de encuesta en las personas gestantes y las entrevistas a profesionales de la especialidad.

4.8. Técnica de análisis

Se utilizó el empleo de la lógica mediante el análisis de información bibliográfica además del procesamiento y el análisis de los datos del trabajo de campo se cotejaron los mismos utilizando el programa Excel.

Los resultados son presentados en tablas simples y gráficos con la correspondiente interpretación de datos y conclusiones parciales de cada uno de ellos.

CAPÍTULO QUINTO

TRABAJO DE CAMPO

5.1. Encuestas.

Las mujeres embarazadas del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo son las que respondieron las encuestas y corresponden a la población muestra elegida en el trabajo de investigación, las mismas son las más indicadas para darnos a conocer su realidad. Para realizar el trabajo de campo se consideró al azar a las mujeres embarazadas que acudieron a la consulta médica en el Centro de Salud 27 de Mayo, además las que se encontraban en sus domicilios, las mismas procedían de diferentes áreas de influencia del servicio de salud como ser del barrio Paraíso, Perla del Acre, 27 de Mayo, Cataratas, Senac, Cacique, La Cruz, Villa Cruz, Amistad, Manantial, 6 de enero y barrio Tunari, las mismas tienen un grado de instrucción diferente, desempeñando la gran mayoría las labores de casa seguida de estudiantes y comerciantes. A continuación se desarrolla el análisis de cada una de las preguntas de la encuesta realizada.

¿Usted está de acuerdo en realizar los controles prenatales continuos en una mujer embarazada?

Se identificó que un 94 % de la población gestante que acude a realizar los controles prenatales en el Centro de Salud 27 de Mayo está de acuerdo con la realización de controles prenatales continuos y el 6% de la población gestante indica que está muy de acuerdo de realizar estos controles prenatales continuos durante la etapa de gestación. (Tabla y gráfico N° 1, ver anexos)

De acuerdo al análisis se observa que la mayoría de las mujeres gestantes están de acuerdo en realizar los controles prenatales de manera continua en el Centro de Salud, demostrando con esto que consideran que los embarazos deben ser realizados por personal médico y de esta manera prevenir cualquier riesgo que pueda presentarse durante el embarazo. La continuidad de los controles serán determinados desde la primera consulta médica donde se clasificará a las

mujeres con alto, mediano y pequeño riesgo; a partir de esta clasificación se determinara la secuencia de los controles prenatales.

¿Cree que es importante realizar el primer control prenatal lo antes posible en una mujer embarazada?

Se determinó que el 89 % de la población gestante que acude a realizar los controles prenatales en el Centro de Salud 27 de Mayo indica que **Si** es importante realizar el primer control prenatal lo antes posible y apenas el 11 % de la población en estudio refiere que **No** es importante realizar el primer control prenatal lo más temprano posible. (Tabla y gráfico N° 2, ver anexos)

De acuerdo al análisis se evidencia que las mujeres gestantes que acuden a realizar los controles prenatales, conocen la importancia del inicio de estas consultas médicas y que además que de esta manera podrán asegurarse al seguro materno infantil, gozando de esta forma de los beneficios que brinda el seguro como ser: los exámenes complementarios de rutina que permiten conocer la situación en general del embarazo. Un menor porcentaje de la población gestante resta importancia al control prenatal inicial ya que es uno de los más importantes porque a través de este se consigue la historia general de la mujer, antecedentes patológicos, no patológicos, culturales y sociales, al mismo tiempo se aprovechara la oportunidad para realizar el respectivo asesoramiento sobre su actual y futuro embarazo.

¿Usted considera importante que los dirigentes de OTB de su barrio se involucren más en temas de salud principalmente en las que se ocupan de las mujeres embarazadas?

El 78 % de las mujeres embarazadas contestaron que **SI** consideran importante que los dirigentes de las Organizaciones Territoriales de Base (OTB) se involucren en temas relacionados con la salud en general y principalmente de la mujer gestante, en contradictoria con el 22 % que indican que **No** es importante

esta participación de los responsables de las OTBs en temas relacionados a la salud de la mujer. (Tabla y gráfico N° 3, ver anexos)

El análisis indica que del total de las mujeres embarazadas sometidas a la encuesta, la mayoría considera que las Organizaciones Territoriales de Base deberían involucrarse más con el bienestar de la mujeres y de la salud en general de cada barrio ya que dentro de sus funciones se encuentra el de ser control social, además de ser el articulador directo con el servicio de salud departamental y municipal para resolver la problemática de la salud de cada barrio; sin embargo gran parte de estas organizaciones le restan importancia al tema de salud en general desconociendo de esta manera la situación de la misma, su dificultades, problemas y las complicaciones en las que deriva este desinterés, lamentándose complicaciones obstétricas que muy bien podrían evitarse si se diagnosticarían oportunamente.

¿Usted considera que sea necesario que existan equipos multidisciplinarios de salud capacitados que realicen las atenciones de la mujer embarazada en el Centro de Salud, barrio y domicilio?

El porcentaje de mujeres encuestadas consideran que es necesario que existan equipos multidisciplinarios de salud capacitados que realicen las atenciones de la mujer embarazada en el Centro de Salud 27 de Mayo, en su barrio o domicilio es de 44 % de la población que fue sometida a la encuesta, el 56 % del total de las gestantes encuestadas considera que es relativamente necesario la existencia de estos equipos de salud. (Tabla y gráfico N° 4, ver anexos)

De acuerdo al análisis realizado se observa que las mujeres gestantes encuestadas consideran que es relativamente importante la existencia de equipos multidisciplinarios que brinden atención en el servicio de salud, barrios o domicilios. Gran parte de ellas son las que acuden a realizar su control prenatal en el Centro de Salud, las mismas de alguna manera son consecuentes con el seguimiento de su consultas médicas.

¿Usted cree que flexibilizando el horario de atención en el centro de salud mejoraría el inicio, seguimiento y continuidad de los controles prenatales?

El 95 % de la población gestante encuestada indica que sí es necesario realizar la flexibilización de los horarios de atención en consulta mejorándose el inicio, seguimiento y continuidad de los controles prenatales en el Centro de Salud 27 de Mayo, demostrando que los horarios establecidos en el servicio de salud son poco acorde con las actividades de las mujeres embarazadas. El 5% indica que no es necesario la flexibilización de los horarios (Tabla y gráfico N°5, ver anexos)

Como se observa en los resultados obtenidos en la encuesta, las mujeres gestantes consideran que debería realizarse una flexibilización del horario de atención en servicio de salud para poder realizar los controles prenatales de manera continua, esto se debe a que muchas de las mujeres hoy en día se encuentran ocupadas en diversas actividades tanto laborales como familiares, que no les permite recibir la atención continua y por ende la detección temprana de los problemas que podrían desencadenarse en el curso del embarazo, el contexto socioeconómico en general de la población (pobreza, bajo nivel de escolaridad, familias grandes, fuentes laborales con horarios continuos, etc.), representa la causa principal para la inasistencia de las mujeres a los controles prenatales, quedando relegado este servicio a segundo plano ya que se prioriza la actividad económica debido a este contexto, por ello prefieren la flexibilización del horario de atención ya muchas de ellas no alcanzan a realizar sus consultas por el pequeño tiempo libre con el que cuentan.

¿Conoce cuáles son los signos y síntomas de peligro que muestran las mujeres embarazadas que presentan riesgos de complicaciones?

La población femenina gestante que acude a la atención por consulta externa en el Centro de Salud 27 de Mayo, desconoce los síntomas y signos de peligro que derivan en las complicaciones obstétricas que presentan las mujeres durante el periodo del embarazo, la gran mayoría (aproximadamente 85%) de ellas no contestan nada, mostrando un gran desconocimiento de los riesgos que esto

implica y un 15 % aproximadamente tiene un pobre conocimiento acerca de los signos y síntomas de peligro. Lamentablemente a pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades de salud y los mismos profesionales de salud, las mujeres desconocen los signos básicos de los posibles riesgos que podrían surgir durante el proceso de la gestación, demostrándose con esto que desgraciadamente la población continua expuesta en gran medida a sufrir las consecuencias de estas complicaciones que serían fácilmente prevenibles y tratadas, evitándose las secuelas que pueden dejar las complicaciones de estos riesgos obstétricos, asimismo se demuestra que no existe ningún asesoramiento sobre su situación de maternidad por parte de los servidores de salud no existe prevención, promoción ni educación.

¿Usted conoce cuáles son las complicaciones más frecuentes que presentan las mujeres durante el embarazo, parto y post parto?

Se identifica que casi el 96 % de las mujeres tienen un desconocimiento casi total de las complicaciones que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio. Demostrándose la falta de educación e información por parte del personal de salud poco empoderado con la situación de las mujeres en etapa de gestación, asociada al bajo nivel de escolaridad de las mismas empeoran la situación, comprobándose que la labor realizada por parte de los servidores de salud hacia la población es ineficiente.

Las mujeres embarazadas que realizan el control prenatal simplemente desconocen los riesgos a los que están expuestas durante el curso de su embarazo, lamentablemente el personal de salud pierde la valiosa oportunidad de estar en contacto con ellas para realizar actividades de educación, prevención y socialización de los riesgos durante el embarazo. Por este motivo muchas mujeres gestantes aún continúan exponiéndose a los riesgos obstétricos sin ningún conocimiento previo y restándole la importancia al seguimiento de los controles prenatales, hoy en día las mujeres que acuden a realizar sus consultas médicas lo hacen principalmente por conocer el sexo de su bebé y no así por prevenir los riesgos mismos que conlleva el proceso de gestación.

¿Cómo le ayudaría los programas de promoción de lactancia materna, anticoncepción, nutrición y otros durante el periodo del embarazo y post parto?

Se evidencia a través de esta encuesta que las mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud 27 de Mayo desconocen cómo ayudaría en sus vidas los programas de promoción de salud dependientes del centro de salud y por ende del Servicio Departamental de Salud (SEDES), esto demuestra que es necesario la implementación urgente de programas de capacitación continua durante la consulta médica, en el ámbito familiar y comunal demostrando que las mujeres tienen derecho a recibir información a fin de mejorar su calidad de vida. Los programas de promoción en diferentes áreas de salud deberían realizar de manera continua tal como las normas y protocolos lo indican, lamentablemente al no suceder se produce aun los riesgos obstétricos que fácilmente podrían prevenirse o controlarse a tiempo, no se debe olvidar que embarazos clasificados como no riesgosos pueden complicarse repentinamente en cualquier momento, para ello la mujer embarazada debería estar preparada para asumir con responsabilidad el tratamiento respectivo de la complicación

Conclusión parcial.

- Las mujeres gestantes del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo consideran que el primer control prenatal durante el embarazo es muy importante y que debe ser realizado al iniciar el proceso de embarazo.
- Las mujeres del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo consideran que el primer control prenatal es importante, pero por diferentes motivos olvidan realizar los mismos ya que desconocen los signos y síntomas de alarma en caso de embarazos de alto riesgo obstétrico, asimismo creen que la flexibilización de los horarios de atención sería ideal, debido a aquellas actividades diarias que realizan no les permite realizar oportunamente y de manera continua los controles prenatales.

- Los líderes sociales de los barrios no están involucrados activamente con los problemas de la salud de la mujer, debido a que se ocupan exclusivamente de otras actividades político administrativas, dejando a un lado la salud que es un problema primordial para su comunidad.
- Los programas de promoción, prevención de salud no llegan a las mujeres embarazadas, familias y comunidades, permaneciendo estos en el personal de salud que nada hace por realizar el reciclaje respectivo hacia las comunidades.

5.2. Entrevistas

Durante el trabajo de campo se realizaron entrevistas escritas a los especialistas en el área de gineco - obstetricia del Hospital Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija, estos profesionales son los responsables de resolver los problemas de riesgos, emergencias obstétricas y complicaciones que derivan de ellas a nivel de todo el departamento de Pando, además de realizar la atención de los partos institucionales. Los gineco obstetras entrevistados son, la Dra. Margarita Pericón Balderrama, Dra. Filomena Calle Averanga, Dra. Lidia VinayaCutjiri, Dra. YovankaAlurralde Saavedra, Dr. Daniel SolettoZabala y el Dr. Carlos Clavijo Torrico.

Los médicos especialistas que trabajan en el Hospital Roberto Galindo Terán, indican que los controles prenatales durante el proceso de gestación en el Departamento de Pando en especial en la ciudad de Cobija y por ende las mujeres del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo es incompleto, los controles prenatales son ineficientes e ineficaces y no se realiza la clasificación y el seguimiento necesario a los altos riesgos obstétricos, por lo tanto, la detección de los signos y síntomas de riesgo no son oportunas. Estos problemas de complicaciones obstétricas hacen que las mujeres corran riesgos innecesarios poniendo incluso en riesgo sus vidas.

Según su opinión ¿cuál sería la importancia de que las mujeres embarazadas realicen el control prenatal de manera precoz oportuna, periódica y continua?

Los especialistas ginecólogo obstetras del hospital Roberto Galindo Terán manifiestan, que la importancia de los controles prenatales en las mujeres embarazadas radica en la detección oportuna de las lesiones o complicaciones asociadas a la gestación, además de detectar a tiempo los embarazos de alto riesgo obstétricos y de esta forma poder realizar el tratamiento más adecuado y oportuno para la patología que involucra riesgo para la gestante, disminuyendo de esta manera los riesgos de morbi - mortalidad del binomio madre niño. Al mismo tiempo mediante los controles prenatales se descubren los riesgos biológicos y sociales asociadas al embarazo, las consecuencias que estos acarrearán para la madre como para el niño si no diagnosticados o tratados a tiempo.

¿Cuáles son las principales complicaciones Obstétricas que presentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en la ciudad de Cobija?

A través de la entrevista descubrimos que las principales causas de complicaciones obstétricas en la ciudad de Cobija no son diferentes a las del resto del país, siendo frecuentes las hemorragias de la primera mitad del embarazo como ser: los abortos espontáneos o provocados, completos o incompletos, embarazos ectópicos y molas hidatiformes, además de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo como ser placentas previas, desprendimientos prematuros de placenta normo inserta y otras complicaciones asociadas al embarazo: como ser hipertensión arterial inducida por el embarazo (preeclampsia y eclampsia), diabetes, tuberculosis, anemia y desnutrición. También se observan complicaciones durante el parto y el post parto caracterizados principalmente por hemorragias, anemias y sepsis puerperal. Todas las complicaciones pueden llevar a la muerte de la madre y del niño.

¿Cree usted que el personal de los servicios de salud del primer nivel debería ser capacitado continuamente para brindar una atención más calificada, evitándose de esta manera las complicaciones obstétricas?

De acuerdo a la opinión del personal entrevistado se concluye que el personal de los centros de salud del primer nivel no brindan atención eficiente y calificada a las mujeres gestantes, esto puede deberse a diversos factores como ser: la falta de empatía y empoderamiento de los servidores de salud o la falta de capacitación y supervisión de las autoridades en el cumplimiento de las diferentes políticas de salud, resultando de esto la falta de resolución de los riesgos obstétricos en las gestantes en los servicios de salud de primer nivel. Por ello es necesaria la capacitación continua y pasantías del personal de salud de las diferentes áreas que involucren la atención de la mujer embarazada mejorando de esta forma su desempeño y destreza laboral.

¿Cómo cree que debería estar conformada la red comunitaria de seguimiento a los controles prenatales en los barrios del área de influencia del centro de salud considerando que existen aún barrios de difícil acceso?

De acuerdo a las características propias de la región y de la población los especialistas indican que la conformación de un Red Comunitaria al Seguimiento de los Controles Prenatales sería ideal, donde la misma deberá estar conformada por representantes de las OTBs (Organizaciones territoriales de Bases) respectivas, con participación activa en la resolución de los problemas que afectan a las mujeres del área de influencia en estudio lográndose de esta manera que el control social no solo sirva para cuestionar y acusar al servidor de salud sino más bien se empodere de los problemas que afectan al sector, para lograr el diagnóstico y resolución de los casos lo más temprano posible. A partir de la conformación de esta red de salud comunitaria se programaría actividades de promoción y asistencia médica con frecuencia diferente de acuerdo a las características y problemas de cada barrio.

¿Según usted qué importancia tendría la implementación de un programa continuo de promoción, prevención y de apoyo asistencial a las mujeres embarazadas su familia y su comunidad?

Los especialistas opinan que la implementación de programas de promoción, prevención y apoyo asistencial en los diferentes barrios sería ideal, ya que de esta manera se puede prevenir y evitar la morbilidad materna infantil. Indican que debido a la falta de conocimientos por parte de la mujer, la familia y su comunidad se producen las complicaciones obstétricas en las diferentes etapas del embarazo, parto y puerperio. La Dra. Pericón opina que a pesar de ser necesario este programa de capacitación y promoción en salud no cree que pueda realizarse, debido a que existen innumerables problemas burocráticos y de gestión principalmente. Ya que a pesar de los grandes esfuerzos realizados por el gobierno para mejorar la salud materna esta todavía es insuficiente.

Conclusión parcial.

- Los médicos especialistas son responsables directos de la resolución de las emergencias obstétricas ocurridas en el Departamento de Pando, los mismos consideran que los controles prenatales deben ser realizados por personal de salud capacitado, evitándose de esta forma los problemas que continuamente se presentan. Sugieren que se implemente un programa de capacitación continua al servidor de salud que realiza la captación, control y seguimiento de las mujeres embarazadas.
- Las complicaciones más comunes durante el embarazo en las mujeres del área de influencia del Centro de salud 27 de Mayo son los mismos que se presentan dentro de todas las estadísticas de riesgos obstétricos del país, muchas mujeres cursan con hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo además de problemas hipertensión inducida por el embarazo.
- No existe coordinación ni la participación comunitaria efectiva en el ámbito de la salud materna en los barrios, por ello es indispensable la conformación de una Red Comunitaria de Seguimiento que determine sistemas de Controles Prenatales para minimizar las emergencias obstétricas en la mujer embarazada.

- Las gestiones administrativas se constituyen burocráticas para la obtención de insumos médicos en los diferentes programas dependientes del SEDES Pando y los servicios de salud en cualquiera de sus niveles carece de programas de promoción y prevención en los centros de salud.

CAPÍTULO SEXTO

PROPUESTA.

“RED COMUNITARIA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL PRENATAL EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD 27 DE MAYO”

6.1. Introducción

El trabajo en red es una estrategia vinculatoria de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que se asocian voluntariamente para lograr un fin común, para esto debemos conocer las vivencias del conjunto de personas involucradas en el área que abarcara la red comunitaria, la misma será el resultado de la organización y gestión que desempeñará este equipo de personas. A nivel departamental no existe conformada ninguna Red de Seguimiento a los Controles Prenatales de la mujer gestante.

La maternidad es un período privilegiado en la vida de la mujer, sin embargo enfrenta riesgos que no pueden ser prevenidos pero si evitados, por lo tanto, la maternidad sin riesgos es un indicador del nivel de desarrollo humano, constituyéndose en un reto y en un compromiso que es posible alcanzar con el esfuerzo articulado de la sociedad civil, sectores sociales y económicos, trabajadores de salud, familias y la comunidad.

La esencia de la propuesta de la red comunitaria de seguimiento a los controles prenatales en las mujeres gestantes será, reducir los riesgos de salud durante el periodo del embarazo disminuyendo de esta manera la mortalidad materna o perinatal, las principales causas de muerte materna son las hemorragias, infecciones, hipertensión, complicaciones del aborto y otros no especificados, complicaciones que pueden ser evitadas con la atención calificada y oportuna en el momento del control prenatal, parto o inmediatamente después. Los riesgos

asociados al embarazo aumentan ante la falta de empoderamiento, educación y acceso a los recursos económicos, así como a los problemas de alimentación y/o trabajo.

La conformación de la red será con personas comprometidas e interconectadas entre sí, principalmente con el equipo de salud cuyas actividades serán planificadas desde la lógica de los programas del Servicio Departamental de Salud de Pando.

6.2. Antecedentes

- Las mujeres gestantes del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo consideran que el primer control prenatal durante el embarazo es muy importante y que debe ser realizado al iniciar el proceso de embarazo.
- Las mujeres del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo consideran que el primer control prenatal es importante, pero por diferentes motivos olvidan realizar los mismos ya que desconocen los signos y síntomas de alarma en caso de una emergencia obstétrica, asimismo creen que la flexibilización de los horarios de atención sería ideal, debido a que las actividades diarias que realizan no les permite realizar oportunamente y de manera continua los controles prenatales.
- Los líderes sociales de los barrios no están involucrados activamente con los problemas de la salud de la mujer, debido a que se ocupan exclusivamente de otras actividades político administrativas, dejando a un lado la salud que es un problema primordial para su comunidad.
- Los programas de promoción, prevención de salud no llegan a las mujeres embarazadas, familias y comunidades permaneciendo estos en el personal de salud que nada hace por realizar el reciclaje respectivo hacia las comunidades
- Los médicos especialistas son responsables directos de la resolución de las emergencias obstétricas ocurridas en el Departamento de

Pando,ellosconsideran que los controles prenatales deben ser realizados por personal de salud capacitado y empoderado, evitándose de esta forma los problemas que continuamente se presentan durante la gestación, sugiriendo que se implemente un programa de capacitación continua a los servidores de salud que realizan la captación, control y seguimiento de las mujeres embarazadas.

- Las complicaciones más comunes durante el embarazo en las mujeres del área de influencia del Centro de salud 27 de Mayo son los mismos que se presentan dentro de todas las estadísticas de riesgos obstétricos del país, muchas mujeres cursan con hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo además de problemas hipertensión inducida por el embarazo y otros menos frecuentes.
- No existe coordinación y la participación comunitaria efectiva en el ámbito de la salud materna en los barrios, por ello es indispensable la conformación de una Red Comunitaria de Seguimiento que determine sistemas de Controles Prenatales para minimizar las emergencias obstétricas en la mujer embarazada.
- Las gestiones administrativas se constituyen burocráticas para la obtención de insumos médicos en los diferentes programas dependientes del SEDES Pando y los servicios de salud en cualquiera de sus niveles carece de programas de promoción y prevención en los centros de salud.
- A fin de lograr la disminución de los riesgos obstétricos se realizaron proyectos a nivel Nacional, como ser la implementación de Redes Obstétricas en diferentes Municipios del país al igual que en el departamento Pando en el año 2004, lamentablemente este proyecto no tuvo continuidad debido a la deficiencia en su conformación que solo tomó en cuenta al recurso humano en salud y no así a los representantes y los componentes de la sociedad que no participaron en su activación, funcionamiento y seguimiento a esta red.

6.3. Fundamentación de la Propuesta

El control prenatal no es más que una serie de entrevistas y visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar el curso del embarazo, preparación para el parto y la crianza del niño. Sin embargo en el periodo del embarazo muchas veces se producen complicaciones diversas, las que con un oportuno control prenatal podrían prevenirse o atenderse, evitándose riesgos que muchas veces terminan en la muerte ya sea de la madre o del feto o en el peor de los casos de ambos.

Actualmente cada día cobra más importancia la medicina preventiva en la vigilancia de la mujer y el desarrollo del embarazo, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien que al suceder estas alteraciones se detecten en sus fases iniciales, para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y obtener madres y productos sanos. Por lo cual no existe duda de que el control prenatal deba ser lo más pronto posible después de la concepción, para obtener mejores resultados y controles durante el embarazo disminuyendo los factores de riesgo y sus complicaciones.

Se ha reconocido a nivel nacional e internacional que el llevar a cabo actividades de salud en forma vertical e independiente para atender la salud de las madres en periodos de gestación no tiene el impacto deseado. La mayor parte de las muertes maternas serían prevenibles si las mujeres tuvieran acceso a cuidados calificados durante su embarazo, sin embargo en pleno siglo XXI persisten enormes barreras económicas, geográficas y culturales que limitan este acceso, a pesar de los esfuerzos y programas gubernamentales para garantizar una maternidad segura, debemos encontrar un equilibrio entre la práctica médica y sociedad para prevenir y manejar las complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres, la pérdida de una madre trae graves repercusiones emocionales, sociales y económicas para la familia y la comunidad,

además que reduce la supervivencia de su recién nacido, al mismo tiempo de disminuir el desempeño escolar de los hijos e hijas sobrevivientes.

El enfoque de la maternidad sin riesgo se fundamenta en la atención calificada, que incluye cuidados para mujeres que sufren complicaciones del embarazo que ponen en riesgo su vida ya que todas las mujeres tienen derecho a recibir cuidados de calidad durante este periodo aumentando la probabilidad de un tratamiento inmediato y apropiado cuando ocurran las complicaciones promoviendo una referencia rápida y oportuna si fuera necesario.

Para esto se debe conformar las redes de salud que servirán de instrumentos comprometidos con la salud garantizando la participación popular con un solo propósito, disminuir los riesgos obstétricos en las mujeres embarazadas. Se evidencia que las mujeres que acuden a realizar los controles prenatales en el centro de salud desconocen en su gran mayoría los signos de peligro básicos que deberá conocer una mujer embarazada, por este motivo frente a esta gran necesidad se conformara esta Red Comunitaria, debido a que en los barrios que corresponden al área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo, es necesario definir e identificar los problemas y las necesidades existentes, para lograr que las mujeres gestantes se encuentren satisfechas durante los controles prenatales disminuyendo los riesgos obstétricos a los cuales se ven expuestas .

Lo que se pretende con la conformación de la Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales es lograr comunidades sanas y satisfechas con los servidores de salud del Centro de Salud 27 de Mayo, al mismo tiempo lograr mejorar la comunicación interpersonal, la educación en salud y la relación con los líderes locales. Preservando de esta manera la salud de la población otorgando atención oportuna, segura, efectiva y amigable y canalizando las demandas de recursos para la red hacia las instancias pertinentes.

6.3.1. Propósito

Detectar y evitar las complicaciones que puedan surgir durante el proceso de la gestación en las mujeres a través de los controles prenatales oportunos.

6.3.2. Objetivo

Conformar una Red Comunitaria de Seguimiento de Controles Prenatales a mujeres gestantes de manera planificada, oportuna y continua a fin de evitar complicaciones durante el proceso del embarazo, parto y puerperio en el área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo.

6.4. Desarrollo de la Propuesta

6.4.1. Red comunitaria

La Red Comunitaria se constituye en una respuesta a los problemas de la población, debiéndose asumir la heterogeneidad para la organización de esta red de salud.

La Red Comunitaria considerará la estrategia de Atención Primaria en salud (APS) para la conformación de un equipo de salud y lograr la participación de la población en función a las necesidades propias de su entorno, además de establecer alianzas estratégicas con las autoridades locales y departamentales.

6.4.2. Organización

La Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales se conformará por la articulación institucional entre el SEDES Pando a través del coordinador de la Red de Salud 1, el directorio del Centro de Salud 27 de Mayo (componente institucional) y los representantes de las organizaciones territoriales de base (componente comunitario) del área de influencia del centro de salud.

La conformación por orden jerárquico que logre el adecuado funcionamiento de la red comunitaria de seguimiento a los controles prenatales será:

El responsable de funcionamiento directo de la Red será el director y/o directora del Centro de Salud 27 de Mayo, que a su vez realizara gestiones con el DILOS y los representantes de las OTBs. El director(a) del servicio de salud dependerá del coordinador de la Red de Salud 1 de Cobija quien posteriormente realizara la labores de coordinación con el SEDES y el Gobierno Municipal de Cobija.

La segunda autoridad de la Red Comunitaria de Seguimiento a los controles prenatales será el responsable del equipo de salud y directo articulador con la comunidad, será el más indicado para realizar las actividades comunitarias.

Ocupará el tercer lugar un representante elegido de las organizaciones territoriales de base independientemente del barrio al que corresponda, coordinara directamente con el equipo de salud, director y el coordinador de la Red de Salud 1 de Cobija, todos juntos gestionaran actividades y la ejecución financiera ante el DILOS.

El equipo de salud multidisciplinario estará conformado por un médico, una licenciada de enfermería, una auxiliar de enfermería y un odontólogo, los mismos generaran un trabajo propio de la formación profesional de cada uno de ellos, también realizaran una labor coordinada y sistemática de acuerdo a las necesidades de cada barrio.

6.4.3. Misión o tareas

La Red Comunitaria promoverá, protegerá y asistirá con oportunidad y calidad a mujeres gestantes de manera planificada, oportuna y continua, a fin de evitar complicaciones durante el proceso del embarazo, parto y puerperio en el área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo.

6.4.4. Funciones

- Ejecutar las actividades relacionadas a la mejora de competencias de equipo de salud y la Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales

- Propiciar el desarrollo de procesos de mejora continua de la calidad desaludde la mujer embarazada.
- Desarrollar procesos de actualización de los temas de capacitación y/o actualizar al equipo de salud de forma continua en relación a normas, protocolos y guías de atención de la mujer embarazada.
- Lograr la atención calificada del control prenatal,durante el embarazo y post embarazo.
- Activar programas de promoción, prevención y educación en los barrios del área de influencia de la Red Comunitaria.

6.4.5. Coordinaciones

- Las coordinaciones que se efectuarán en la conformación de la Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales será con autoridades del Municipio de Cobija, director local de salud de Cobija, coordinación de Red de Salud 1, dirección y equipo de salud del Centro de Salud 27 de Mayo además de los representantes de las OTBS de los barrios del área de influencia siendo respaldado con la firma de acuerdos y/o convenios(los conveniospueden ser a corto, mediano y largo plazo), además de establecer reuniones con el objeto de mejorar la salud en cada barrio del área de influencia en estudio.
- Reuniones de gestión, coordinación y sensibilización ante el DILOS (Directorio Local de salud) municipal con firma de compromisos en forma bimensual se expondrá los resultados mensuales y se coordinara los recursos económicos para la realización de actividades tanto asistenciales como del programa de promoción.
- Reuniones de evaluación del cumplimiento de compromisos y/o tareas de formacontinua.

6.4.6. Actividades de la Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales

Las actividades que se realizarán serán:

- Identificar líderes responsables en cada barrio.
- Capacitar y activar contactos entre personas o con instituciones generando niveles de coordinación.
- Realizar diagnóstico del área de influencia.
- Identificar los factores determinantes y condicionantes de la salud y mejorar la calidad de vida de las familias establecidas en su área.
- Identificar intereses y necesidades para promover actividades de capacitación.
- Monitorear y evaluar las actividades de la Red Comunitaria.
- Establecer acciones a seguir del equipo de salud en cada barrio de acuerdo a la capacidad resolutive del mismo.

6.4.7. Fases para la organización de la Red Comunitaria

Fase 1. De intervención

Reuniones de coordinación entre personal de salud y dirigentes de OTBs de los barrios de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo. Para la activación de la Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales

Se dará el primer paso estableciendo vínculos entre las personas responsables de cada sector, conociendo lo que cada uno hace por el bienestar de la población del área de influencia del centro de salud, aceptando y admitiendo su percepción personal sobre la problemática de la salud de su barrio, debemos lograr el involucramiento de los representantes de los barrios y definir los roles y compromisos sociales en el funcionamiento del Red Comunitaria.

Propósito.

- Identificar a los representantes de OTBs de cada barrio.
- Conocer e identificarla problemática de salud de cada barrio.
- Participación activa de los representantes de cada barrio en forma articulada con el personal de salud.

Acciones.

Para lograr el involucramiento de la comunidad en el funcionamiento del Red Comunitaria de Seguimiento a controles prenatales se realizara las siguientes acciones:

- **Taller de socialización** información a representantes de la red social (autoridades locales de salud), sobre obligaciones y/o deberes de su participación activa y continua en la operativización de la Red de Seguimiento a los Controles Prenatales.
- **Reuniones de coordinación** para la definición de roles y compromisos sociales en el funcionamiento del Red de Seguimiento a los Controles Prenatales de la mujer gestante.

Con el desarrollo de estas dos actividades se debe consolidar los **principios de la Red comunitaria** que son:

- Defender y preservar el derecho a la salud de la población, canalizando las demandas hacia las instancias sociales e institucionales pertinentes.
- Sensibilizar a los representantes de los diferentes barrios para que comprendan que todos los embarazos son de riesgo.
- Establecer acciones de intervención en los factores de los riesgos obstétricos.

Resultados a obtener.

- Involucramiento de los representantes de comunidades en el proceso de salud
- Personal de salud comprometido con las acciones de control y seguimiento a las actividades de la Red Comunitaria.
- Dirigentes de OTBs comprometidos con el área de salud.
- Adecuado funcionamiento de la Red de Seguimiento a los Controles Prenatales

Se debe reconocer que el trabajo coordinado con la comunidad organizada, contribuye a la sostenibilidad y al éxito del seguimiento de los controles prenatales, la participación activa de los actores sociales incidirá directamente en la salud de la mujer.

Fase 2. De coordinación

Reunión de coordinación con las autoridades municipales, coordinador de la Red de salud 1 Cobija, Personal de salud del Centro de Salud 27 de Mayo y representantes de OTBs.

El Gobierno Municipal de acuerdo a la Ley de Participación Popular es el directo responsable de velar por la salud de su Municipio, el apoyo financiero que brinda al sector salud se constituye en el puntal más importante para poder lograr el objetivo de la Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales, por ser el ente principal a nivel local de otorgar la sostenibilidad financiera establecida por Ley y lograr la ejecución de todas las actividades que se consideran importantes para el funcionamiento de la red comunitaria.

Para lograr la participación de las autoridades municipales se debe realizar reuniones de gestión, coordinación y sensibilización con firma de compromisos en

forma bimensual, además de reuniones de evaluación del cumplimiento de compromisos y/o tareas en forma continua.

Propósito.

- Fortalecer la participación comunitaria en la toma de decisiones económicas designadas al centro de salud para el adecuado funcionamiento del mismo.
- Equipar adecuadamente el centro de salud, para la atención de las mujeres en etapa de gestación.
- Implementar los servicios de laboratorio e imagenología (ecografía) en el centro de salud.

Acciones.

El Gobierno Municipal de Cobija debe asumir la responsabilidad de garantizar el fortalecimiento de:

- Infraestructura
- Equipamiento básico clínico además de mobiliario sanitario y no sanitario, equipos fijos y móviles.
- Funcionamiento y sostenibilidad de los equipos de salud.
- En casos excepcionales y de acuerdo a posibilidad la contratación de recursos humanos de salud la alcaldía asumirá la responsabilidad.
- Dotación de insumos y medicamentos necesarios para la atención comunitaria de pacientes por intermedio del Seguro Universal Materno infantil (fondos administrados por el municipio).
- Financiamiento de los procesos de capacitación a través de equipos móviles de salud que realizan proyección comunitaria.
- Se debe considerar también la obligatoriedad de realizar gestión del Gobierno Municipal ante la cooperación externa en busca de

financiamiento en cuanto se refiere a equipamiento y en algunos casos infraestructura ya que los gobiernos municipales no cuentan con el recurso económico suficiente para este fin.

Coordinar reuniones con coordinador de la Red, dirección del Centro de Salud y representantes de las OTBs para realizar las siguientes actividades:

- Reuniones de gestión, coordinación y sensibilización ante el DILOS municipal con firma de compromisos en forma mensual.
- Reuniones de evaluación del cumplimiento de los compromisos y/o tareas de manera continua.

Resultados a obtener

- Establecer convenios intersectoriales para capacitación continua del personal de salud.
- Capacitar a los representantes de las OTBs sobre la función que desarrollan como control social en el funcionamiento del centro de salud.
- Promover la salud de la población mejorando la comunicación interpersonal, la educación en salud y la relación con los líderes locales.
- Elevar el desempeño de los servicios de salud mediante el trabajo en equipo y la vinculación permanente entre ellos.

Fase 3. De seguimiento

Coordinación personal de salud del Centro de Salud y representantes de la comunidad para determinar acciones a seguir en el control prenatal de las mujeres gestantes

El seguimiento de los controles prenatales en las áreas de influencia de la Red Comunitaria debe ser coordinada con los representantes de las organizaciones sociales, para ello se coordinará con las autoridades de las juntas de vecinos para la conformación de mapas de seguimiento que se construyen sobre un plano de

la ubicación de las viviendas, familias o gestantes en la jurisdicción asignada al establecimiento la misma permite visualizar la ubicación precisa del lugar de residencia de la gestante en relación al espacio geográfico.

Propósito

- Realizar controles prenatales precoces, oportunos y de seguimiento en el servicio de salud.
- Determinar los factores de riesgo que afecten la salud de las mujeres gestantes
- Realizar actividades de seguimiento domiciliario, a las mujeres embarazadas de alto riesgo obstétrico.
- Reorganizar y ampliar los horarios de atención de consultas para las mujeres gestantes que cuentan con fuentes laborales.
- Trabajar coordinadamente con el personal de salud del programa Mi Salud (SAFCI).
- Implementar unidades de comunicación entre el sector salud, comuna, particulares y otras instituciones establecidas en los barrios

Actividades

El seguimiento de las gestantes debe ser una responsabilidad asumida por todo el personal de salud y liderada por el jefe del establecimiento, por lo tanto, es necesario organizar el trabajo y asignar responsabilidades individuales sobre determinadas áreas geográficas, sectorizando comunidades de acuerdo a áreas de influencia de los diferentes establecimientos de salud.

- Contar con un registro gráfico.
- Brindar información actual y permanente.
- Ser de fácil manejo y accesible al personal involucrado en el que se va hacer la vigilancia o seguimiento de las gestantes.

- Interactuar con el personal de salud del programa Mi salud para optimizar las visitas domiciliarias. (apertura de carpetas familiares).
- Optimizar la atención de salud a las mujeres gestantes que se ven afectadas por los factores de riesgo
- Cambiar el horario de recepción de las mujeres gestantes en los servicios de salud para que el acceso a la atención medica sea más cómoda y flexible.

Resultados a obtener

- Interacción continua entre todo el personal de salud responsable del área de influencia del centro de salud y los responsables de OTBs que conforman la red comunitaria.
- Familias satisfechas y atendidas por el personal de salud.
- Atención continua y oportuna de los factores de riesgo que afectan a las mujeres gestantes.

Fase 4. De planificación de actividades

Planificación de actividades de promoción, prevención y atención asistencial, seguimiento y control a las mujeres gestantes del área

El establecimiento de salud es la unidad básica operativa de la red, es responsable de brindar atención asistencial, actividades de la promoción de la salud y prevención además de lograr la participación social eficaz para el funcionamiento de la Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales, se deberá priorizar los siguientes grupos de personas que son los nexos principales para la prevención e inicio de los procesos de resolución de los riesgos obstétricos:

- Familia
- Representantes comunitarios

Para este fin se deberá realizar actividades de educación y concientización en temas de Riesgos Obstétricos a todas las embarazadas, a la familia, barrio y representantes de sector social.

Propósito

- Mejorar la oferta de prestaciones calificadas en el Centro de Salud 27 de Mayo.
- Planificar actividades integrales de acuerdo a las necesidades de cada barrio.
- Programar actividades de promoción de la salud de la mujer gestante.
- Programar actividades de prevención de los factores de riesgos biológicos, sociales y culturales que afecten a las mujeres gestantes.
- Programar actividades asistenciales tanto en el centro de salud como en cada uno de los barrios
- Involucrar a todo el equipo de salud del centro de salud en las visitas domiciliarias.
- Elaborar un plan de actividades integrales en cada barrio del área de influencia de acuerdo a requerimiento.
- Confeccionar un cronograma de actividades de promoción sobre: los métodos anticonceptivos, nutrición, antes, durante y después del embarazo, lactancia materna, exámenes de toma de Papanicolaou, hábitos saludables y familias saludables.
- Determinar cronograma del número y días de las actividades asistenciales que se realizarían en cada barrio.

Actividades

Para lograr la oferta de prestaciones de salud calificadas en el Centro de Salud 27 de Mayo se tiene que cumplir con los cuatro atributos básicos en la Red Comunitaria:

- Establecer el equipo de salud, con conocimientos (saber), destrezas (saber hacer) y motivación (querer hacer).
- Mejorar la infraestructura física que otorgue comodidad, privacidad y seguridad a pacientes, usuarios y personal de salud.
- Contar con un equipo clínico básico, que facilite la realización de los procedimientos que son necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud.
- Suministrar medicamentos esenciales para el tratamiento de acuerdo al cuadro clínico de las pacientes.

El Centro de Salud 27 de Mayo como servicio de primer nivel de atención constituye la unidad operativa básica de la Red de Seguimiento de los Controles Prenatales, responsable de otorgar la atención en salud además de actividades de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud de las personas del área de influencia del servicio de salud de acuerdo a las siguientes consideraciones:

Actividad	Mujeres gestantes	Población general (Familias)	Autoridades comunales-representantes de OTBs	Resultado
Talleres de socialización del embarazo y sus riesgos barrio por barrio	x	x	x	Usuarías, familia y comunidad reconocen los riesgos del embarazo y acuden al médico tempranamente.
Charlas continuas sobre los métodos de planificación familiar, sus características, beneficios reacciones no esperadas etc.	x	x	x	Usuarías y familia con conocimiento y decisión del uso de métodos anticonceptivos. Realizan planificación familiar, evitándose embarazos no deseados y prolongando los periodos intergenesicos.
Seminarios teórico prácticos sobre nutrición durante el embarazo y el puerperio.	x	x		Mujeres y familia conocen y consumen nutrientes adecuados. Obteniéndose familias sanas y con nutrición adecuada, evitándose la desnutrición y la anemia.
Promoción de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses después del parto	x	x		Madres conocen los beneficios de la lactancia materna tanto como método anticonceptivo y crianza de bebés sanos.
Capacitación continua de las mujeres sobre el cáncer cérvico uterino	x	x	x	Usuarías Conocen riesgos del cáncer y realizan PAP periódicamente.
Talleres continuos de otros programas (Infecciones de transmisión sexual, cáncer de mama, etc.)	x	x	x	Usuarios, familias y comunidad conocen la problemática de salud de la región y buscan soluciones.

Fig. 6. Fuente propia. Cuadro de actividades de educación, promoción y prevención en la población.

Validación de la propuesta

El presente trabajo de investigación presenta las siguientes ventajas:

- Lograr que las mujeres gestantes se sientan satisfechas y seguras durante este periodo.
- Lograr prevenir y disminuir los riesgos obstétricos de las mujeres gestantes durante todo el periodo del embarazo, parto y post parto.
- Identificar, sensibilizar y orientar a las mujeres embarazadas y sus familias mediante la participación comunitaria activa.
- Priorizar la conformación de redes en busca de soluciones a la problemática de la salud materna.
- Capacitar permanentemente los recursos humanos para que brinden atención calificada y oportuna en los servicios de salud de los barrios.
- Lograr una comunidad sana y satisfecha con el servicio de salud y la red comunitaria.

Presenta las siguientes desventajas.

- Los cambios políticos ocasiona problemas de gobernabilidad y por ende gestiones administrativas ineficientes
- La contratación de los recursos humanos por el Ministerio de Salud, Alcaldía o Gobernación no cumplen a cabalidad con las normas de contratación de personal de salud, ya que el ingreso es por cuoteo político y no por examen de competencia.

CAPÍTULO SÉPTIMO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

La situación actual del Sistema de Salud en el Municipio de Cobija presenta falencias en la cobertura a la mujer gestante, mínima capacidad resolutive atribuible a las infraestructuras inadecuadas, equipamiento insuficiente, poca capacidad técnica y operativa del recurso humano de salud, son factores que incrementan en la mujer el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo.

La implementación de la propuesta de organización de la Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales, permitirá reducir la ocurrencia de los riesgos obstétricos durante este periodo de la vida de la mujer, garantizando a todas las mujeres una gestación segura con atención oportuna de calidad y eficiente por los establecimientos de salud.

Las autoridades de salud conjuntamente con la sociedad civil como aliado generaran el compromiso institucional del personal de salud para el cumplimiento del objetivo principal de garantizar un embarazo seguro a las beneficiarias.

La ejecución de la propuesta generará impacto social destinado a reducir las deficiencias operativas y estructurales en el sistema de salud, ofreciendo un servicio de calidad a través del personal calificado que orientara las intervenciones de reducción de los riesgos de complicaciones durante el ciclo del embarazo.

La implementación de los programas de capacitación continua, disminuirá la falta de conocimiento sobre los posibles problemas que pueden presentarse durante el

embarazo, además de permitir el empoderamiento de los individuos y familias para cuidar la salud y demandar servicios de calidad.

7.2. Recomendaciones.

Que el presente trabajo de estudio sea puesto a consideración de las autoridades del SEDES y Municipio para que sea analizado y contrastado y de ser factible sea aplicado para evitar los riesgos durante el embarazo.

Una vez acreditado este documento y presentada la propuesta de su implementación, deberá requerir el compromiso de las autoridades municipales, sociedad civil organizada, apoyo del recurso humano en salud los cuales en forma coordinada deberán ser parte activa en su organización, ejecución y continuidad.

Que, el Gobierno Municipal de Cobija deberá implementar la infraestructura de salud, el equipamiento de los mismos y mejorar la capacidad técnica del recurso humano mediante convenios interinstitucionales para la capacitación continua (POAS)

Que, el personal de salud firme un compromiso institucional con las autoridades de salud y líderes locales para garantizar un embarazo seguro de la mujer gestante en el área de influencia del Cetro de salud 27 de Mayo.

Que, las autoridades de salud determinen programas de capacitación continua y permanente para la Red Comunitaria de Seguimiento a los Controles Prenatales.

BIBLIOGRAFÍA

- BONILLA F – Musoles – Pellicer, Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas, Ed. Medica Panamericana, Primera edición, Argentina, 2007.
- GUÍAS, para el continuo de Atención de la mujer y el recién nacido focalizados en APS, Centro latinoamericano de Perinatología - Salud de la mujer y reproductiva, Publicación científica CLAP/SMR, noviembre 2007.
- HERNÁNDEZ,Sampieri, Metodología de la investigación, Ed. Mc Graw Hill, quinta edición, México, 2010.
- INSTITUTO, Nacional de Estadísticas. INE. Bolivia.
- MARCO LEGAL del Seguro Universal Materno Infantil, Ministerio de Salud y Deportes, Unidad Nacional de Gestión del SUMI, abril de 2006, La Paz, Bolivia.
- MANUAL DE ATENCIÓN, embarazo saludable, parto y puerperio seguro, recién nacido sano, 1° ed. Diciembre 2001, Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, México, D. F.
- MANUAL de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, Ministerio de Salud y deportes, La Paz Bolivia , 2009.
- NUEVA constitución Política del Estado, texto final compatibilizado, octubre 2008, Bolivia
- OPERACIONALIZACION para la organización de las redes de servicios, Ministerio de salud y deportes y previsión social, Bolivia abril 2004.
- PARRA, Mario Orlando, El cuidado prenatal, Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal, Ministerio de la salud de la Nación República Argentina,2001
- PREVENCIÓN, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, Secretaria de salud México, Primera edición, Chapultepec, 2002
- PREVENCIÓN, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, Secretaria de Salud de México, Cuarta edición, Chapultepec, DGSR – ISBN, 2007.

- PROTOCOLO SUMI, Ministerio de Salud y Deportes, abril 2006, Bolivia.
- REVISTA de la SEMG, Conociendo el Sistema Nacional de Salud de Bolivia, N° 66, septiembre 2004, pág. 445-447.
- SCHWARCZ, Sala, Duverg, Obstetricia, Ed. Ateneo, Sexta edición junio de 2005, Bolivia.
- URANGA, Imaz Francisco. A. Obstetricia práctica, Ed. Intermedica a S.A.I.C.I. Quinta edición, Buenos aires Argentina, 1985.
- USANDIZAGA, DE la Fuente, Obstetricia y Ginecología, Marban libros, S.L., Cuarta edición, Madrid España, 2011.
- WILLIAMS, Obstetricia, McGraw-Hill Interamericana editores S.A., Vigésimosegunda edición, 2006.

Bibliografía virtual.

- [http://www. Revista American Philosophical Society](http://www.Revista American Philosophical Society), Kingsley Davis, sociólogo estadounidense en la Hoover Institution.
- <http://www.portalesmedicos.com/REYES A y Cazorla M>, Calidad de atención prenatal a partir del usuario externo, 1998, México.
- <http://www.portalesmedicos.com>: Diccionario médico – Portales Medicos.com. estado de embarazo o gestación...
- <http://www.google books.com>. [LIBRO]Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica, J. M. Mardones – 1991.
- <http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/Mario%20Rovere%20-%20libro%20%20Redes%20en%20Salud.pdf> *Redes en salud*; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO “ A” FIGURAS

Figura 1. Estructura de Redes en Salud

Figura 2. Municipios de Pando

Figura 3. Hospital Roberto Galindo Terán

Figura 4. Centro de Salud 27 de Mayo

Figura 5. Cuadro de distribución de la población del área de influencia del Centro de Salud 27 de Mayo

Figura 6. Cuadro de actividades de educación, promoción y prevención en la población

ANEXO “B”. ENCUESTAS

Buen día señora.

Estoy realizando un estudio que servirá para elaborar una tesis de post grado, sobre el seguimiento de los controles prenatales a la mujer embarazada.

Solicitaría su colaboración contestando algunas preguntas que servirán de gran manera en la elaboración del trabajo que vengo realizando.

Por favor lea con calma cada pregunta y encierre en un círculo las que considere correctas para usted. Al mismo tiempo aclaro que existen algunas preguntas abiertas que deberán ser contestadas de acuerdo a su conocimiento y opinión.

Agradezco su colaboración.

DATOS GENERALES:

Nombre y Apellidos.....

Barrio donde vive.....

Ocupación.....

Fecha de la entrevista.....

DESARROLLO DE PREGUNTAS:

1.- ¿Usted está de acuerdo en realizar los controles prenatales continuos en una mujer embarazada?

De acuerdo Muy de acuerdo no estoy de acuerdo no contesta

2.- ¿Cree que es importante realizar el primer control prenatal lo antes posible en una mujer embarazada?

SI

NO

3.- ¿Usted considera importante, que los dirigentes de OTB de su barrio se involucren más, en temas de salud principalmente en las que se ocupan de las mujeres embarazadas?

SI

NO

4.- ¿Usted considera que sea necesario que existan equipos multidisciplinarios de salud capacitados, que realicen las atenciones de la mujer embarazada en el centro de salud, su barrio y su domicilio?

Muy necesario Necesario Relativamente necesario No es necesario

5.- ¿Usted cree que flexibilizando el horario de atención en el centro de salud, mejoraría el inicio, seguimiento y continuidad de los controles prenatales?

SI

NO

6.- ¿Conoce cuáles son los signos y síntomas de peligro que muestran las mujeres embarazadas que presentan riesgos de complicaciones?

R.

7.- ¿Usted conoce cuales son las complicaciones más frecuentes que presentan las mujeres durante el embarazo, parto y post parto?

R.

8.- ¿Cómo le ayudaría los programas de promoción de lactancia materna, anticoncepción, nutrición y otros durante el periodo del embarazo y post parto?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO “C” ENTREVISTAS

Buenos días.

Estoy realizando un estudio para elaborar una tesis de post grado, sobre la conformación de una red comunitaria de seguimiento a los controles prenatales en los barrios de influencia del centro de salud 27 de Mayo.

Por este motivo teniendo en cuenta su gran conocimiento, solicito me brinde su colaboración contestando algunas preguntas para que pueda cumplir esta meta.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración.

DESARROLLO DE PREGUNTAS

1.- Según su opinión ¿cuál sería la importancia de que las mujeres embarazadas realicen el control prenatal de manera precoz oportuna, periódica y continua?

2.- ¿Cuáles son las principales complicaciones Obstétricas que presentan las mujeres durante el embarazo, parto, y puerperio en la ciudad de Cobija?

3.- ¿Cree usted que el personal de los servicios de salud del primer nivel, deben ser capacitados continuamente, para brindar una atención más calificada evitándose de esta manera las complicaciones obstétricas?

4.- ¿Cómo cree que debería estar conformada la red comunitaria de seguimiento a los controles prenatales en los barrios del área de influencia del centro de salud considerando que existen aún barrios de difícil acceso?

5.- ¿Según usted qué importancia tendría la implementación de un programa continuo de promoción, prevención y de apoyo asistencial a las mujeres embarazadas su familia y su comunidad?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO “D” GRAFICOS Y TABLAS

Cuadro y gráfico N° 1

¿Usted está de acuerdo en realizar los controles prenatales continuos en na mujer embarazada?

Respuesta	Numero	Porcentaje
De acuerdo	190	94
Muy de acuerdo	13	6
No estoy de acuerdo	0	0
No contesta	0	0
Total	203	100

Cuadro N°1

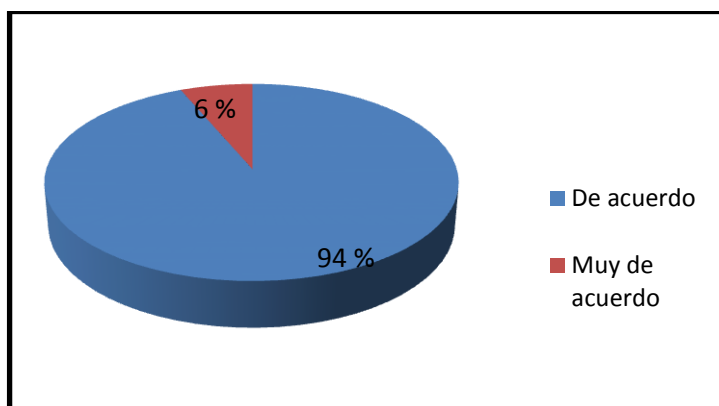


Gráfico N° 1.

Un 94 % de la población gestante que acude a realizar los controles prenatales en el Centro de Salud 27 de Mayo, está de acuerdo con la realización de controles prenatales continuos y el 6% de la población gestante indica que está muy de acuerdo, de realizar estos controles prenatales continuos durante la etapa de gestación.

Cuadro y gráfico N°2

¿Cree que es importante realizar el primer control prenatal lo antes posible en una mujer embarazada?

Respuesta	Numero	Porcentaje
SI	181	89
NO	22	11
total	203	100

Cuadro N° 2

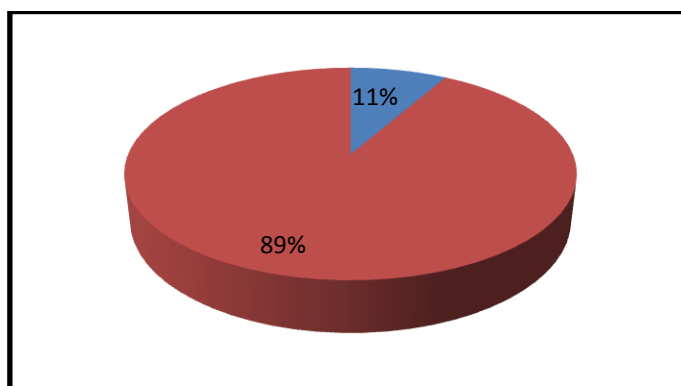


Gráfico N° 2

El 89 % de la población gestante que acude a realizar los controles prenatales en el Centro de Salud 27 de Mayo, responde que **si** es importante realizar el primer control prenatal lo antes posible y apenas el 11 % de la población en estudio refiere que **no** es importante realizar el primer control prenatal lo más temprano posible.

Cuadro y gráfico N° 3

¿Usted considera importante, que los dirigentes de OTB de su barrio se involucren más en temas de salud, principalmente en las que se ocupan de las mujeres embarazadas?

Respuesta	Porcentaje	Numero
NO	22	45
Si	78	158
total	100	203

Cuadro N°3

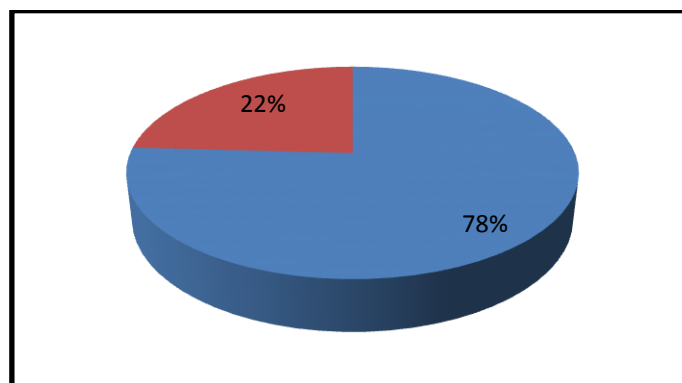


Gráfico N° 3

El 78 % de las mujeres embarazadas, contestaron que **SI** consideran importante que los dirigentes de las organizaciones territoriales de base se involucren en temas relacionados con la salud primordialmente de la mujer gestante, en contradictoria con el 22 % que indican que **No** es importante esta participación de los responsables de las OTBs en temas de la salud de la mujer.

Cuadro y gráfico N° 4

¿Usted considera que sea necesario que existan equipos multidisciplinarios de salud capacitados, que realicen las atenciones de la mujer embarazada en el Centro de Salud, barrio y domicilio?

Respuesta	Numero	Porcentaje
Muy necesario	0	0
Necesario	89	44
Relativamente necesario	114	56
No es necesario	0	0
Total	203	100

Cuadro N° 4

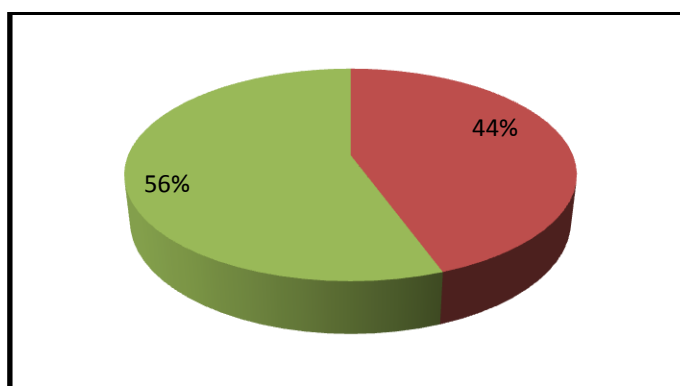


Gráfico N° 4

El 44 % de la población sometida a la encuesta considera que es necesario que existan equipos multidisciplinarios de salud capacitados que brinden atención tanto en el centro de salud como en los barrios y domicilios, el 56 % del total de las gestantes encuestadas considera que es relativamente necesaria la existencia de estos equipos de salud.

Cuadro y gráfico N° 5

¿Usted cree que flexibilizando el horario de atención en el centro de salud, mejoraría el inicio, seguimiento y continuidad de los controles prenatales?

Respuesta	Porcentaje	Numero
SI	95	193
NO	5	10
total	100	203

Cuadro N° 5

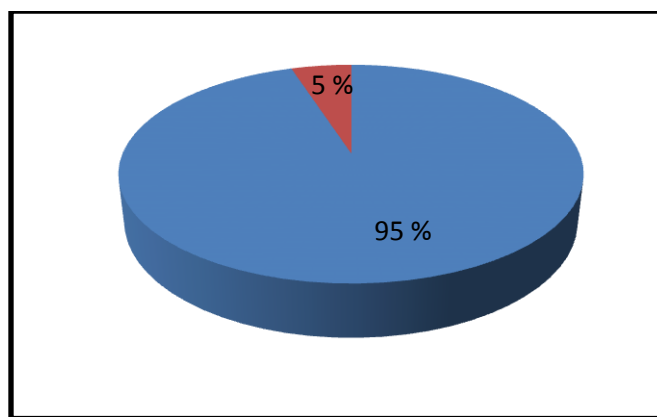


Grafico N°5

El 95 % de la población gestante encuestada indica que **SI** es necesario realizar la flexibilización de los horarios de atención en consulta prenatales en el Centro de Salud 27 de Mayo, indicando que los horarios establecidos en el servicio de salud son poco acorde con las actividades de las mujeres embarazadas. El 5% de las mujeres gestantes indican que la flexibilización del horario **NO** impide realizar los controles prenatales

ANEXO “E” HOJA PERINATAL.

[illegible]

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGÍA NEONATAL	
01 OBSTACCIÓN MULTIPLE	038	30 ENFERMEDAD DE MARRASMAN HALINA	P22.0
02 HIPERTENSION PRECOCE	039	31 ENFERMEDAD ASPIRATORIA	P24
03 Hipertensión pre-eclámpsica complicada EPP	040.0	32 APNÉAS POR PREMATUREZ	P28.3/P28.4
04 PRE-ECLÁMPSIA	040.1	33 OTROS SON	P28.0, P28.3, P28.4, P28.5, P28.6, P28.7, P28.8, P28.9
05 Hipertensión transitoria de embarazo	041.0	34 Ducto arterio-venoso persistente	P28.0
06 Pre-eclámpsica leve	041.1	35 Persistencia de la circulación fetal	P28.3
07 Pre-eclámpsica severa y moderada	041.2	36 Neumonía congénita	P22.0
08 Hipertensión pre-eclámpsica subaguda	041.3	37 Neumonía y enfisema intersticial	P22.0
09 ECLÁMPSIA	041.4	38 Taponamiento pulmonar	P22.1
10 CAUSAS DE ECLÁMPSIA	041.5	39 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P21
11 DIABETES	042.0	40 HEMORRAGIAS	P61
12 Diabetes mellitus insulino-dependiente pre-eclámpsica	042.1	41 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P61
13 Diabetes mellitus no insulino-dependiente pre-eclámpsica	042.2	42 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P61
14 Diabetes mellitus insulino-dependiente en el embarazo	042.3	43 Hemorragia subaracnóidea (incluye las subaracnóideas con hemorragia)	P61
15 Test de tolerancia a la glucosa pre-eclámpsica	042.4	44 HEMORRAGIAS INTRAUTERINAS	P61
16 INFECCIÓN URINARIA	042.5	45 Enfermedad hemorrágica por inmunización RH	P61.0
17 Diabetes mellitus insulino-dependiente en el embarazo	042.6	46 Enfermedad hemorrágica por inmunización ABO	P61.0
18 OTRAS INFECCIONES	042.7	47 Síndrome neonatal asociado a parto de prematuro	P61.0
19 Infección del tracto genital en el embarazo	042.8	48 HEMATOLOGÍAS (excluyendo P50-P59)	P61.0
20 Síntoma complicando EPP	042.9	49 Politemia neonatal	P61.1
21 Cororrea complicando EPP	043.0	50 Anemia congénita	P61.2
22 Infección hepática aguda (hepatitis simple)	043.1	51 Otras alteraciones hematológicas	(P50-P59, A08, G08, A54.3)
23 Hepatitis viral	043.2	52 DIABETES	G20
24 TRC complicando EPP	043.3	53 Diabetes mellitus	G20
25 Diabetes mellitus complicando EPP	043.4	54 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
26 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	043.5	55 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
27 ROTACIÓN DEL CORDÓN UTERINO	043.6	56 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
28 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	043.7	57 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
29 Incompetencia istmo-cervical	043.8	58 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
30 DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA	043.9	59 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
31 Parto obstructivo por malposición y anomalía de la presentación del feto	044.0	60 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
32 Parto obstructivo debido a anomalía pélvica materna	044.1	61 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
33 Otras partes obstructivas por causa fetal	044.2	62 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
34 HEMORRAGIA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	044.3	63 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
35 Hta. latente	044.4	64 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
36 Aborto espontáneo y aborto inducido	044.5	65 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
37 Embarazo ectópico	044.6	66 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
38 Aborto inducido y terapéutico	044.7	67 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
39 Amenaza de aborto	044.8	68 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
40 HEMORRAGIA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	044.9	69 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
41 Placenta previa con hemorragia	045.0	70 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
42 Desprendimiento prematuro de placenta	045.1	71 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
43 Hemorragia anexas con defecto de la coagulación	045.2	72 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
44 Rotura vena antes o durante el parto	045.3	73 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
45 Laceración obstétrica de cuello uterino	045.4	74 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
46 ANEMIA	045.5	75 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
47 Anemia por deficiencia de hierro	045.6	76 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
72 ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	045.7	77 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
73 Infección del saco amniótico y membranas	045.8	78 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
74 INFECCIÓN PUERPERAL	045.9	79 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
75 Sepsis puerperal	046.0	80 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
76 Infección neonatal asociada al nacimiento	046.1	81 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
77 HEMORRAGIA POSTPARTO	046.2	82 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
78 Placenta retenida	046.3	83 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
79 Útero atónico	046.4	84 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
80 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	046.5	85 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
81 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	046.6	86 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
82 OTRAS PATOLOGÍAS MATERNALES	046.7	87 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
83 Hipertensión grave	046.8	88 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
84 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	046.9	89 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
85 Dependencia de drogas	047.0	90 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
86 Suficiencia renal	047.1	91 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
87 Anemia	047.2	92 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
88 Oligomenorrea (sin mención de rotura de membranas)	047.3	93 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
89 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de rotura uterina	047.4	94 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
90 Complicaciones obstétricas durante parto y puerperio	047.5	95 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
91 Síndrome de parto de parto de parto	047.6	96 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
92 Feto de parto de parto de parto	047.7	97 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
93 Feto de parto de parto de parto	047.8	98 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
94 Feto de parto de parto de parto	047.9	99 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
95 Feto de parto de parto de parto	048.0	100 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
96 Feto de parto de parto de parto	048.1	101 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
97 Feto de parto de parto de parto	048.2	102 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
98 Feto de parto de parto de parto	048.3	103 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
99 Feto de parto de parto de parto	048.4	104 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
100 Feto de parto de parto de parto	048.5	105 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
101 Feto de parto de parto de parto	048.6	106 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
102 Feto de parto de parto de parto	048.7	107 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
103 Feto de parto de parto de parto	048.8	108 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
104 Feto de parto de parto de parto	048.9	109 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
105 Feto de parto de parto de parto	049.0	110 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
106 Feto de parto de parto de parto	049.1	111 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
107 Feto de parto de parto de parto	049.2	112 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
108 Feto de parto de parto de parto	049.3	113 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
109 Feto de parto de parto de parto	049.4	114 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
110 Feto de parto de parto de parto	049.5	115 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
111 Feto de parto de parto de parto	049.6	116 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
112 Feto de parto de parto de parto	049.7	117 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
113 Feto de parto de parto de parto	049.8	118 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
114 Feto de parto de parto de parto	049.9	119 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
115 Feto de parto de parto de parto	050.0	120 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
116 Feto de parto de parto de parto	050.1	121 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
117 Feto de parto de parto de parto	050.2	122 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
118 Feto de parto de parto de parto	050.3	123 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
119 Feto de parto de parto de parto	050.4	124 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
120 Feto de parto de parto de parto	050.5	125 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
121 Feto de parto de parto de parto	050.6	126 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
122 Feto de parto de parto de parto	050.7	127 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
123 Feto de parto de parto de parto	050.8	128 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
124 Feto de parto de parto de parto	050.9	129 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
125 Feto de parto de parto de parto	051.0	130 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
126 Feto de parto de parto de parto	051.1	131 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
127 Feto de parto de parto de parto	051.2	132 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
128 Feto de parto de parto de parto	051.3	133 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
129 Feto de parto de parto de parto	051.4	134 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
130 Feto de parto de parto de parto	051.5	135 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
131 Feto de parto de parto de parto	051.6	136 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
132 Feto de parto de parto de parto	051.7	137 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
133 Feto de parto de parto de parto	051.8	138 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
134 Feto de parto de parto de parto	051.9	139 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
135 Feto de parto de parto de parto	052.0	140 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
136 Feto de parto de parto de parto	052.1	141 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
137 Feto de parto de parto de parto	052.2	142 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
138 Feto de parto de parto de parto	052.3	143 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
139 Feto de parto de parto de parto	052.4	144 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
140 Feto de parto de parto de parto	052.5	145 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
141 Feto de parto de parto de parto	052.6	146 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
142 Feto de parto de parto de parto	052.7	147 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
143 Feto de parto de parto de parto	052.8	148 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
144 Feto de parto de parto de parto	052.9	149 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
145 Feto de parto de parto de parto	053.0	150 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
146 Feto de parto de parto de parto	053.1	151 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
147 Feto de parto de parto de parto	053.2	152 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
148 Feto de parto de parto de parto	053.3	153 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
149 Feto de parto de parto de parto	053.4	154 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
150 Feto de parto de parto de parto	053.5	155 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
151 Feto de parto de parto de parto	053.6	156 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
152 Feto de parto de parto de parto	053.7	157 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
153 Feto de parto de parto de parto	053.8	158 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
154 Feto de parto de parto de parto	053.9	159 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9
155 Feto de parto de parto de parto	054.0	160 Diabetes mellitus	G20.1, G20.2, G20.3, G20.4, G20.5, G20.6, G20.7, G20.8, G20.9

GLOSARIO

APS.	Atención primaria de salud.
COE.	Cuidados Obstétricos Esenciales.
DILOS.	Dirección Local de Salud.
HIE	Hipertensión inducida por el embarazo
HMPE.	Hemorragias de la primera mitad del embarazo.
MSDS	Ministerio de salud y previsión social.
Neonatos.	Recién nacido hasta los 28 días de nacido
POA.	Presupuesto Operativo Anual.
SAFCI.	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES.	Servicio Departamental de Salud
SNIS.	Sistema Nacional de Información en Salud.
AMEU	Aspiración manual endouterina.
LIU	Legrado intrauterino.
CID	Coagulación intravascular diseminada.
HGC	Hormona Gonadotropina Coriónica humana.

ANEXO "F"

GUIA TEORICA DE LOS PRINCIPALES RIESGOS OBTETRICOS



FACTORES DE RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN

1.- Embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico que ocurre en las mujeres en edad fértil es un estado maravilloso donde se forma un nuevo ser, este estado va sujeto a cambios en la anatomía y fisiología de la mujer.

“Es un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto. Él término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.”⁷¹

Muchas de estas adaptaciones fisiológicas pudiesen percibirse como anormales en la mujer no embarazada por ejemplo los cambios cardiovasculares durante el embarazo, normalmente incluyen incrementos sustanciales en el volumen sanguíneo y el gasto cardiaco que pudiesen simular una tirotoxicosis (actividad toxica de la glándula tiroidea), por otro lado, esas mismas adaptaciones pueden llevar a la insuficiencia ventricular si hay una cardiopatía (enfermedades del corazón) subyacente así, las adaptaciones fisiológicas del embarazo normal pueden malinterpretarse como patológicas y también desenmascarar o empeorar una enfermedad previa.

La hipertrofia del embarazo temprano no ocurre totalmente en respuesta a la distensión mecánica por los productos de la concepción porque se han observado cambios similares en el embarazo ectópico, no obstante después de casi 12 semanas él aumento del tamaño uterino tiene de alguna manera relación

⁷¹ Obstetricia, Scwarcz –Sala –Duverges. 2005.

predominante con la presión ejercida por el producto de la concepción en expansión, el crecimiento uterino es más notorio en el fondo en los primeros meses del embarazo, las trompas de Falopio, los ligamentos ováricos y redondos se insertan apenas ligeramente debajo del vértice del fondo uterino, en tanto los últimos meses se localizan ligeramente arriba de la mitad del útero, la posición de la placenta también influye en el grado de hipertrofia del útero porque la porción que rodea al sitio de inserción de aquella crece más rápido que el resto.

“El embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia”.⁷²

Por costumbre se calcula la fecha probable del parto agregando siete días al primer día de la fecha de última regla y restando tres meses (regla de Naegele), por ejemplo, si el último período menstrual comenzó el 10 de septiembre la fecha probable del parto será el 17 de junio, se acostumbra dividir el embarazo en tres trimestres iguales que comprenden tres meses calendarios aproximadamente, desde el punto de vista histórico el primer trimestre incluía hasta las 14 semanas cumplidas; el segundo trimestre hasta las 28 semanas y el tercer trimestre de las semanas 29 a la 42 del embarazo, planteado de otro modo es posible calcular los trimestres dividiendo el número 42 entre los tres periodos lo que equivale a 14 semanas, se han identificado algunos problemas obstétricos graves que aparecen predominantemente en cada uno de los periodos mencionados, por ejemplo, la mayor parte de los abortos espontáneos ocurren en el primer trimestre en tanto que muchas mujeres con hipertensión gestacional son diagnosticadas en el tercer trimestre.

⁷² Diccionario médico – www.Portalesmédicos.com

2.- Control Prenatal



Es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado el control prenatal tiene el fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda para que el parto se realice sin complicaciones terminando felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término.

“Es el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”.⁷³

Debe iniciarse ante la sospecha de embarazo para brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia, el niño, además de vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal. Debe aliviar las molestias y síntomas menores del embarazo, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones de su estado; al mismo tiempo prepararla para el nacimiento y la crianza del recién nacido. El propósito del cuidado prenatal es de proporcionar atención oportuna y adecuada a fin de facilitar un resultado saludable y positivo tanto para la madre como para el (los) bebé(s), este resultado es posible en la medida que el cuidado prenatal es precoz,

⁷³ Obstetricia, Swarcz - Sala- Duverges. 2005.

periódico y participativo. *“La atención prenatal debe comenzar en cuanto surge la sospecha razonable de embarazo”* ⁷⁴ . La calidad del cuidado prenatal depende de lo siguiente:

- Que el proveedor establezca una relación positiva con las embarazadas (saber dialogar, es decir hablar y escuchar).
- Que otorgue los servicios y cuidados que se necesitan.
- Que ayude a preparar a las usuarias por anticipado no solamente para el momento del parto sino también para eventuales complicaciones.

Los objetivos principales del control prenatal inicial son:

- Definir el estado de salud de la madre y del feto.
- Calcular la edad gestacional de feto.
- Empezar un plan para la atención obstétrica ininterrumpida.

El uso de un expediente estandarizado dentro del sistema asistencial prenatal facilita enormemente el manejo antes y durante el parto.

“Durante el proceso de gestación es posible identificar precozmente los factores de riesgo obstétrico y enfermedades asociadas al mismo como ser la aparición de nuevos síntomas, signos y otros eventos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral, etc.” ⁷⁵

Con el control prenatal se persigue lograr comportamientos favorables que:

⁷⁴ Obstetricia de Williams. 2006.

⁷⁵ Guía de promoción de salud y prevención de enfermedades en la salud pública. 2007.

- Fomenten el auto cuidado y la nutrición perinatal.
- Promover la lactancia materna y el alojamiento conjunto.
- Detectar las enfermedades preexistentes y las complicaciones durante el embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Fomentar la detección de los defectos al nacimiento.
- Proporcionar orientación-consejería para la anticoncepción post–evento obstétrico.
- Promover la vacunación antitetánica.
- Fomentar la atención del parto institucional.
- Limitar la operación cesárea a casos médicamente indicados.
- Promover la erradicación de la violencia hacia la mujer.
- Promover la participación activa del varón en la crianza del hijo/a

*La atención prenatal debe estar dirigida a la promoción de comportamiento saludable*⁷⁶

El control prenatal debe iniciarse **oportunamente** antes de la 12^a semana de gestación incluso desde la sospecha de embarazo para la identificación temprana de factores de riesgo, **periódicamente** favorecerá el seguimiento del embarazo de bajo riesgo o normal debiéndose promover y proporcionar 5 consultas: la primera durante el primer trimestre, las subsecuentes se efectuarán:

- 2^a. Entre la semana 22 y 24 de gestación.
- 3^a. Entre la semana 27 y 29 de gestación.
- 4^a. Entre la semana 33 y 35 de gestación.
- 5^a. En la semana 38 de gestación.

Cuando se trate de embarazos de alto riesgo las consultas se ajustarán de acuerdo a la aparición de complicaciones y al factor de riesgo en cada caso en particular o cuando el médico lo considere necesario. **Completa** que garantizará el

⁷⁶ Boletín Planeando mi parto, MSD, Bolivia.2009.

cumplimiento de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, de **Amplia cobertura** a todas las embarazadas con el fin de reducir los índices de mortalidad materna y perinatal.

“La atención prenatal debe ser oportuna, periódica, completa y de amplia cobertura”

3.- IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

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

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad y mortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados. Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre gestacionales.

Factores de riesgo en la gestación

Características individuales:

- Edad menor de 16 años o mayor de 35 años
- Ocupación, esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés
- Desocupación personal o familiar
- Baja escolaridad

- Malnutrición (Índice de Masa Corporal > 30 ó < 18)
- Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general
- Violencia doméstica
- Múltiples compañeros sexuales
- Vivienda y condiciones sanitarias deficientes
- Valoración de las condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado o programado.

Historia reproductiva anterior:

- Nuliparidad o multiparidad (más de cuatro partos)
- Intervalo intergenesico menor de dos años o mayor o igual a cinco años
- Complicaciones obstétricas previas: aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, pre eclampsia o eclampsia, trombosis–embolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación podálica o transversa, obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia, desgarros perineales de tercer/cuarto grado, parto instrumentado, cesárea, hemorragia postparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico o molar
- Complicaciones perinatales: muerte fetal, neonatal o infantil, recién nacido con peso al nacer menor de 2.500 g o mayor de 4.000 g., retardo de crecimiento intrauterino, eritroblastosis fetal, niño malformado o cromosómicamente anormal, reanimación u otro tratamiento neonatal
- Antecedentes de infertilidad
- Cirugía ginecológica previa.

Desviaciones obstétricas en el embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico
- Ganancia de peso inadecuada

- Hemorragia vaginal
- Amenaza de parto de pre término o gestación prolongada
- Ruptura prematura de membranas
- Infección urinaria recurrente
- Complicaciones obstétricas y perinatales, aplicables al embarazo actual.

Enfermedades clínicas:

- Cardiopatías, neuropatías, nefropatías, endocrinopatías (diabetes mellitus, hipotiroidismo), hemopatías, hipertensión arterial crónica, epilepsia, enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, infección urinaria recurrente), enfermedades autoinmunes, trastornos psiquiátricos, ginecopatías (anomalías uterinas), anemia severa (hemoglobina < 9 g/dl) y otras
- Uso actual de medicamentos.

4.- Hemorragias obstétricas

La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal proveniente de genitales internos o externos, la hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos) Durante la gestación se producen hemorragias durante la primera o segunda mitad del embarazo, el tratamiento oportuno de las hemorragias de la primera mitad del embarazo (HPME) es muy importante en la atención obstétrica, debe estar disponible en todos los establecimientos de primer nivel de atención, mediante el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU), tratamiento farmacológico y legrado uterino instrumental (LIU), por lo que los servicios de emergencias deben estar siempre en condiciones adecuadas y con los procedimientos actualizados para mejorar la calidad de prestaciones, disminuyendo los costos de intervención y los tiempos de estancia en los servicios de salud.

- Hemorragias en el estado gravídico (Síndrome de aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica gestacional, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta y ruptura uterina).
- Hemorragia puerperal (de causa uterina y/o extrauterina)
- Complicaciones de la hemorragia obstétrica shock hipovolémico y CID (coagulación intravascular diseminada)

“Las hemorragias durante el embarazo por más pequeñas que sea deben considerarse patológica, las que se presentan en la segunda mitad del embarazo son complicaciones serias y están entre las causas frecuentes de mortalidad materna, debe recordarse que una hemorragia inicialmente escasa y aparentemente no peligrosa puede transformarse en escasos minutos en una copiosa hemorragia que obligue a finalizar urgentemente la gestación. Las causas más importantes son la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta.”⁷⁷

5.- Aborto

“Síndrome del aborto es la expulsión o extracción del producto de la concepción antes de las 22 semanas de la gestación, el feto habrá de pesar menos de 500 gramos.”⁷⁸

El aborto es una causa muy de común de hemorragias obstétricas que pueden complicarse rápidamente si no son tratadas a tiempo. Pueden ser clasificadas de acuerdo a sus características en: **amenaza de aborto** es la presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina sin modificaciones cervicales, **aborto inevitable** variedad que hace imposible la continuación de la gestación, aparece generalmente la existencia de hemorragia genital intensa o ruptura de membranas aun sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible, **aborto en**

⁷⁷ Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos en las Hemorragias de la primera mitad del embarazo. 2009.

⁷⁸ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

evolución se caracteriza por la presencia de hemorragia genital persistente, actividad uterina reconocible clínicamente y modificaciones cervicales (borramiento y dilatación) incompatibles con la continuidad de la gestación, **aborto incompleto** cuando ha ocurrido la expulsión de una parte del huevo y el resto se encuentra aún en la cavidad uterina, **aborto completo o consumado** aquel en el que la expulsión del huevo ha sido total, **aborto diferido o huevo muerto y retenido** se presenta cuando habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción no se expulsa en forma espontánea. Esta entidad presupone un lapso entre la muerte ovular y la elaboración del diagnóstico. Generalmente existe el antecedente de amenaza de aborto, **aborto habitual**: es la pérdida repetida y espontánea del embarazo en tres o más ocasiones o de 5 embarazos en forma alterna y **aborto séptico**: cualquiera de las variedades anteriores a las que se agrega infección intrauterina.

Manejo en el primer nivel de atención

Amenaza de Aborto:

- Disminuir la actividad física, psíquica y sexual.
- Reposo en cama.
- Hidratación vía oral.
- Puede administrar antiespasmódicos VO butil hioscina cada 8 horas.
- Solicitar prueba de embarazo y los siguientes exámenes prenatales: biometría hemática, glicemia en ayuno, examen general de orina, grupo y Rh (en caso de no estar en expediente) y VDRL.

Aborto incompleto, aborto completo, aborto en evolución o inminente, aborto inevitable, aborto diferido/huevo muerto retenido: en estos casos, el manejo deberá realizarse en el 2º nivel de atención, por lo que la paciente será referida inmediatamente.

Aborto séptico:

- Inicie esquema de antibiótico con penicilina sódica cristalina de 3 a 5 millones IV cada 4 horas (Clindamicina 600 mg IV cada 8 horas en caso de hipersensibilidad) y Gentamicina 80 mg IM o IV cada 8 horas, si no existe hipersensibilidad.
- Referir a la paciente al segundo nivel de atención independientemente de la edad gestacional.

6.- Embarazo ectópico

“Es aquel en donde la implantación del huevo ocurre fuera de la cavidad uterina (endometrio). El embarazo ectópico es la primera causa de mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación. En el 95-97% de los casos, la implantación ectópica ocurre en la trompa de Falopio.”⁷⁹

El embarazo ectópico es una complicación que aparece durante el primer trimestre del embarazo, la localización más frecuente es la ampular (80%); puede ser la etiología de embarazos ováricos o bien abdominales. La que se localiza en la porción ístmica de la trompa ocurre en un 12% y su ruptura ocurre tempranamente, también se localiza en un porcentaje menor el 5 y 2% en las porciones fímbrica e intersticial respectivamente.

Manejo en el primer nivel de atención

- El médico del primer nivel deberá referir a un segundo nivel de atención a las pacientes con diagnóstico clínico probable de embarazo ectópico, para corroborar su diagnóstico e iniciar tratamiento oportuno.
- Realizar el traslado de la paciente a la brevedad posible y con los medios disponibles, de preferencia en ambulancia, con personal médico y con vía permeable para administrar solución cristaloide (Hartmann o solución fisiológica).
- Mantener vías aéreas permeables y mejorar la oxigenación, si es posible administrar oxígeno mediante puntas nasales o mascarilla 3 litros por minuto.
- El expediente clínico y el carnet perinatal serán marcados (sello) como Embarazo de Riesgo y se deberá notificar a la Jurisdicción Sanitaria para la vigilancia y seguimiento de la paciente

⁷⁹ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas.2002.

7.- Enfermedad trofoblástica gestacional

“Constituye un grupo de alteraciones de la gestación benignas y malignas caracterizadas por la proliferación en grados variables de las células sincitiales y de Langhans del trofoblasto por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y por la producción de Hormona Gonadotropina Coriónica HGC acompañada o no de embrión o feto”.⁸⁰

Esta alteración poco frecuente pero no menos importante que el resto, produce un aumento importante de la hormona Gonadotropina humana produciéndose un aumento rápido de la sintomatología como ser náuseas y vómitos además de un aumento notable del crecimiento de la cavidad uterina no proporcional con el edad gestacional por lo que puede confundirse con embarazo gemelar, siendo al mismo tiempo de consistencia blanda se incluyen cuatro formas clínico-patológicas:

- Mola hidatidiforme (completa o clásica e incompleta o parcial)
- Mola invasora
- Coriocarcinoma

El tumor trofoblástico gestacional se aplica a los tres trastornos porque el diagnóstico y la decisión de iniciar tratamiento a menudo se toman sin conocer la histología, estas enfermedades son únicas debido a que elaboran la Hormona Gonadotropina Coriónica humana (HGC) en cantidades excesivas por lo que funciona como marcador tumoral. Existe una sensibilidad inherente de los tumores trofoblásticos a la quimioterapia; la curación con el tratamiento supera el 90%. El Coriocarcinoma es la forma más maligna, de enorme poder destructivo aparece como una masa de rápido crecimiento que invade tanto el musculo uterino como los vasos sanguíneos causando hemorragia, necrosis e infección.

⁸⁰ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

Manejo en el primer nivel de atención

- El personal médico de primer nivel debe sospechar el diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional en mujeres con datos clínicos y en paciente con embarazos molares previos, mujeres adolescentes, mujeres mayores de 30 años.
- Ante la sospecha de embarazo molar, se deberá referir al segundo nivel de atención para la confirmación del diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional, mediante la toma de ultrasonido pélvico, la cuantificación de la fracción beta de la HGC.
- En pacientes con antecedente de embarazo molar, se referirá al segundo nivel de atención para descartar persistencia de enfermedad trofoblástica.

8.- Placenta previa

Es una hemorragia que aparece en la segunda mitad del embarazo aparecen alrededor de la semana 28 a 32 semanas de gestación, aparece de forma brusca sin justificación y sin dolor una característica muy importante.

“Se denomina placenta previa o de inserción baja porque se implanta en la parte baja del útero en la zona que corresponde al segmento inferior, es necesario tenerlos bien en cuenta por el potencial peligro que entraña una inserción viciosa en una zona poco apta para ello, el signo clínico más frecuente es la hemorragia que aparece comúnmente después del séptimo mes con sangrado de aparición brusca, sin dolor y en cantidad moderada”.⁸¹

Toda paciente con cualquiera de los siguientes factores de riesgo deberá referirse al segundo nivel de atención para valoración: Cicatrices uterinas previas (cesáreas, miomectomías, metroplastías) se sugiere realizar ultrasonido obstétrico en la semana 24-28 para ver sitio de inserción de la placenta, además de otros

⁸¹ Obstetricia práctica, Uranga. 1985.

factores de riesgo como ser: multiparidad, mujeres mayores de 35 años, tabaquismo y anormalidades en la vascularización endometrial. **La placenta previa pueden ser de:**

- **Inserción baja:** el borde placentario se encuentra en el segmento inferior a menos de 8 cm del orificio cervical interno,
- **Marginal:** el borde placentario alcanza márgenes del orificio cervical
- **Central parcial:** la placenta cubre el orificio cervical interno cuando el cuello se encuentra cerrado pero cuando hay una dilatación igual o mayor a 3 cm sólo cubre parcialmente el orificio cervical interno
- **Central total:** la placenta cubre la totalidad del orificio cervical interno aún con dilatación avanzada.⁸²

Manejo en el primer nivel de atención

Con toda mujer embarazada que presenta hemorragia transvaginal en la segunda mitad del embarazo, es obligatorio su traslado al segundo nivel de atención para su estudio y tratamiento.

En caso de que la paciente presente hemorragia activa, se debe realizar el traslado bajo las siguientes condiciones:

- Disponibilidad de dos venas permeables (de preferencia, con catéter No. 18 para infusión rápida).
- Administrar carga rápida de solución Hartmann de acuerdo a la cantidad de la hemorragia, y continuar con la reposición de líquidos de acuerdo a la hemorragia.
- Signos vitales y Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) cada 15 minutos.
- Avisar del traslado a la unidad de atención del segundo o tercer nivel.
- Asistencia del médico tratante y enfermera.
- Mantener las vías aéreas permeables.
- Administrar oxígeno 3 litros por minuto mediante puntas nasales.
- Mantener en posición de decúbito lateral izquierdo.

⁸² Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

9.- Desprendimiento prematuro de placenta

Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina siempre que ocurra después de las 20 semanas de gestación y antes del tercer período del trabajo de parto, su incidencia es de 0.49 al 1.29%, variando en algunas series de un caso por 75 a 120 partos. La mortalidad perinatal se reporta de un 20-35%. Se asocia a preeclampsia generalmente.

“Cuando por razones diversas la placenta normalmente implantadas se desprende durante el embarazo o al comienzo del parto se conoce como desprendimiento prematuro de placenta, el cuadro generalmente es de inicio agudo con dolor localizado en la zona del desprendimiento puede ser leve o de gravedad moderada llegando incluso a estados de shock”.⁸³

Las mujeres gestantes presentan sangrado genital de aparición brusca y repentina acompañada de dolor de abdomen inferior intenso y constante que va en aumento la palpación abdominal del útero resulta ser muy doloroso se debe tener siempre en cuenta los siguientes factores de riesgo para poder realizar un diagnóstico oportuno:

- Trastornos hipertensivos en el embarazo
- Descompresión brusca del útero
- Edad materna mayor de 35 años
- Tabaquismo y alcoholismo
- Cordón umbilical corto
- Traumatismo abdominal
- Tumoraciones uterinas
- Iatrogenia (uso inadecuado de oxitócina o prostaglandinas)
- Corioamnionitis
- Ruptura prematura de membranas (prolongada)
- Embarazo con dispositivo intrauterino

⁸³ Obstetricia práctica, Uranga. 1985.

MANEJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Considerar que esta condición constituye una emergencia obstétrica para el feto y la madre:

En caso de que la paciente presente hemorragia activa, se debe realizar el traslado bajo las siguientes condiciones:

- La terminación del embarazo debe ser casi inmediata.
- El diagnóstico es esencialmente clínico (sangrado con dolor, hipertoniá uterina, polisistolía uterina y alteraciones en el estado materno fetal).
- El riesgo de sufrimiento fetal agudo y muerte fetal es por la interrupción de la circulación materna fetal.
- Aun con feto muerto, la interrupción del embarazo debe ser urgente por el riesgo de provocar Coagulación Intravascular Diseminada (CID).

10.- Hemorragia puerperal

“Es la pérdida sanguínea post parto mayor de 500 ml o post cesárea mayor de 1000 ml o bien que produzca alteraciones hemodinámicas como: hipotensión, taquicardia, palidez de piel y mucosas.”⁸⁴

Es una complicación que aparece inmediatamente o después de horas del post - parto esta complicación es bastante frecuente en nuestro país causando la muerte materna principalmente se debe a la atención de parto domiciliarios, aproximadamente 53 % de las muertes maternas se produce en sus domicilios de los cuales se calcula que un alto porcentaje de estas muertes podrían ser evitadas con la asistencia del parto en un establecimiento de salud que debería ofrecer una atención calificada del parto.⁸⁵

⁸⁴ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

⁸⁵ Datos obtenidos del Plan estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia, 2009 – 2015.

Prevención de la hemorragia postparto

Manejo activo del alumbramiento: consiste en la administración de medicamentos uterotónicos y la realización de maniobras para prevenir la hemorragia postparto. Se recomienda este método en pacientes con y sin riesgo de hemorragia postparto.

Medicamentos:

- 1. Oxitócina:** se recomienda administrar oxitócina 10 unidades diluidas en solución fisiológica o Hartmann de 500 cc al 5% posterior al nacimiento del hombro anterior.
- 2. Ergonovina:** se recomienda administrar una ampolla de 0.2 mg IM o IV dosis única posterior al nacimiento del hombro anterior.
- 3. Prostaglandinas:** se recomienda administrar por vía oral el misoprostol (Análogo de prostaglandina E1) 600 mcg (3 tabletas), en caso de no disponer de oxitócina u ergonovina.

La hemorragia puerperal puede deberse a causas uterinas (Atonía uterina, inversión uterina, retención placentaria y/o de restos placentarios y acretismo placentario) y causas extrauterinas (desgarros o laceraciones del vaginal y trastornos de la coagulación)

“La atonía uterina es cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento lo que origina la pérdida sanguínea anormal en el nivel del lecho placentario.”⁸⁶

La atonía uterina es una hemorragia que aparece en el post – parto es de causa intrauterina entre los factores de riesgo que producen esta complicación se encuentran: trabajo de parto prolongado, miomatosis uterina, macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo múltiple, amniotitis, multiparidad, uso de oxitócina,

⁸⁶ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas.2002.

antecedente de hemorragia posparto, uso de sulfato de magnesio, trabajo de parto precipitado, anestesia general.

“Inversión uterina es una complicación del puerperio inmediato, que consiste en la aproximación del fondo de la cavidad uterina a través de la vagina provocando hemorragia posparto de magnitud variable por lo que su tratamiento debe ser inmediato. Se mencionan que debe haber dos condiciones para que se presente la inversión uterina, como son la dilatación cervical y la relajación uterina”⁸⁷

La inversión uterina es una complicación poco frecuente se puede clasificar de acuerdo al tiempo en que se realiza el diagnóstico por lo puede ser aguda si se presenta dentro de las primeras 24 horas posparto y subaguda cuando se presenta después de las 24 horas posparto a las 4 semanas.

También se clasifica de acuerdo a la extensión de la inversión de la pared uterina con respecto al cérvix. En la **inversión incompleta**: el fondo uterino se ha invertido pero sin llegar al cérvix y en la **inversión completa**: el fondo del útero rebasa a la vulva. Existen los siguientes factores de riesgo que se asocian con la inversión uterina:

- Exceso de tracción del cordón umbilical
- Acretismo placentario
- Brevedad real de cordón
- Primigestas con implantación fúndica de la placenta
- Alteraciones de la contractilidad uterina
- Debilidad congénita del útero
- Inserción baja de placenta
- Uso ante parto de sulfato de magnesio u oxitócina

⁸⁷ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas. 2002.

- Sobre distensión uterina (productos macrosómicos, Polihidramnios)

Retención placentaria y/o de restos placentarios es cuando no se ha separado la placenta después de transcurridos 10-15 minutos de la salida del feto y a pesar del uso de oxitócicos y maniobras adecuadas de placenta no expulsada. Constituye una urgencia ya que el sangrado es abundante y de que existe la posibilidad de un acretismo placentario, por su extensión puede ser focal sólo en pequeñas áreas, parcial uno o más cotiledones se involucran en el proceso y total toda la superficie está anormalmente adherida. Puede complicarse con choque hipovolémico dando una insuficiencia circulatoria.

Ante la sospecha de probables trastornos de la coagulación, la paciente deberá ser referida al segundo o tercer nivel de atención

La activación de la coagulación puede generarse a partir de la acción de diferentes sustancias o superficies electronegativas. La coagulopatía por consumo sistémica puede producirse cuando menos por tres distintos mecanismos: coagulación intravascular diseminada, trombosis focal y trombosis intravascular difusa.

Preferentemente este manejo habrá de darse en el segundo nivel de atención, por lo que la paciente deberá ser trasladada de inmediato.

11.- Hipertensión Inducida Por el Embarazo (HIE)

“Hipertensión arterial crónica es la hipertensión que se presenta independientemente de la gestación o anterior a las veinte semanas de embarazo, con cifras de tensión arterial mayores de 140/90 mm Hg.”⁸⁸

⁸⁸ Obstetricia, Reproducción y Ginecología básicas. 2007.

La hipertensión inducida por el embarazo también se conoce como toxemia o pre eclampsia. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes primerizas, frecuente en embarazos gemelares, mujeres con hipertensión crónica, diabetes preexistente y en mujeres que sufrieron HIE en un embarazo anterior.

*“La HIE es una forma de presión sanguínea alta durante el embarazo, se presenta en aproximadamente entre el 5 y el 8 por ciento del total de los embarazos. Otro tipo de presión sanguínea alta es la hipertensión crónica (presión sanguínea alta que se presenta antes del comienzo del embarazo). Puede ser clasificado de la siguiente manera preeclampsia es el síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana de gestación, parto o los primeros catorce días del puerperio, caracterizado principalmente por hipertensión y proteinuria; la preeclampsia se clasifican en leve y severa, preeclampsia leve en ésta, la elevación de la presión arterial es de cifras mayores de 140/90, pero menor de 160/110, preeclampsia severa la hipertensión arterial en este caso es de 160/ 110 mm Hg o mayor y la eclampsia a la sintomatología de pre eclampsia se asocia la presencia de convulsiones y/o coma”.*⁸⁹

La preeclampsia es una complicación importante y potencialmente grave del embarazo, en sus formas graves puede llegar a producir muerte del feto o de la madre, la etiología es poco clara se ha propuesto múltiples teorías. En su origen es un trastorno de la placenta que repercute tanto sobre la madre como sobre el feto provocando dos síndromes: la Materna es la consecuencia de una alteración difusa de la función endotelial que provoca trastornos circulatorios generalizados en el organismo materno. El síndrome fetal se debe a la falta de aporte de las necesidades nutricionales y respiratorias fetales por parte de la placenta.

⁸⁹ Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. 2002.

12.- Aplicación de Estándares del Manejo de Emergencias Obstétricas

“Son estrategias de estabilización y resolución de emergencias cuyas ventajas esperadas del manejo de estos estándares protocolizados será: mayor capacidad de respuesta en el manejo inmediato de las emergencias de causa obstétrica, estabilización rápida de la gestante o puérpera y que las pacientes lleguen al establecimiento en mejores condiciones de referencia, fortaleciendo el sistema de referencia, mejora del trabajo en equipo y de esta manera lograr mayor número de muertes maternas evitadas por una emergencia obstétrica.”⁹⁰

Esta estrategia permitirá administrar las primeras medidas de estabilización a gestantes y puérperas que cursen con alguna emergencia obstétrica antes de ser referidas a un establecimiento de nivel superior y en algunos casos la resolución de la emergencia.

13.- Factores biopsicosociales que influyen en el embarazo

- Pobreza.
- Embarazo no deseado.
- Madre con analfabetismo o con primaria incompleta.
- Factores culturales.

“La violencia contra la mujer es un factor de riesgo vinculado a la mortalidad materna. Las mujeres que viven en relaciones violentas generalmente no pueden tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y enfrentan un mayor riesgo de tener embarazos no deseados.”⁹¹

⁹⁰ Prevención, diagnóstico y manejo de las hemorragias obstétricas.2002.

⁹¹ Por una maternidad y nacimientos seguros.2009.

Las mujeres tienen derecho a que su maternidad sea voluntaria y deseada por tanto, tienen derecho a recibir información, tener acceso a métodos anticonceptivos modernos, decidir cuándo y cuántos hijos e hijas quieren tener, para ello es importante el asesoramiento previo antes, durante y después del parto.

BIBLIOGRAFIA

- BOLETÍN de la Mesa De Maternidad y Nacimientos Seguros con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA
- BONILLA F – Musoles – Pellicer, Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas, Ed. Medica Panamericana, Primera edición, Argentina, 2007.
- GUÍAS, para el continuo de Atención de la mujer y el recién nacido focalizados en APS, Centro latinoamericano de Perinatología - Salud de la mujer y reproductiva, Publicación científica CLAP/SMR, noviembre 2007.
- MANUAL de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, Ministerio de Salud y deportes, La Paz Bolivia , 2009.
- PREVENCIÓN, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, Secretaria de salud México, Primera edición, Chapultepec, 2002
- SCHWARCZ, Sala, Duverg, Obstetricia, Ed. Ateneo, Sexta edición junio de 2005, Bolivia.
- URANGA, Imaz Francisco. A. Obstetricia práctica, Ed. Intermedica a S.A.I.C.I. Quinta edición, Buenos aires Argentina, 1985.
- WILLIAMS, Obstetricia, McGraw-Hill Interamericana editores S.A., Vigésimosegunda edición, 2006.

INDICE

FACTORES DE RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN

	Pág.
1.- Embarazo.....	2
2.- Control prenatal.....	4
3.- Identificación de los riesgos.....	7
4.- Hemorragias obstétricas.....	9
5.- Aborto.....	10
6.- Embarazo ectópico.....	12
7.- Enfermedad trofoblástica gestacional.....	13
8.- Placenta previa.....	14
9.- Desprendimiento prematuro de placenta.....	16
10.- Hemorragia puerperal.....	17
11.- Hipertensión inducida por el embarazo.....	20
12.- Aplicación de Estándares del Manejo de Emergencias Obstétricas..	22
13.- Factores biopsicosociales que influyen en el embarazo.....	22