

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE PANDO
UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
CARRERA DE MEDICINA



“ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA ATENCIÓN DE PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA EN EL PERIODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2019”

Autora: Luzia Freitas de Lima

SANTA LUCIA – BELLA FLOR -PANDO-BOLIVIA

2020

Contenido

INTRODUCCIÓN	12
1. JUSTIFICACIÓN	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2.1. Pregunta de Investigación	17
3. OBJETIVOS	17
3.1. Objetivo General	17
3.2. Objetivo Específicos	17
3. MARCO CONTEXTUAL	18
5. MARCO CONCEPTUAL	20
5.1. Parto.....	20
5.1.1. Definición.....	20
5.2. Atención prenatal	21
5.3. Tipos de atención.....	22
5.4. Visitas prenatales.....	22
5.5. El recién nacido	23
5.6. El nacimiento	24
5.7. Detección de pacientes con factores de riesgo, anticipación y preparación materna	26
5.8. Contacto piel a piel.....	29
5.9. Lactancia materna exclusiva	29
5.10. Alta Hospitalar	30
5.11. Primer control Posnatal.....	31

5.12. Leyes de Bolivia	31
6. DISEÑO METODOLOGICO	33
6.1. Tipo de Estudio.....	33
6.1.1. Por el tiempo	33
6.1.2. Según el periodo y la secuencia del estudio.....	33
6.1.3. Según el análisis y el alcance de los resultados	34
6.2. Universo	34
6.3. Muestra	34
6.4. Delimitación Geográfica.....	35
6.5. Delimitación Temporal.....	36
6.6. Fuentes Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	36
6.7. Pasos Metodológicos	37
6.8. Consideraciones Éticas	37
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	38
7.1. Resultados del Cuestionario.....	38
8. CONCLUSIONES	46
8.1. RECOMENDACIONES	47
9. Bibliografía.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1</i> Distribución porcentual por edades de las mujeres entrevistada de la Comunidad Santa Lucia	38
<i>Gráfico 2</i> Porcentaje de numero de gestaciones de las mujeres entrevistada en Santa Lucia	39
<i>Gráfico 3</i> Equipo de Salud que atiende al centro de salud Santa Lucia.....	40
<i>Gráfico 4</i> Porcentaje del nivel educativo de las mujeres entrevistada en Santa Lucia	41
<i>Gráfico 5</i> Atencion de Partos en Santa Lucia en el periodo anterior año 2018	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Fuentes técnica e instrumentos de recolección de datos.....	36
---	----

Resumen

La atención de parto y del recién nacido es parte fundamental de las estrategias de reducción de la mortalidad materno infantil y es importante poder poner todos los esfuerzos necesarios para lograr la atención adecuada y de calidad tanto a la mujer gestante antes, durante y después del parto, así como al recién nacido.

Por ello se ha planteado el realizar el trabajo sobre “ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA ATENCIÓN DE PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA EN EL PERIODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2019.”

Para ello se ha realizado un trabajo descriptivo, analítico y de corte transversal, a fin de poder estudiar y recolectar datos de la calidad de atención en el establecimiento de salud.

Llegando a la conclusión de que la atención primordial en la concientización de la mujer, principalmente adolescente es muy importante por los riesgos que conlleva, para ello el establecimiento de salud realiza diferentes actividades inherentes a la orientación y atención de la mujer y del recién nacido.

Es importante lograr el compromiso de la familia, la comunidad y de las autoridades a fin de reducir la mortalidad y morbilidad grave en este grupo de estudio.

Palabras clave: FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA ATENCIÓN DE PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO

Abstract

Childbirth and newborn care is a fundamental part of the strategies for reducing maternal and child mortality and it is important to be able to put all the necessary efforts to achieve adequate and quality care for pregnant women before, during and after childbirth. , as well as the newborn.

For this reason, it has been proposed to carry out the work on "ANALYSIS OF THE STRENGTHS AND WEAKNESSES IN THE CARE OF DELIVERY AND THE NEWBORN IN THE SANTA LUCIA HEALTH CENTER IN THE PERIOD FROM OCTOBER TO DECEMBER 2019."

For this, a descriptive, analytical and cross-sectional work has been carried out, in order to be able to study and collect data on the quality of care in the health establishment.

Reaching the conclusion that the primary attention in the awareness of women, mainly adolescents, is very important due to the risks that it entails, for this the health establishment carries out different activities inherent to the orientation and care of women and the newborn.

It is important to achieve the commitment of the family, the community and the authorities in order to reduce mortality and serious morbidity in this study group.

Keywords: STRENGTHS AND WEAKNESSES IN DELIVERY AND NEWBORN CARE

INTRODUCCIÓN

En 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida; aproximadamente 7000 recién nacidos cada día, 1 millón en el primer día de vida y cerca de 1 millón en los 6 días siguientes (OMS).

Las defunciones en los primeros 28 días de vida se deben a trastornos y enfermedades asociados a la falta de atención de calidad durante el parto, o de atención por parte de personal cualificado y tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida.

Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal), las infecciones neonatales y los defectos congénitos ocasionan la mayor parte de las defunciones de recién nacidos.

Las mujeres que reciben atención continuada supervisada por parteras profesionales formadas y homologadas según normas internacionales tienen un 16% menos de probabilidades de perder a sus niños, y un 24% menos de probabilidades de tener partos prematuros (OMS).

Mediante el estudio presentado lo la OMS fue planteado estudiar en el municipio de Santa Lucia las fortalezas y debilidades durante la atención de los partos y también de los recién nacidos en el C.S. Santa Lucia.

ANTECEDENTES

En 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida, o sea el 47% de las defunciones de menores de 5 años, lo que supone un aumento respecto del 40% registrado en 1990. En 2015 se registró aproximadamente el mismo número de defunciones prenatales.

Desde 1990 el mundo ha realizado progresos sustanciales en lo que respecta a la supervivencia infantil. A escala mundial, el número de defunciones de recién nacidos descendió de 5 millones en 1990, a 2,5 millones en 2017. Sin embargo, entre 1990 y 2017 la disminución de la mortalidad de recién nacidos ha sido más lenta que la de la mortalidad posneonatal de menores de 5 años: 51%, en comparación con el 62%. En el África subsahariana, que sigue siendo la región con la mayor tasa de mortalidad de menores de 5 años, la proporción de defunciones de recién nacidos es relativamente baja (37%). En cambio, en Europa, que registra la menor tasa de mortalidad de menores de 5 años, el 54% de las defunciones de menores de 5 años se producen en el período neonatal.

La inmensa mayoría de las defunciones de recién nacidos se producen en países de ingresos bajos y medianos, países como Colombia, Venezuela, Panamá y Bolivia. Es posible mejorar la supervivencia y la salud de los recién nacidos y poner fin a las defunciones prenatales mediante una alta cobertura de atención prenatal de calidad, atención del parto por personal cualificado, atención posnatal para madres y recién nacidos, y atención de los recién nacidos pequeños y enfermos.

En entornos con programas de atención primaria en los centros de salud, la continuidad de la atención supervisada por los ministerios de salud puede reducir los partos prematuros hasta un 24% de acuerdo la OMS.

1. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo el estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE/2014), la influencia del desarrollo científico-tecnológico en el ámbito sanitario se ha traducido en una progresiva medicalización de algunos procesos fisiológicos como el embarazo y el parto. La búsqueda de una mayor calidad y seguridad ha supuesto, en la mayoría de países industrializados, la institucionalización en los hospitales de la atención al parto.

El modelo de atención y el tipo de organización de los servicios de maternidad son diferentes entre los distintos países y entidades proveedoras de servicios sanitarios, y se pueden encontrar diferencias en el uso de intervenciones para la atención al parto y en los resultados de dicha atención.

Los planteamientos surgidos desde diferentes entornos en los últimos años ponen sobre la mesa un debate sobre cuál es el mejor modelo de atención a la maternidad y apuntan la necesidad de revisión de aspectos como la calidad de la atención, los modelos altamente intervencionistas y la sostenibilidad de algunos servicios.

En este sentido, existen estudios que indican cifras elevadas de intervención obstétrica y apuntan el coste que esto supone en la atención al parto de mujeres que no presentan riesgos obstétricos.

Por otra parte, hay trabajos que muestran buenos resultados en cuanto a la atención al parto y la atención de los RN en los pequeños centros de salud que son lejanos de grandes ciudades, como es el caso del Centro de Salud Santa Lucía en la cual será estudiado sus fortalezas y debilidades cuanto a la atención primaria a las parturientes y los recién nacidos.

Mediante esta justificativa el personal de salud del Centro de Salud Santa Lucía debe auto evaluarse para identificar y determinar los factores asociados al tema, bien como buscar concientizar las mujeres que están embarazadas para los cuidados pré natal y pós natal.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde 1990 el mundo ha realizado progresos sustanciales en lo que respecta a la supervivencia infantil. A escala mundial, el número de defunciones de recién nacidos descendió de 5 millones en 1990, a 2,5 millones en 2017. Sin embargo, entre 1990 y 2017 la disminución de la mortalidad de recién nacidos ha sido más lenta que la de la mortalidad posneonatal de menores de 5 años: 51%, en comparación con el 62%.

En el África subsahariana, que sigue siendo la región con la mayor tasa de mortalidad de menores de 5 años, la proporción de defunciones de recién nacidos es relativamente baja (37%). En cambio, en Europa, que registra la menor tasa de mortalidad de menores de 5 años, el 54% de las defunciones de menores de 5 años se producen en el período neonatal.

Los diferentes modelos de asistencia al parto y la realización de cesáreas o parto vaginal se han debatido durante mucho tiempo y, particularmente en Brasil, desde la década de 1980.

La complejidad de los factores que rodean el tipo de parto elegido y su asistencia ha planteado preguntas que involucran todo, desde la calidad de la atención obstétrica hasta el significado del parto para las mujeres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el objetivo de la asistencia al parto es garantizar la salud de las mujeres y los recién nacidos, con el mínimo de intervenciones médicas, buscando seguridad de ambos.

Por lo tanto, la OMS recomienda que el profesional de la salud intervenga en el nacimiento de un niño solo cuando sea necesario. A pesar de esta recomendación, la incidencia de cesáreas está aumentando en varios países, incluido Bolivia.

Además de en los cantones del país como Bolivia es posible identificar mala atención a las parturientas y también a los recién nacidos.

2.1.Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los factores asociados a las fortalezas y las debilidades en la atención de partos y de los recién nacidos en el Centro de Salud Santa Lucia en el periodo de octubre a Diciembre de 2019?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Identificar factores asociados a las fortalezas y las debilidades en la atención de partos y de los recién nacidos en el Centro de Salud Santa Lucia en el periodo de octubre a Diciembre de 2019.

3.2. Objetivo Específicos

- Determinar el porcentaje de mujeres que tuvieron su parto realizado por el Centro de Salud Santa Lucia en el periodo de estudio.
- Obetener datos acerca de complicaciones o factores asociados a las debilidades en el Centro de Salud Santa Lucia.
- Determinar el factor que predispone a que tenga malapraxis en la atención primaria.

3. MARCO CONTEXTUAL

De acuerdo Censos Bolivia, en la actualidad, Bolivia tiene una extensión total de 1.098.581 km², ocupando el quinto lugar entre los países sudamericanos, mientras que la extensión territorial del departamento de Pando es de 63.827 Km², representando el 5,8% de la superficie del territorio nacional.

El departamento de Pando se encuentra situado en el extremo Norte del Estado Plurinacional de Bolivia entre los paralelos 9. 38' y 12. 30' de latitud 35' y 65. 17' de longitud Oeste. Fue creado durante la presidencia del Tte. Crnl. Germán Busch Becerra.

La capital Cobija fue fundada a orillas del río Acre el 9 de febrero de 1906, a través de Decreto Delegacional emitido por el Delegado del Gobierno, General José Manuel Pando, inicialmente fue llamada Puerto Bahía, luego Puerto Cobija y, finalmente, designada con el nombre de Cobija, está ubicada en la provincia Nicolás Suárez al Noroeste del Departamento y en el ámbito nacional se sitúa en el extremo Norte de Bolivia. La capital del departamento se encuentra a 11° 02' de latitud Sur y 68° 44' de longitud oeste, con una altura promedio de 280 metros sobre el nivel del mar.

El municipio de Santa Lucía queda 90 km de la ciudad de Cobija, el Centro de Salud Santa Lucía, presta los siguientes servicios de Salud a la población de la comunidad y otras localidades cuenta con los siguientes servicios de Salud:

- ✓ Medicina General
- ✓ Enfermería
- ✓ Farmacia
- ✓ Prueba rápida de malaria
- ✓ Papanicolaou
- ✓ Referencia de pacientes
- ✓ Vacunas
- ✓ CCD (Control de crecimiento y desarrollo)

La atención es brindada a los pacientes incluido a la Ley Nro. 475: Niños menores de 5 años, adultos mayor a 60 años, mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas, puérperas hasta los 6 meses y personas con discapacidad. Además realiza atención sin discriminación a los demás grupos de poblaciones que no pertenece a la Ley 475, los servicios ofrecidos en la Posta de Salud el prioriza el PAI, control de crecimiento, el C.S. Santa Lucia es aceptada por la población, las comunidades, municipios vecinos y las instituciones pertenecientes de la comunidad.

La comunidad Puerto Evo se encuentra a 90 km de la Capital de Pando Cobija, vía terrestre, por la carretera Ruta 13, son 30 km de carretera asfaltada Cobija- Porvenir, se conecta al municipio Bella Flor posteriormente por carretera de tierra hasta la comunidad Santa Lucia, o también por acceso por Brazil, por el municipio Placido de Castro, Departamento de Acre.

En lo que respecta a las vías secundarias, que son de tierra y algunos tramos con ripio, se ve su transitabilidad se complica en la época de lluvias (diciembre a mayo) porque estas deterioran considerablemente estos caminos.

En la época seca el municipio se comunica con todo el país atraves de la ruta troncal: Cobija- Porvenir- Bell Flor (Puerto Evo) - Puerto Rico – Sena – Peña Amarilla – El Chorro (Triangulo), conectándose a partir de este punto con la carretera Guayaramerin – Riberalta – Rurrenabaque – Yucumi – Canavari – La Paz.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. Parto

5.1.1. Definición

Para la OMS, el parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

Se considera un parto a término, es decir a tiempo normal, el que ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

5.1.1.2. Clasificación

El parto va precedido de los pródromos de parto, síntomas vagos e inespecíficos que preceden al parto propiamente dicho. El parto en sí se divide en tres fases:

- ✓ Fase de dilatación
- ✓ Fase de expulsivo
- ✓ Fase de alumbramiento
- ✓ Después del parto se inicia la fase del puerperio o postparto.

El parto puede ser un parto sencillo, es decir de un solo feto o bien múltiple, de dos o más fetos.

La vía de parto puede también variar, puede ser un parto vaginal, es decir que el feto es expulsado por el canal de parto natural (vagina) o bien un parto abdominal, es decir, por el abdomen de la madre (cesárea).

Los partos vaginales pueden ser eutócicos, estos son los partos normales, o bien instrumentados, que precisan de instrumentos aplicados por el médico para ayudar en el parto

vaginal. Estos instrumentos son los fórceps, las espátulas o las ventosas.

5.2. Atención prenatal

En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades (Lacruz, 2015).

El modelo de atención prenatal de la OMS clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos:

- ✓ Aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado componente básico.
- ✓ Aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que aproximadamente 289,000 mujeres en todo el mundo perdieron la vida durante el embarazo, el parto y el puerperio en 2013, una tasa global de 210 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos.

Con la atención prenatal se persigue:

- ✓ La detección de enfermedades maternas subclínicas
- ✓ La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- ✓ La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- ✓ La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- ✓ La preparación psicofísica para el nacimiento.
- ✓ La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y el recién nacido.

- ✓ La Información a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma durante el embarazo y conducta a seguir.

5.3. Tipos de atención

Las actuaciones de la Red de Atención Primaria de la Salud y de la Red de Atención Especializada ambulatoria y hospitalaria son las siguientes:

Atención Primaria

- ✓ Captación de la mujer embarazada.
- ✓ Atención del embarazo normal.
- ✓ Detección del riesgo gestacional y derivación a Atención Especializada, si procede .
- ✓ Educación sanitaria y maternal.
- ✓ Asistencia al puerperio extrahospitalario

Atención Especializada

- ✓ Valoración y seguimiento del embarazo de riesgo.
- ✓ Hospitalización del embarazo de riesgo.
- ✓ Interconsultas ante situaciones de duda diagnóstica o evolutiva.
- ✓ Controles ecográficos.
- ✓ Técnicas de diagnóstico prenatal invasivas.
- ✓ Control del embarazo que supere las 40 semanas.
- ✓ Asistencia al parto y puerperio inmediato.

5.4. Visitas prenatales

El objetivo de las visitas prenatales posteriores es confirmar la buena evolución del embarazo, ofrecer apoyo emocional y detectar cualquier complicación o situación de riesgo que no se

haya puesto de manifiesto en la primera visita. La identificación del riesgo gestacional es un proceso dinámico y evolutivo que debe realizarse en cada visita prenatal (Herdman C., 2014).

Para ello, es necesario realizar un número adecuado de consultas prenatales a lo largo del embarazo. Las sucesivas visitas prenatales pueden ser realizadas de forma alternativa por el médico de forma conjunta.

Siempre evaluar diagnósticos como:

- ✓ Anemia
- ✓ Desnutrición, sobrepeso u obesidad
- ✓ RCIU por altura uterina

Siempre volver a investigar factores de riesgo, evaluación social y signos de alarma como:

- ✓ Pérdida de sangre por vagina (pérdida roja)
- ✓ Pérdida de líquido por vagina
- ✓ Cefalea, visión borrosa, pérdida de conciencia o convulsiones
- ✓ Fiebre
- ✓ Dificultad respiratoria
- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Edemas
- ✓ Síntomas de infección urinaria

Ademas de Realizar examen minucioso en búsqueda de signos de ITS en la embarazada que puede contaminar el RN y tambien la pareja.

5.5. El recién nacido

La edad neonatal comprende el primer mes de vida. El periodo de los siete primeros días de vida se denomina periodo neonatal precoz y es de especial interés ya que es el periodo en el

que la morbi-mortalidad es mayor.

El estado del recién nacido viene determinado por tres factores importantes:

- ✓ Edad gestacional
- ✓ Peso
- ✓ Patología.

La edad gestacional es el periodo transcurrido desde el primer día de la última regla de la madre hasta el nacimiento.

- ✓ El recién nacido normal a término tiene entre 37 y 42 semanas de gestación.
- ✓ Si tiene menos de 37 semanas se denomina recién nacido pretérmino o prematuro;
- ✓ si tiene más de 42 semanas se denomina recién nacido posttérmino o postmaduro.

El peso siempre debe relacionarse con la edad gestacional y en general un recién nacido a término presenta un peso entre 2500 y 4000 gramos. Si el peso es inferior a 2500 gramos se trata de un recién nacido de bajo peso para su edad gestacional y si el peso es superior a 4000 gramos hablamos de un recién nacido de elevado peso para su edad gestacional.

El recién nacido normal es aquel niño a término, de peso adecuado y que no presenta trastornos patológicos.

5.6. El nacimiento

El nacimiento es un evento vital universal en el que el feto transita desde la vida intrauterina a una existencia independiente y se debe enfrentar a una serie de acontecimientos fisiológicos que ponen a prueba su capacidad de adaptación saludable. La atención en salud del proceso del nacimiento busca vigilar y asistir la transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina, anticipando la aparición de problemas, implementando acciones correctivas y detectando oportunamente desviaciones de lo normal, dificultades de adaptación y enfermedades incidentales.

Además se busca promover y asegurar una alimentación adecuada y óptima y un proceso sano de vinculación y apego con su madre. En el período neonatal se continúan los procesos de guía anticipatoria, promoción de la salud y prevención primaria y secundaria que idealmente habían empezado desde los cuidados prenatales.

De acuerdo la publicación del Guía de práctica clínica del recién nacido sano (2017), un 90% de los recién nacidos (RN) hace la transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad, requiriendo poca o ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea y regular. Aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere de algún tipo de asistencia y cerca del 1% necesita una reanimación avanzada para sobrevivir. Estos porcentajes son mayores en los recién nacidos pre término.

Hay apreciable cantidad de variabilidad en muchos de los aspectos de estructura y proceso de la atención del recién nacido sano, que requieren de una estandarización mediante recomendaciones basadas en evidencia y parámetros de práctica clínica.

Una adecuada atención del período de transición de la vida intrauterina a la extrauterina no se limita a la atención en sala de partos y al egreso hospitalario, debe cubrir también tópicos importantes de vigilancia, anticipación, manejo del estrés, aseguramiento de la lactancia y apoyo médico y emocional a la familia donde ha ocurrido el nacimiento. Esta atención se da en el contexto de un sistema de prestación de servicios de salud que impone restricciones a la acción de los profesionales, limita el tiempo de interacción con las familias durante la estancia hospitalaria posparto y con políticas de egreso posparto cada vez más temprano que dificultan una adecuada asistencia el período de transición mediato y tardío.

según la OMS (2019), hay variabilidad significativa en muchos de los aspectos de estructura y proceso de la atención del recién nacido sano, que requieren de una estandarización mediante normas y recomendaciones basadas en evidencia. De los aspectos estructurales es necesario estandarizar niveles de atención y procesos de remisión de madre gestante o de recién nacido, estandarización del nivel profesional, el entrenamiento y el desempeño del personal de salud que atiende el parto y al recién nacido, existencia y uso de protocolos de vigilancia y

conducción de la transición y de reanimación, dotación mínima de la sala de partos, políticas de no separación de madre e hijo, vigilancia y asistencia de la transición mediata y políticas de egreso hospitalario.

Los procesos asistenciales específicos también necesitan ser estandarizados mediante la formulación de recomendaciones específicas basadas en evidencia: atención del niño en sala de partos, historia clínica y examen físico neonatal inmediato, promoción de salud y prevención primaria (profilaxis e inmunizaciones), vigilancia de la transición (hipoglicemia, hipotermia, ictericia, hidratación, tolerancia a la alimentación, movimiento intestinal, diuresis, etc.), facilitación de proceso de vínculo y apego (“attachment” y “bonding”), y puericultura (MS).

5.7. Detección de pacientes con factores de riesgo, anticipación y preparación materna

5.7.1. Historia Clínica

Durante el periodo de gestación algunas preguntas se hacen por el personal de salud como ¿Cuáles antecedentes deben explorarse en la historia antenatal para anticipar e identificar condiciones de riesgo para el recién nacido?

La respuesta y también la recomendación de la OMS indica algunas guías de práctica clínica proponen un listado de antecedentes que debe incluir la historia antenatal. Además de realizar una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo en el recién nacido.

La historia clínica se debe realizar antes del nacimiento del recién nacido con el fin de identificar factores y antecedentes que permitan preparar el equipo e insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos.

5.7.2. Atención del niño en sala de partos

En el recién nacido sano sin factores de riesgo y que cursa con una adaptación espontánea

durante su transición inmediata a la vida extrauterina, ¿a que altura con respecto al introito materno debe mantenerse durante el lapso de espera hasta ligar el cordón umbilical, con el fin de facilitar una transfusión placentaria adecuada y prevenir anemia?

La respuesta para dicha pregunta se base en las evidencias científicas en la cual e encontró evidencia que muestra que el pinzamiento tardío reduce la incidencia de anemia en el recién nacido pero aumenta la necesidad de administrar fototerapia (OMS).

En recién nacidos a término y sin factores de riesgo se recomienda pinzamiento tardío del cordón umbilical. El pinzamiento tardío debe hacerse después del segundo o tercer minuto de vida o hasta cuando el cordón umbilical deje de pulsar.

5.7.3. Manejo materno-neonatal del posparto inmediato

Durante el manejo materno-neonatal se debe saber cuándo y cómo se valora la reactividad del recién nacido en la cual la literatura indica que no hay evidencia adecuada que valide la escala de Apgar como factor pronóstico para los recién nacidos. No hay evidencia de buena calidad que evidencie la relación entre el puntaje de Apgar y los desenlaces a largo plazo. Sin embargo no existe ningún riesgo potencial para los recién nacidos que sean sometidos a esta escala y es de gran utilidad para la toma de decisiones clínicas a corto plazo.

Los consensos de expertos sobre reanimación neonatal son claros en especificar que el clínico que atiende la adaptación neonatal no debe esperar hasta la valoración de los criterios de la escala de Apgar al primer minuto para guiar las actividades de reanimación.

Se recomienda realizar valoración de la dificultad respiratoria en recién nacidos sin factores de riesgo a los 10 minutos utilizando los criterios de la escala de Silverman-Anderson.

Se recomienda realizar un examen físico exhaustivo a todo recién nacido antes del egreso de la institución siguiendo una lista de chequeo. Este examen incluye los elementos del examen físico estandarizado para búsqueda de anomalía congénita.

Se debe iniciar la recolección de información sobre los antecedentes maternos idealmente antes del parto y completar la información pendiente después del nacimiento del recién nacido.

La realización del examen físico inicial (breve) se debe hacer durante los primeros minutos de vida (idealmente en los primeros 50 minutos de vida) y durante el contacto piel a piel con la madre. Este examen busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el género, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres.

5.7.4. Respecto al examen físico detallado:

Según (Ministerio de Salud, 2013) el examen físico detallado se debe realizar después de las primeras 24 horas de vida o antes del egreso (lo que ocurra primero) y considerar el uso de una lista de chequeo en todos los casos para asegurar una evaluación exhaustiva por sistemas.

La idea de realizar el examen detallado después de las 24 horas es para asegurar tiempo suficiente que permita evaluar si el recién nacido ha orinado, pasado meconio y si está tolerando la alimentación y poder realizar la búsqueda sistemática de anomalía congénita.

Se recomienda revisar primero los antecedentes maternos y del recién nacido, así como los signos vitales y medidas antropométricas antes de iniciar el examen físico del recién nacido.

Durante la realización del examen físico detallado se debe realizar de forma sistemática para evitar olvidar revisar algún sistema (se recomienda empezar de la cabeza a los pies y de adelante hacia atrás).

Se deben incluir a los padres del recién nacido y comentar con ellos los hallazgos durante el examen del recién nacido. Durante este periodo de tiempo se puede además identificar preguntas que ellos tengan, realizar consejería del cuidado del recién nacido, enseñarles sobre signos de alarma e identificar si existe suficiente apoyo familiar o problemas sociales que puedan intervenir con el adecuado cuidado del recién nacido.

Se debe además ofrecer información a los padres de lugares a donde acudir en caso que la madre requiera ayuda debido a depresión post-parto o evidencia de abuso intrafamiliar.

Así mismo ofrecer a los padres indicaciones sobre la visita de seguimiento, tamizaciones y en caso que se requiera evaluación por especialista referir oportunamente.

5.8. Contacto piel a piel

En recién nacido a término sin factores de riesgo y nacido por parto vaginal se recomienda el contacto piel a piel temprano iniciado como parte de la atención en sala de partos del recién nacido en adaptación espontánea, con el fin de iniciar un proceso de vinculación extrauterina temprano y adecuado y favorecer el establecimiento de la lactancia materna.

Se debe seguir un protocolo estricto y detallado y asegurar la vigilancia adecuada por parte de personal de salud debidamente entrenado de la diada madre hijo durante la posición piel a piel en sala de recuperación para evitar eventos que pongan en riesgo la vida del recién nacido (muerte súbita y eventos agudos cercanos a muerte súbita).

5.9. Lactancia materna exclusiva

El inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida y antes de terminar los procedimientos obstétricos favorece el éxito de la lactancia humana y disminuye la morbilidad neonatal.

El raciocinio fisiológico, los estudios de casos, observaciones antropológicas y estudios de otras especies de mamíferos incluidos primates sugieren que la iniciación de la lactancia materna en el postparto inmediato es una conducta habitual de los mamíferos (incluido el hombre) y que está en la cadena de eventos que llevan a una vinculación adecuada y al establecimiento de lactancia materna exitosa.

Por lo tanto se recomienda iniciar lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre y cuando la madre esté en condiciones de hacerlo, bien como ser instruida por el personal de salud.

Bien como también se recomienda verificar la técnica de amamantamiento antes del egreso de la madre y el hijo por medio de una persona experta en lactancia que evalúe el proceso de forma presencial (observando un episodio de amamantamiento) y que incluya en una lista de chequeo: educación a la madre, técnica de lactancia y seguimiento por consulta externa. Cada institución debe tener un protocolo detallado y estandarizado de verificación y aseguramiento de amamantamiento.

5.10. Alta Hospitalar

La evidencia disponible no reporta diferencias entre la salida a las 24 horas y después de las 24 horas; o entre 48 horas y después de 48 horas en cuanto a complicaciones del recién nacido o de la madre. Sin embargo no se encontró literatura que considere o que evalúe la salida del recién nacido y de la madre a las 6 horas, o incluso antes de las 24 horas.

Las buenas prácticas clínicas habituales en la mayor parte de los sistemas de salud no contemplan el egreso hospitalario del recién nacido aparentemente sano y sin factores de riesgo antes de las 24 horas de edad. Hay necesidad de observar su transición durante al menos las primeras 24 horas para poder hacer un examen físico postnatal adecuado, buscar anomalías congénitas, realizar pruebas de tamización para errores innatos del metabolismo y cardiopatía, reforzar la lactancia materna, verificar orina y deposición adecuadas, entre otras cosas.

Las literaturas y la propia OMS recomienda dar salida al recién nacido y a la madre después de 24 horas postparto siempre y cuando se cumplan los siguientes criterios:

- ✓ Parto vaginal
- ✓ Recién nacido a término con examen clínico normal
- ✓ Adecuada succión y deglución del recién nacido
- ✓ Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por médico o enfermera

- ✓ Acceso a acompañamiento para la lactancia.
- ✓ Evidencia de como mínimo una micción y una deposición del recién nacido
- ✓ Conocimiento del resultado de la hemoclasificación del recién nacido si la madre tiene grupo sanguíneo O ó un Rh negativo; y aplicación de gammaglobulina anti-D si es el caso.
- ✓ Conocimiento de la prueba materna de VIH y sífilis
- ✓ Recién nacido que haya recibido las dos vacunas al nacimiento (BCG, Hepatitis B)
- ✓ Descartar factores de riesgo familiar y social: maltrato, abuso de drogas, abandono y pobre red de apoyo.
- ✓ Salida del recién nacido y la madre en el mismo momento.
- ✓ Condiciones maternas aptas para la salida presentadas por el servicio de ginecoobstetricia.
- ✓ Tener cita de control asignada en tres días por la madre y el recién nacido por el equipo médico.
- ✓ Facilidad de acceso a las citas de control

5.11. Primer control Posnatal

Se recomienda hacer una consulta control por un médico, preferiblemente un pediatra, a las 72 horas después del nacimiento.

5.12. Leyes de Bolivia

Es importante difundir dentro del marco institucional el respaldo legal de:

- La ley de 6 de diciembre de 2005, n° 3250 que decretaba la ampliación del seguro universal materno infantil con carácter universal y gratuito, así como la obligatoriedad en la prevención del cáncer del cuello uterino a toda paciente que acudía al SUMI y tratamiento de lesiones pre malignas (Senado Bolivia).
- La resolución ministerial 0072 del 23 de enero de 2006, resolvía en su artículo 2 que: dando cumplimiento a la Ley n°3250 de diciembre de 2005 se ampliaba las coberturas SUMI a las mujeres mayores de 5 hasta 60 años de edad guardar una estrecha relación con la maternidad segura en las mujeres en edad fértil.

- Con la ley de 30 de diciembre de 2013 n°475, se ordena la integración de todos los seguros de salud en uno solo, siendo beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes de territorio nacional que no cuentan con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales: mujeres embarazada, niños y niñas menores de 5 años de edad, mujeres en edad fértil, personas con discapacidad (Senado Bolivia).

6. DISEÑO METODOLOGICO

El estudio se realizó desde la perspectiva cuantitativa y tuvo un enfoque de tipo descriptivo donde intereso observar la relación de los factores de riesgo con la salud y el bienestar en la comunidad, describiendo posibles problemas, la determinación de las frecuencias y la formulación de pruebas e hipótesis necesarias para inferir causalidad tendiente a su prevención y control. El estudio se efectuó en 3 meses del año 2019.

Este hizo un análisis retrospectivo de la exposición y su relación con la morbilidad del municipio y la vereda, además también utilizó datos de tipo prospectivo que se obtuvieron del instrumentos diseñados para la recolección de datos (encuestas), estas se realizaron teniendo en cuenta las necesidades de la investigación y no siguen ningún patrón antes estudiado en la comunidad.

6.1. Tipo de Estudio

6.1.1. Por el tiempo

Prospectivo: Se considera prospectivo porque estudia las variables que se diseña y comienza a realizarse en el presente, o sea, al mismo tiempo que se genera los datos de la investigación de este trabajo, pero los datos se analizan transcurridos un determinado tiempo, en este estudio comprendido entre los meses de octubre a diciembre de 2019.

6.1.2. Según el periodo y la secuencia del estudio

Transversal: Se considera transversal porque estudia las variables a lo largo de un periodo comprendido entre ultimo trimestre de 2019 que varía de acuerdo al problema y características de las variables.

6.1.3. Según el análisis y el alcance de los resultados

Descriptivo: Se considera descriptivo porque se presentan un fenómeno o problema para describir sus variables recopiladas con precisión de manera sistemática en datos que dan una idea de la realidad encontrada.

No Experimental: El trabajo no se realizó con ningún tipo de evidencia científica no comprobada, todo el proceso de información, como el manejo de variables, fue basada en la referencia científica.

6.2. Universo

El universo fue extraído de la del área de influencia de la posta de Salud y la comunidad Santa Lucia, que realizaron consultas médicas, acompañamiento médico y que recibieron charlas educativas durante el periodo que corresponde de julio a septiembre de 2018.

Para la elaboración de las encuestas que ayuden a determinar el conocimiento de las fortalezas y debilidades cuanto a la atención proporcionada en El C.S. Santa Luzia fue tomado en consideración el universo total de mujeres que acudio a consulta prenatal o posnatal en el periodo del cuarto trimestre de 2019 es de 22 mujeres (SNIS/VE 2019).

6.3. Muestra

La muestra fue 100% de las mujeres que acudio a atención prenatal o dieron la luz en el C. S Santa Lucia.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Para la inclusión de variables, fue utilizado la elaboración de datos estadísticos referente a los meses octubre, noviembre y diciembre de 2019.
- Entrevista con el personal de salud del Centro.

Criterios de exclusión

Para la exclusión de datos, para la elaboración de datos estadísticos se excluyó:

- Mujeres que son de otras comunidades
- Toda consulta realizada antes de octubre de 2019.
- Toda consulta realizada posterior a diciembre de 2019.
- Personas que nieguen consentimiento informado a realizar encuestas anónimas y escuchar charlas educativas.

6.4. Delimitación Geográfica

La Comunidad Santa Lucia pertenece al municipio de Bella Flor que es la tercera sección municipal de la provincia Nicolás Suárez. Limita al norte con la República del Brasil; al sur con los municipios Filadelfia y Puerto Rico de la provincia Manuripi; al este, con el municipio Santa Rosa de la provincia Abuná; y al oeste, con el municipio Porvenir de la provincia Nicolás Suárez. Cerca del 40% del territorio municipal tiene una presencia significativa de población ilegal de origen brasileño (desde el centro hacia el norte, frontera con el Brasil). La Posta de Salud Santa Lucia realiza cobertura sobre toda la localidad y su área de influencia.

Ilustración 1: mapa Político Pando y municipio Bella Flor, situación Comunidad Santa Lucia



Fuente: www.soldepando.com, acceso en 20 de enero de 2019

6.5. Delimitación Temporal

Este trabajo se realizó en el segundo cuarto trimestre de la gestión 2019 en el Centro de Salud Santa Lucia en el municipio de Bella Flor, a lo largo de los tres meses correspondiente siguiendo el cronograma de actividades y realizando visitas periódicas a los diferentes barrios y cantones del municipio.

6.6. Fuentes Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para el presente trabajo fue utilizada las siguientes fuentes de recolección de datos:

Tabla 1

Fuentes técnica e instrumentos de recolección de datos

Fuente	Técnica	Instrumentos
Documentos	Análisis documental	Reseña histórica
Personas	Encuesta	Encuesta personal
	entrevista	Conversación

Fuente: Elaboración propia

6.7. Pasos Metodológicos

Investigación documental: Se recopiló información bibliográfica relacionada con el tema de investigación así como sobre la elaboración del protocolo.

Solicitud de autorizaciones - Se les informó a las pacientes que asisten al consultorio sobre el tema investigado.

Charlas - Se impartió Charlas a los moradores de la comunidad Puerto Evo, relacionado con los temas.

Tabulación y análisis de datos - Se procede a la tabulación de los datos obtenidos y posteriormente las conclusiones obtenidas.

Presentación y defensa de trabajo - Se realizara en el primer trimestre de 2019.

6.8. Consideraciones Éticas

En la investigación se tuvieron en cuenta los principios de respeto como fuente de reconocimiento por la autonomía de las personas participante, se les informó antes de cada encuesta, cual es la intención del estudio. Se respetó la decisión de no responder total o parcialmente la encuesta, y no se utilizó ningún tipo de presión directa o indirecta.

La información obtenida fue manejada con los criterios de confidencialidad y con ello se reservaron las identidades de los participantes, los cuales de ninguna manera serán puestos en evidencia, la información que se genere de la investigación les será presentada antes de su publicación de ser esta publicada, con base en el principio de reciprocidad.

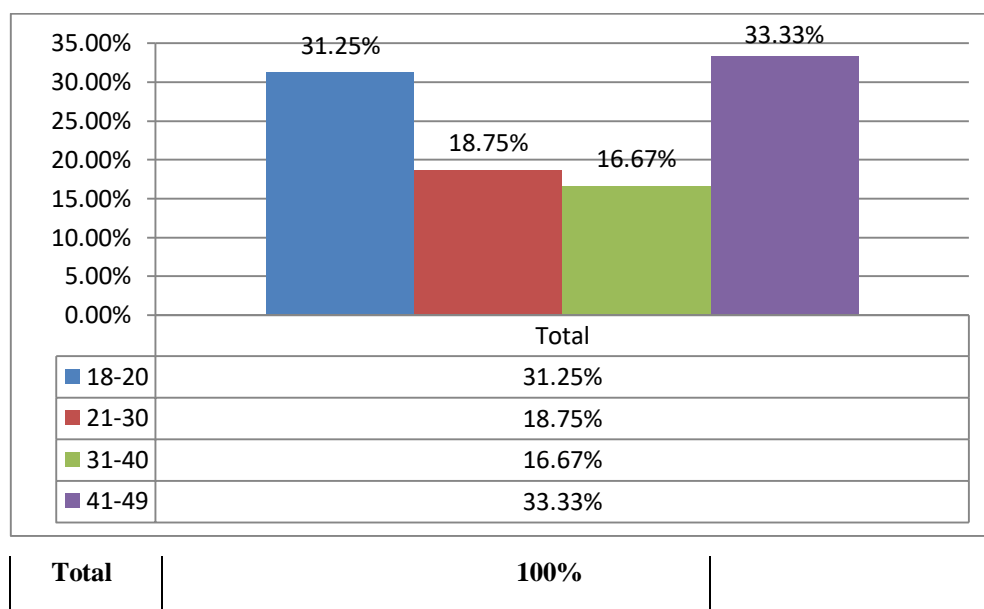
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Para la presente investigación se realizaron 48 encuestas en mujeres de la comunidad Puerto Evo donde el principal interés fue obtener datos básicos de salud relacionados con el tema de los factores que influyen en la no realización del examen de papanicolaou; en los siguientes gráficos se puede observar los hallazgos encontrados -esq45sa.

7.1. Resultados del Cuestionario

Gráfico 1

Distribución porcentual por edades de las mujeres entrevistadas de la Comunidad Santa Lucía

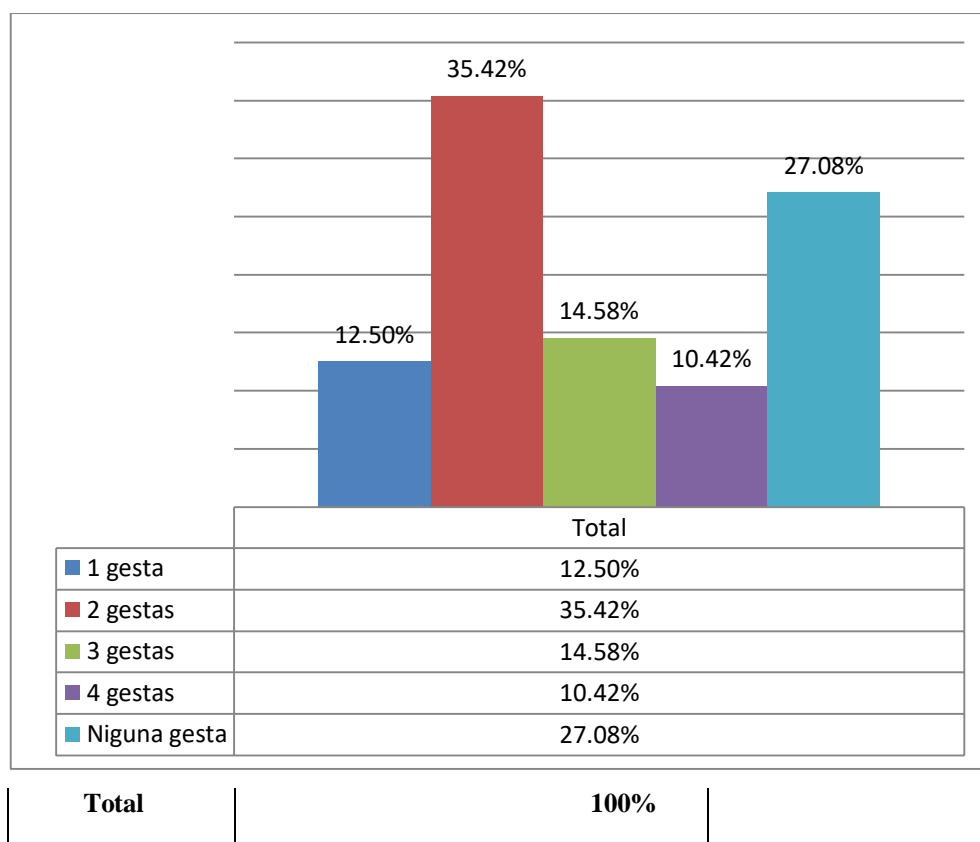


Fuente: INE/ Sedes-Pando 2019 (Anexo 4)

Análisis: Se puede observar que el mayor porcentaje o sea 33% que asisten al centro de convergencia oscilan entre los 41 a 49 años, en segundo lugar están las usuarias de 18 a 20 años de edad ocupando un 31% esto se debe a que cada día las usuarias van siendo la población más joven sin olvidar que se encuentran en edad reproductiva. Entre más joven una mujer inicia relaciones sexuales menos importancia dará a su salud sexual y reproductiva, y mayores son los errores que puede ser cometido por esta mujer que embarace.

Gráfico 2

Porcentaje de número de gestaciones de las mujeres entrevistada en Santa Lucia

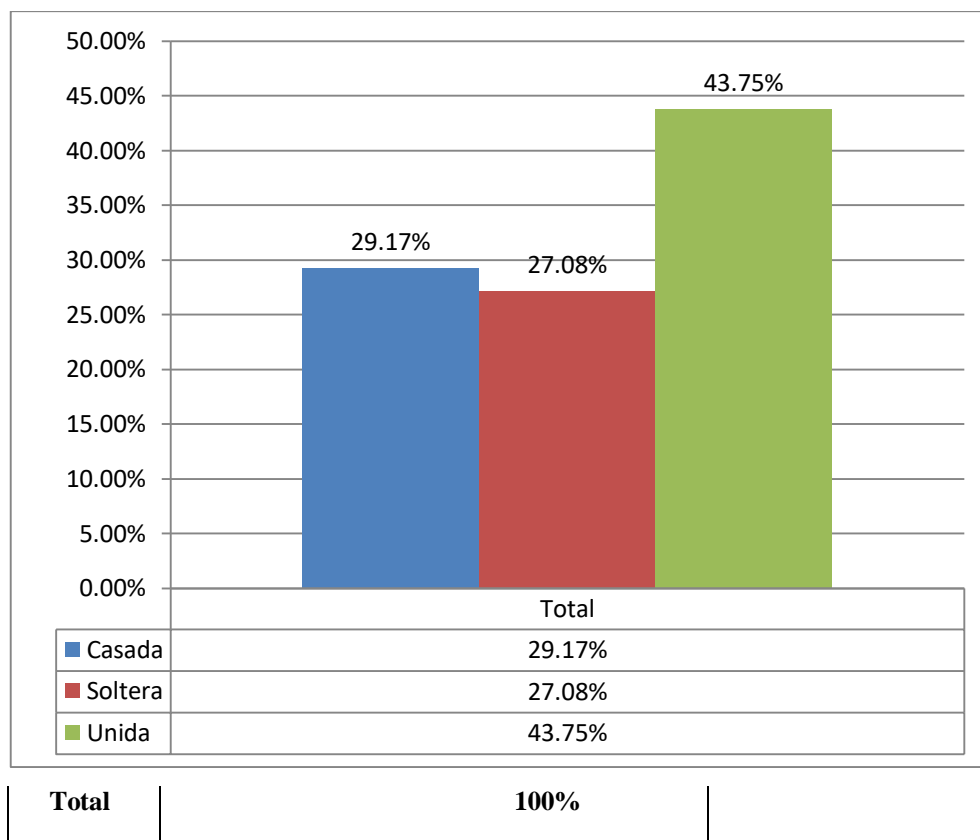


Fuente: Elaboración propia, respuesta entrevistados.

Análisis: En esta gráfica se observa que el número de gestas en las usuarias han disminuido, solamente doce usuarias refirieron 3 y 4 gestas, 12,5% solamente refirieron 1 gesta y 35,4% 2 gestas. Al observar los resultados de esta gráfica se ve que puede ser un factor para renuencia de que se debe implemetnar políticas mas rigurosas de atencion primaria y entrenamiento del personal de salud. El mayor número de embarazos y partos con la poca experiencia del personal de salud aumenta la incidencia de posibles errores, bien como el aumento de las debilidades presenciada el el centro de salud como se observa en las siguientes graficas.

Gráfico 3

Equipo de Salud que atiende al centro de salud Santa Lucia

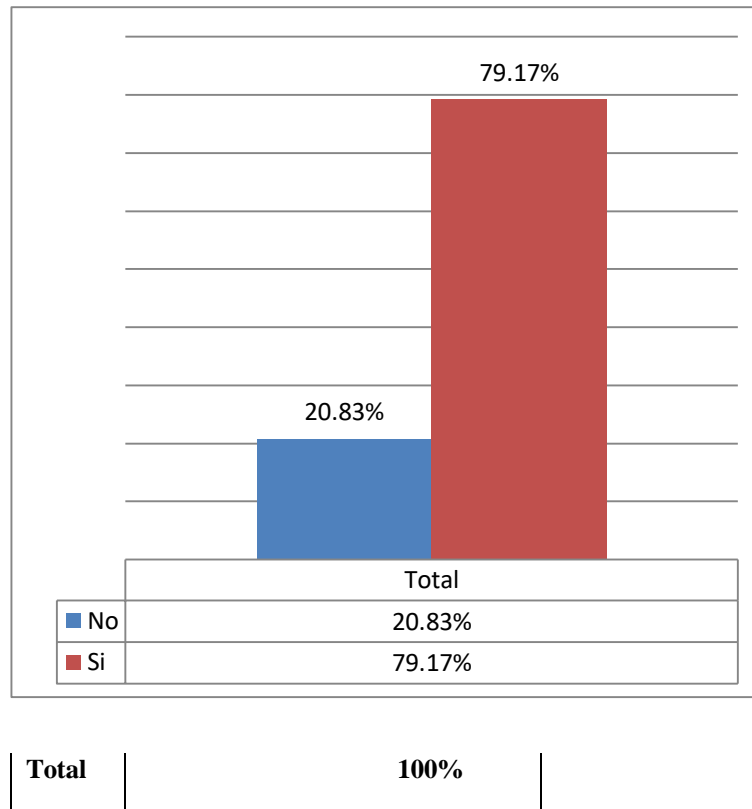


Fuente: Elaboración propia, respuesta entrevistados.

Análisis: Con respecto al estado civil de las usuarias entrevistadas se refleja que el 43,75% se encuentran solamente unidas con sus parejas lo cual es muy interesante ya que a pesar de ser área rural la opción de casarse no es prioritaria para formar un hogar y lo anterior podría influir en poder tener más de una pareja sexual durante el transcurso de su vida ya que la situación civil es inestable lo cual implica un factor de riesgo para la adquisición de cáncer cérvico uterino. 72,9% de las entrevistadas cuenta con pareja, independientemente en el estado civil en que se encuentre lo cual deja reflejar que puede ser un factor para la renuencia a realizarse los correctamente los controles prenatales.

Grafico 4

Porcentaje del nivel educativo de las mujeres entrevistada en Santa Lucia

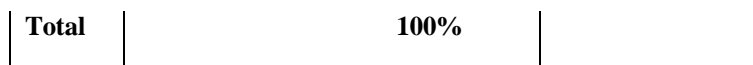
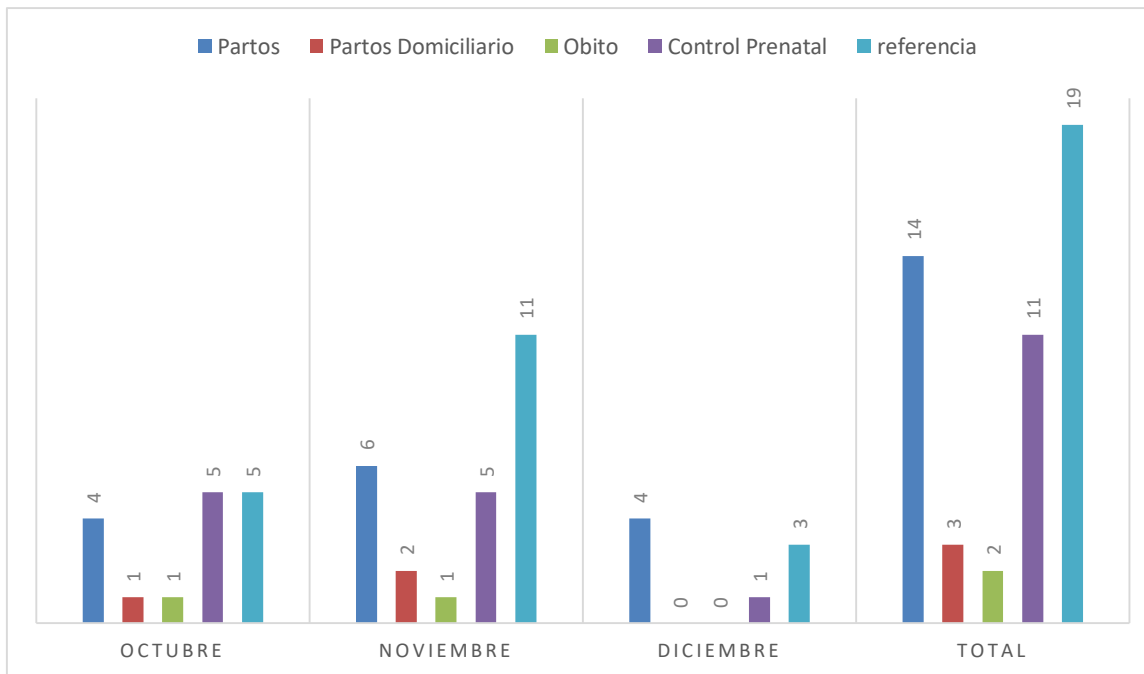


Fuente: Elaboración propia, respuesta entrevistados.

Análisis: Entre las usuarias entrevistadas el 79% si pueden leer, pero algunas de ellas mencionaron de la misma forma que no es lectura fluida y que han aprendido por la misma necesidad y las condiciones de vida actual. Mientras que el 20,8% mencionan que no pueden leer. En respecto a la educación de las mujeres es alentador por que el porcentaje antes mencionado refleja que cada día hay menos mujeres analfabetas lo cual ayuda a que ellas puedan aumentar sus conocimientos y acceder a escuchar y entender las charlas proporcionada por el personal de salud, en la cual fue posible identificar en los profesionales que actúan en este centro de salud en la cual empate charlas educativas para minimizar los trastorno diario en la atención primaria tanto a mujeres cuanto a los recién nacidos.

Gráfico 5

Atención de Partos en Santa Lucía en el periodo anterior año 2018

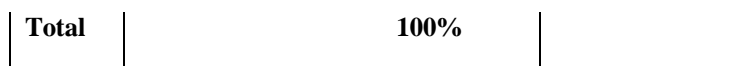
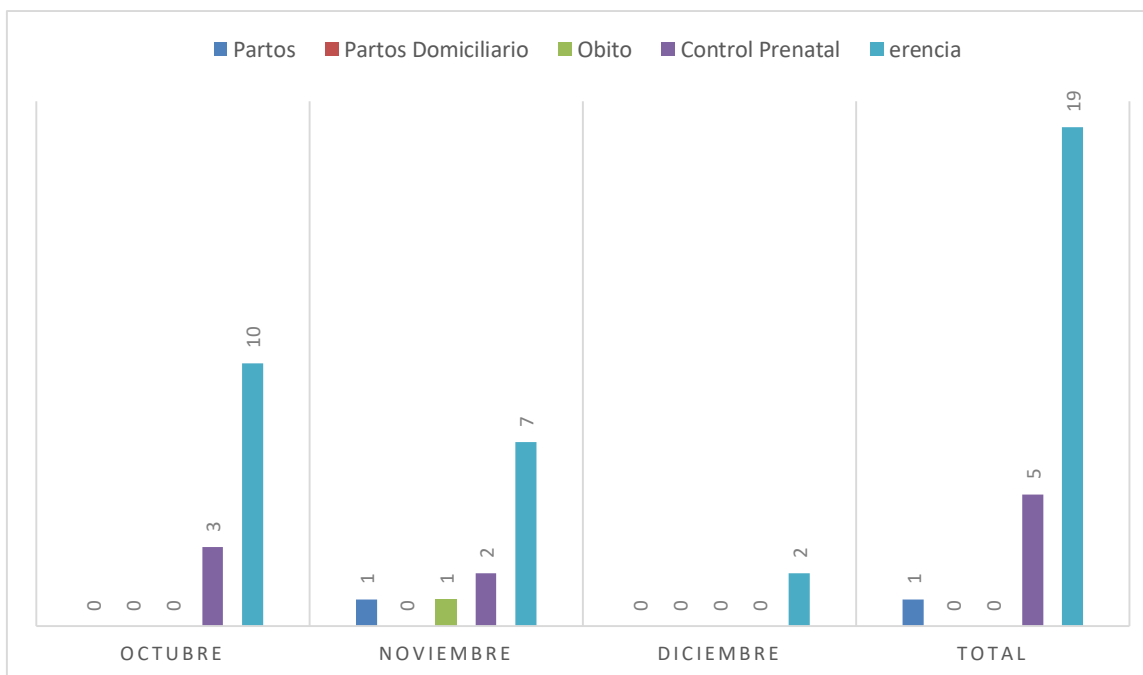


Fuente: Elaboración propia, respuesta entrevistados.

Análisis: la análisis de Libro de registro del centro de salud Santa Lucía en el periodo anterior indica una baja concentración de atención primaria para control prenatal y atención de Recién nacido y la cual se nota 2 óbitos fetales en la cual no conoce su causa, además de los 17 partos realizados por el equipo de salud 14 fueron expulsivos manteniendo la tesis de que las usuarios tiene poco incentivo por parte del equipo de salud para que haga sus controles prenatales bien como tener la conciencia que el recién nacido deben recibir buena atención durante y después del parto.

Gráfico 6

Atencion de Partos en Santa Lucia en el periodo estudiado

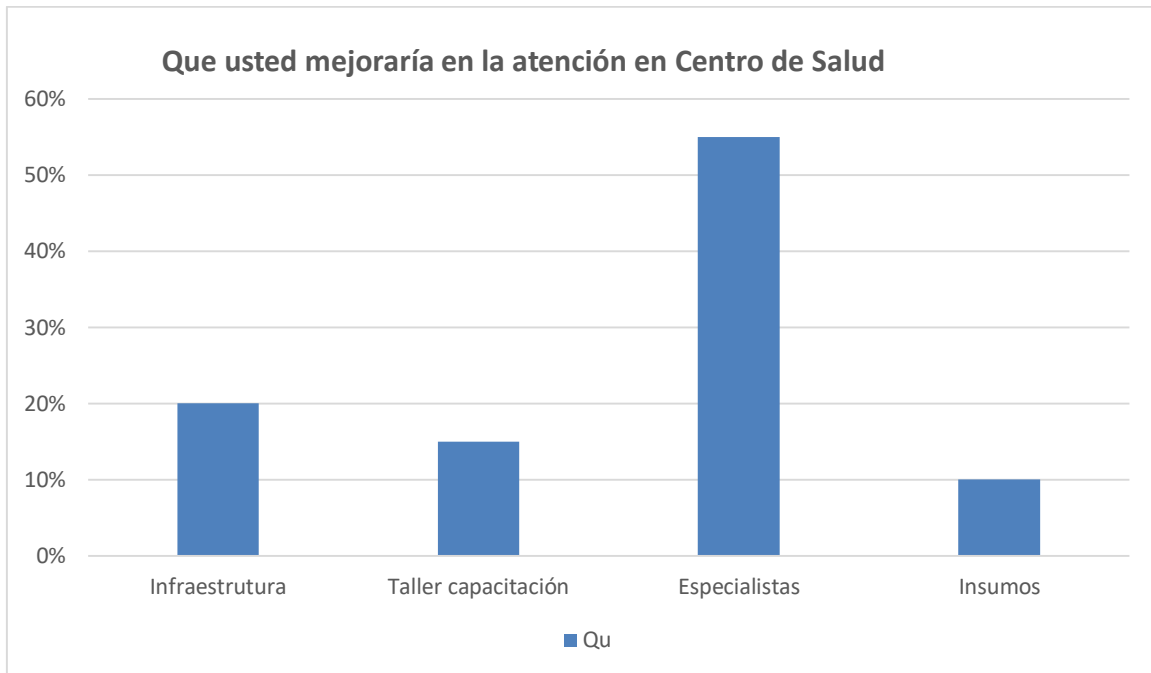


Fuente: Elaboración propia, respuesta entrevistados.

Análisis: En esta grafica se observa los resultados en el periodo de estudio, en la cual reporta baja adhesión de las usuarias en acudir al centro de salud para la maternidad, además de constata una gran debilidad en la baja resolución de casos mediante la cual se obta por realizar la referencia de las pacientes a la ciudad de Cobija, donde no se puede culminar en la realización del partos por diversos motivos, bien como la falta de expertice del personal de salud que cuenta solamente con médicos generalistas sin contar con un obstetra, también por la fata de insumos necesario para una buena atención primario en el posnatal dentro otros factores que impide la disminución de las referencia del centro de salud a un hospital de referencia.

Grafico 7

Encuesta al personal de Salud – Que usted mejoraría en la atención en Centro de Salud?



Total	100%
-------	------

Fuente: Elaboración propia, respuesta entrevistados.

Análisis: 55% del personal entrevistado en el centro de salud indica que es necesario tener especialistas para hacer la debida atención sin que tengas debilidades en el fator salud en la comunidad. Por lo tanto este dato contrapone la literatura donde indica que la atención primaria e multidisciplinar e factorial en la cual es proporcionada por diversos seguimiento de la área de la salud, mediante cual todos deben esta y/o serán capacitados para hacer la atención necesaria durante el pre parto, el parto y el posparto.

8. CONCLUSIONES

Con base en el estudio presentado se observó que el 20% de las entrevistadas refirieron que tiene bajo grado de lectura, el bajo nivel de escolaridad es un factor que causa debilidad durante la atención del parto y del recién nacidos, entre los 18 y 20 años son las usuarias que presentan el mayor porcentaje (31,2%) de renuencia a realizarse adecuadamente los controles prenatales bien como llevar lo Recién nacidos a consulta cuando así lo requiera.

Además, los factores que predisponen a las mujeres no realizarse el examen de Papanicolaou, de la jurisdicción de la comunidad de Puerto Evo, son: El estado Civil, el nivel educativo, el nivel de conocimiento del equipo de salud y la cultura en la cual se desarrollan en la comunidad de tener hijos en sus domicilio haciendo que tenga riesgos durante la atención a la madre y al recién nacido mediante la cual los profesionales están arriesgando una vez más en realizarse la atención sin una buena calidad si muchos recursos.

Por lo tanto la promoción adecuada de los servicios de salud, como en este caso la atención puede bajar los índices de mala atención bien como llegar a cero la incidencia de obitos bien como se hace necesario determinar la causa del óbito, además de identificar los trastornos generados o no por la equie o mismo si es deficiente la atención primaria en este casos por lo tanto no se logra el convencimiento o aceptación en la usuaria. La confianza y relación que se debe de tener entre servidor y paciente no es suficiente para lograr identificar el o los factores que en su momento no permiten la aceptación completo de la educación recibida cuando esta es dinonibilizada en el centro de salud.

La mayoría del personal entrevistado en el centro de salud indica que debe tener especialitas adecuados para la atención especializada en la comunidad pero sabemos que la atención primaria e multidisciplinar e factorial en la cual es proporcionada por diversos seguimiento de la área de la salud, mediante cual todos deben esta y/o serán capacitados para hacer la atención necesaria durante el pre parto, el parto y el posparto.

8.1. RECOMENDACIONES

La prevención es la piedra angular de la respuesta a este problema que encontramos en la comunidad de Santa Lucía. Por esto se sugiere que:

1. Que se implementen estrategias adecuadas para la promoción acerca del control prenatal en los centros de salud contando con listados de mujeres que están embarazadas para realizar visitas domiciliarias, supervisar la consejería, brindar apoyo emocional y acompañamiento a la mujer durante las consultas, verificar contenidos educativos acerca del tema.
2. Que se organicen grupos de apoyo de mujeres que participen activamente en su autocuidado, a través de un conocimiento profundo de lo que es la maternidad y los cuidados básicos para el recién nacido y lo que significa para su vida, salud y bienestar familiar y evitar en el futuro complicaciones para ella o el RN, y que el personal de los servicios de salud se involucre de una manera responsable para brindar apoyo, educación y acompañamiento a la mujer que decide realizarse el parto domiciliario.
3. Que en el centro de salud que atiende al municipio de Bella Flor y la Comunidad Santa Lucía se pueda brindar atención integral a las usuarias que asisten al servicio de salud, rompiendo paradigmas y capacitar al personal para que pueda estar preparado para identificar los factores que predisponen a la usuaria a una conducta negativa y poder convencerla trabajando en conjunto sobre los factores que la predisponen.

9. Bibliografía

Ministerio de Salud. (2013). Fuente: minsalud: <https://www.minsalud.gob.bo>

OPS. (marzo de 2010). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Acceso em 21 de enero de 2020, disponible em http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-6/files/pdf/AS_2008_Pando.pdf

Revistas Bolivianas Acceso em 10 de febrero de 2020, disponible en http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S0004-05252011000100002&script=sci_arttext

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2004), Plan Nacional de Control del RN 2015

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE SALUD (2008).

FERLAY J, BRAY F, PISANI P, PARKIN DM (2004), GLOBOCAN 2002:

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (2005), Censo 2001, Población total proyectada, por años calendario y sexo, según edades simples, 2005 - 2010.

Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia. Ministerio de la Protección Social de Colombia 2009 November 23; Available from: URL: www.pos.gov.co/Documents/GUIA%20METODOLÓGICA%2023%2011%2009-1.pdf

Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011 April;64(4):383-94.

The ADAPTE Collaboration. Resource toolkit for guideline adaptation . 1 ed.2007.

New Zealand Guidelines Group. Notes on the adaptation / Synthesis of guidelines.

www.nzgg.org.nz 2007; Available from: URL: www.nzgg.org.nz

Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P



