

**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA – ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE CONTROLES PRENATALES, Y PARTO
INSTITUCIONAL EN EL CENTRO DE SALUD EL SENA DE LA
GESTION 2011**

INTERNA DE ENFERMERIA: GRISELDA RODRIGUEZ SANTOS

COBIJA - PANDO

AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios, por llenarme de salud y felicidad.

Deseo expresar mis mas sinceros agradecimientos a la carrera de enfermeria que han contribuido en mi formacion profesional y en la elaboracion del presente proyecto

A mis queridos padres y mi esposo por brindarme toda la cooperacion, comprension que tuvieron con mi persona .

A todo El personal Del centro de salud El sena por haberme brindado la oportunidad y confianza para poder realizar mi SSRO.

A La poblacion Del municipio Del Sena, por La colaboracion Del proyecto que es direccionado a los mismos.

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo a mi familia en general por el esfuerzo que hacen en sostenerme en los estudios de mi carrera profesional.

En especial a mi esposo y a mi hija por estar a mi lado siempre y a todos que colaboraron de forma directa o indirecta en la conclusión del proyecto.

CAPITULO I

INDICE	PAG.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
PREGUNTA DE INVESTIGACION	8
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVO ESPECIFICO	8
JUSTIFICACION	9

CAPITULO II

MARCO TEORICO O CONCEPTUAL	10
HIPOTESIS DE TRABAJO	25
VARIABLE DEPENDIENTE INDEPENDIENTE	26
OPERACIONALIZACION DE VARIABLE	26

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO	27
UNIVERSO MUESTRA	27

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	29
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	43
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXOS	45

CALIDAD DE CONTROLES PRENATALES Y PARTO INSTITUCIONAL EN EL CENTRO DE SALUD EL SENA DE LA GESTION 2011

CAPITULO I

I.- INTRODUCCIÓN.-

De acuerdo al análisis de nuestros indicadores de salud de las coberturas en los controles prenatales y como centro de referencia, el único Centro de Salud del Sena del Municipio del mismo nombre no se logro llegar a cumplir los compromisos de gestión del Ministerio de Salud y Deporte, se debe considerar la mala calidad en cuanto al seguimiento oportuno de nuestras embarazadas que se esperan durante el año, Debe ser precoz, es decir con objeto de identificar precozmente los embarazos de alto riesgo y planificar su adecuada atención.

De aquí se enraíza los problemas sobre todo falta de atención de calidad falta de estructuras organizadas con salud pública, no damos solución a las oportunidades perdidas, falta de servicios en consejería, no existen visitas domiciliarias por personal responsable idóneo, falta de instrumentos de IEC, no existe el apoyo psicológico, a las mujeres embarazadas falta de iniciativa por no existir programas televisivos ni cuñas radiales, falta de relaciones humanas, afectividad.

La metodología a utilizarse es la investigación operativa, mediante indicadores con metas de los compromisos de gestión de acuerdo a nuestros embarazos esperados, revisión de registros como cuadernos bases de datos, historias clínicas, se realizara cruce de datos en el servicio de estadísticas del Centro de Salud El Sena para cuantificar desde la calidad de datos de registro.

Debemos recurrir a cambios a conjunto de actividades y técnicas utilizadas por el profesional de la salud en la mujer embarazada tendientes a vigilar y garantizar un adecuado estado de salud feto- materno y una evolución favorable mediante una

serie de visitas programadas anteladamente, bajo el enfoque de riesgo. A través del control prenatal también se debe educar a la paciente desde su ingreso al establecimiento de salud, así podemos mejorar y garantizar que todas las embarazadas lleguen a un parto institucional enfocados de brindar a la mujer gestante.

Características del Ámbito Geográfico donde se realizó el trabajo

El Municipio del Sena se encuentra ubicado al sur de la Provincia Madre de Dios del Departamento de Pando, fue creado el 28 de Septiembre del 1938. Actualmente con 2.594 hab. El Sena es la tercera Sección de la Provincia Madre de Dios, geográficamente su ubicación exacta es la siguiente:

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

a) Límites de la Sección Municipal. Sus límites naturales son:

Norte : Río Madre de Dios (Municipio de Puerto Rico)

Sur : Provincias Abel Iturralde (Municipio de Ixiamas, Dpto. de La Paz)

Este : Municipio de San Lorenzo

Oeste : Provincias Abel Iturralde (Municipio de Ixiamas, Dpto. de La Paz)

b) Extensión.

Tiene una superficie aproximada de 7.564 Km². y ocupa el 57.50 % de la extensión territorial de la Provincia Madre de Dios.

Superficie Provincia Madre de Dios: 13.157 Km²

Superficie de la Jurisdicción Municipal de El Sena 7.564 Km²

Las Comunidades Originarias.

El área rural fue habitada por indígenas Cavineños¹, Tacanas y Etsse Ejjas actualmente son los principales grupos étnicos, quienes mantuvieron relaciones

¹ Geografía del Dpto. Pando 2da Edición 1998

sociales con otros grupos desde la época pre colonial lo que demuestra que pertenecían a unas sociedades abiertas a las relaciones sociales interétnicas y al cambio.

BASE CULTURAL DE LA POBLACIÓN

Origen Étnico

La Jurisdicción Municipal encierra en su interior el pueblo indígena Tacana.

Idiomas.

El español es el idioma más hablado por la población del Municipio. En las comunidades indígenas hablan su propio idioma (Tacana).

Religión y Creencias

La religión católica es predominante en el Municipio. En el área concentrada y rural existen también congregaciones evangélicas y otras. (1).

II.- ANTECEDENTES.-

La Organización Mundial de la Salud OMS. Estima que cada año cerca de 585.000 mujeres mueren en el mundo debido a complicaciones en el embarazo, parto o puerperio. La mayoría de estas defunciones ocurren en países en desarrollo.²

Razones de Mortalidad Materna en Latinoamérica

BAJA MENORES DE 20	MEDIA 20 A 49	ALTA DE 50 A 149	MUY ALTA 150 A MAS
Canadá 2.4 USA 9.9 Uruguay 11.1	Chile 22.7 Cuba 33.9 Argentina 35 Costa rica 35.3 Trinidad 44.7	México 83.6 Venezuela 60.1 Panamá 60.7 Rep. Dom. 69 Colombia 91.7 Ecuador 91.7 Jamaica 106.2 Paraguay 114.4	Perú 185 Bolivia 230 Haití 523

La mayor parte de las muertes maternas ocurre debido a la falta de controles prenatales y 5 complicaciones obstétricas:

1. Hemorragias
2. Hipertensión inducida por el embarazo

² Evaluación de Accesibilidad, Disponibilidad y Utilización del COEm en los Establecimientos de Cabecera de Red de Servicios Gestión 2008

3. Abortos
4. Sepsis
5. Partos obstruidos

Estas complicaciones se presentan en todos los países, pero es menos probable que las mujeres que viven en países en desarrollo obtengan tratamiento rápido y oportuno por lo tanto enfrentan un mínimo riesgo de morir.

Sobre la base de la evidencia demostrada en escala global por el programa de la universidad Columbia y sus socios técnicos, la comunidad internacional ha reconocido que muchas de sus defunciones maternas pueden evitarse.

Así, los líderes mundiales han hecho de la reducción de la Mortalidad Materna en un 75% para el año 2015 unas de las metas del milenio, reto asumido por la Organización de las Naciones Unidas el año 2000.

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, con la colaboración de UNFPA Y OPS/OMS, viene desarrollando acciones para minimizar las demoras y evitar muertes maternas, con resultados auspiciosos en la última década.

Las intervenciones ejecutadas a la fecha se agrupan en: Ampliar las opciones anticonceptivas asegurando su disponibilidad y uso, mejorar la calidad y cobertura de la atención prenatal y asegurar una atención calificada en el parto esto último bajo la premisa de que:

- 80% de las muertes maternas se debe a causas obstetricas directas
- 80% de las muertes ocurren en el post parto y en los primeros 7 dias.
- 15% de las mujeres en trabajo de parto presentan una complicacion seria.
- De 1 a 2% de las mujeres que dan a luz necesitan una intervencion obstetricas mayor para sobrevivir y las mayorias de las complicaciones obstetricas serias, no son ni previsibles, ni prevenibles, pero aunque si se pueden tratarse.

Un paso clave en el camino hace a reducir sustancial y sostenidamente la Mortalidad Materna en Bolivia es la decisión del Ministerio de Salud y Deportes de incorporar los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm), como estrategia

mayor pues establece una base técnica para las demás actividades en pro de una maternidad y un nacimiento seguro.

Las mujeres pueden desarrollar complicaciones obstétricas graves, porque todo embarazo implica riesgo.

El riesgo es mayor en países en desarrollo donde tanto la Mortalidad como la fecundidad son elevadas, por causas de mala orientación, población dispersa

La historia de la Salud Materna en Bolivia comienza en el año 1973 con la creación de la división Materno Infantil En Bolivia surgió a partir de 1989 con el plan de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna.

En 1999, el Seguro Básico de Salud³ incorpora entre sus prestaciones la atención a las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo.

Con la ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMÍ), el 2001 se amplían las prestaciones cubiertas a todas las patologías de la mujer durante el embarazo, parto, posparto hasta los seis meses y de la niñez hasta los 5 años de edad. En los países en desarrollo donde tanto la mortalidad como la fecundidad son elevadas, el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto o el post-parto es muy alto. En Bolivia de acuerdo con los datos del año 2000 de la encuesta post-censal de Mortalidad Materna es 1 por cada 93 mujeres en edad fértil, aunque en Potosí es de 1 cada 57 y en área rural es de 1 por cada 44 mujeres

De acuerdo a estos datos permiten concluir que todavía, para las mujeres Bolivianas la maternidad no es segura y que muchos bebés se ven afectados de secuelas físicas y/o psicológicas como resultado de una mala o deficiente atención durante su nacimiento. La situación es peor en los Municipios más empobrecidos y cuando el parto ocurre en domicilio.

La historia de la Salud Materna en Bolivia comienza en el año 1973 con la creación de la división Materno Infantil pero poco de lo planteado ha sido ejecutado, ya sea porque estuvo mal concebidos o porque no fueron negociados con el nivel político ni con la colectividad donde se comete el error de la deficiente e insuficiente difusión de las políticas de salud, En Bolivia surgió a partir de 1989 con el plan de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna, donde fue intensificada en 1993 en Santa Cruz de la Sierra, cuando fue celebrada la conferencia Andina por una Maternidad sin riesgos, pero no llega a los diferentes distritos.

En 1994 la Secretaria Nacional de Salud formulo el Plan Vida para la reducción acelerada de la Mortalidad Materna y de los niños menores de 5 años donde queda plasmado sin ejecución. El año 1996, se creó el Seguro Nacional de Maternidad y niñez que complementa con plan vida y la financia con recurso públicos. En 1999, el Seguro Básico de Salud incorpora entre sus prestaciones la atención a las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo. Con la ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMÍ), el 2001 se amplían las prestaciones cubiertas a todas las patologías de la mujer durante el embarazo, parto, posparto hasta los seis meses y de la niñez hasta los 5 años de edad.

En el plano internacional. El relanzamiento de la problemática de la Salud Materna tuvo lugar en 1987, con motivo de la conferencia Internacional sobre maternidad sin riesgo. A partir de ahí y de la propuesta de ese conclave para reducir la Mortalidad Materna en un 50% recogida a la vez en el plan regional de Organización Panamericana de la Salud (OPS) se sucedieron otros acontecimientos que apuntalaron el tema. Aunque con éxitos modestos.

En el Municipio del Sena y el personal del Centro de Salud cumple con el control prenatal para que toda mujer gestante, seguro un buen desarrollo del niño dentro del vientre materno, así mismo como para preservar la buena salud de ella. La evolución normal del embarazo depende de las condiciones de salud de la madre,

el ambiente familiar, su nutrición, estado emocional y su situación socioeconómica. y tenga un parto seguro que garantice la vida del binomio madre e hija(o)

Para que el control prenatal sea eficaz, deberá ser: precoz (primer trimestre de embarazo), periódico, completo y extenso. Por esta razón es necesario vigilar (por lo menos 4 veces) la salud de la madre y el feto bajo los siguientes objetivos:

- Promover y mantener la salud de la madre y su feto.
- Asegurar que el feto se esté desarrollando y creciendo hasta alcanzar madurez al momento de nacer.

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todas las mujeres en gestación que comprende de 80 embarazos esperados que fueron para la gestión 2011 y 66 partos que espera esta gestión en el Centro de Salud El Sena del Municipio del mismo nombre, deberían saber la importancia del Control Prenatal (C.P.N). y acudir a los establecimientos de salud para realizar este control rutinario con el fin de detectar a tiempo el alto riesgo obstétrico y de esta forma garantizar una gestación y parto sin complicaciones.

Para promover la salud de la mujer y del niño y el bienestar de la familia, contamos con los cuidados prenatales, con el objeto de minimizar o evitar los problemas que puedan amenazar la vida o la salud de la madre o del niño, También es de gran valor el de desarrollar en la embarazada la absoluta confianza en sí misma y en el personal de salud para lograr el éxito en el control prenatal.

De acuerdo con el porcentaje de capitación de los embarazos esperados del 100% solo se captó 65% Según el Comité de Análisis de Información C.A.I. no se cumplió con las metas esperadas para la gestión 2011, no existe concordancia con los indicadores de retorno, la eficacia esta en lograr que todas las mujeres embarazadas deriven en partos institucionales.

Para entender los cuidados prenatales revisaremos la palabra "natal", que se refiere al nacimiento y junto con el prefijo "pre", abarca todas las personas

interesadas que habrán de dar apoyo y asegurar el nacimiento normal con un bebe saludable.

Para lograr estos objetivos de calidad, el personal de salud necesita saber más de la salud de la familia y de su modo de vivir. Estos detalles conforman la “Historia Clínica Perinatal Base”.

Para facilitar y seguir esquemáticamente el proceso del control prenatal, a continuación se presentan las actividades y cronología del control prenatal, utilizando la técnica de “Preguntar-Escuchar”, Observar y Palpar”, Identificar el problema e iniciar la acción apropiada.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.-

¿Cuál fue la calidad de atención en controles prenatales y parto institucional en el Centro de Salud El Sena de la gestión 2011?

V.- OBJETIVOS

V.1.- OBJETIVO GENERAL

Identificar la calidad de la atención de controles prenatales, y parto institucional en el Centro de Salud El Sena de la gestión 2011.

V.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Determinar cuantas mujeres realizaron control prenatal antes y después del 5to mes.
2. Identificar la multiparidad en mujeres con parto institucional en la gestion 2011
3. Determinar cuantas mujeres tuvieron exámenes de rutina durante el control prenatal.

4. Determinar en cuantas mujeres se detectaron Alto Riesgo Obstetrico (ARO) durante el control prenatal, parto y puerperio.

VI.- JUSTIFICACION.

Si bien no se ha registrado una Mortalidad Materna en el municipio del Sena, debemos de tomar medidas preventivas para que no llegue a ocurrir dicho evento. A través de una mejor atención en control prenatal con calidad y calidez.

El propósito de la siguiente investigación es por los datos comparativos que se pueden observar en relación al control prenatal y parto institucional. Ya que según el CAI 2011 este municipio no llego a cumplir las metas esperadas.⁴

Mediante encuestas realizadas a la población para determinar algunos factores que implican en no asistir a sus controles en los Centros de Salud de este Municipio. Buscar cual es la barrera que influye en la captación de los controles prenatales, tanto físico y espiritual, la tabulación de datos de esta encuesta nos servirá para realizar planes para planificar seguimientos a nuestras mujeres gestantes.

Los métodos serán eficaces capaces de consolidarse en un mediano plazo los ordenaremos en recomendaciones, con personal comprometido con su ética profesional que no cuestione su trabajo en el asistencia extra hospitalaria personal comprometido con su gente de realizar abordaje a los embarazos precoces, primigestas, multíparas.

Esta información debe ser fidedigna con tabulación real, la calidad de datos de registro deben ser reales para determinar y buscar estrategias para seguimiento en embarazos con alto riesgo obstétricos, para facilitar el seguimiento a embarazos antes del quinto mes y el indicador de calidad cuarto control prenatal, se debe monitorear semanalmente en % los comité de análisis de información hospitalaria deben ser con todo el personal del hospital, realizar pesquisas

⁴ Formulario del SNIS 301 Gestión 2001

rastrillajes en los barrios para rescatar embarazos sin control que pone en riesgo a la mujer en edad fértil, difundir estrechamente con los medios de comunicación, que sea oportuna y confiable.

CAPITULO II

VII.- MARCO TEÓRICO

La atención prenatal es el conjunto de consultas, acciones de salud y cuidados previos al parto que deben terminar con un parto feliz y seguro; deseando que todo sea un recién nacido vivo, sano y de buen peso.⁵

Para brindar una **Atención Prenatal** de calidad a las mujeres gestantes es necesario tener en cuenta que ellas tienen derecho a recibir:

- Información útil y precisa.
- Acceso a la atención prenatal integral en su consultorio.
- Consulta de riesgo reproductivo y planificación familiar.
- Consultas especializadas en hospitales ginecobstétricos.
- Ingreso en Hogar materno de ser necesario.
- Consultas especializadas Materno-Infantiles.
- Seguridad.
- Privacidad.
- Confidencialidad.
- Trato digno.
- Confort.
- Expresar su opinión personal.

Cronología y conducta en la atención prenatal durante la gestación normal.

Toda gestante sana recibirá un mínimo de cuatro controles prenatales por el personal de salud que se encuentre debidamente capacitado.

NO.	CONSULTAS	EDAD GESTACIONAL
1	Captación del embarazo	Antes de las 14 semanas
2	Evaluación	Antes de los 15 días de la captación
3	Consulta Prenatal	18 semanas
4	Consulta Prenatal	22-24 semanas
5	Reevaluación	28-32 semanas
6	Consulta Prenatal	34 semanas
7	Consulta Prenatal	36 semanas
8	Consulta Prenatal	38 semanas
9	Consulta de término	40 semanas
10	Interconsulta Hospital GO	41-42

En la IC de las 40 semanas la gestante deberá ser remitida para su seguimiento a la consultante de Gestante a Término que se brinda en los hospitales Gineco-Obstétricos o en los Centros de Salud de cada área de Salud. En caso de ser clínica y obstéticamente normal será seguida en esta consulta hasta las 42 semanas donde se ingresará.

Deberá recibir consultas de terreno al menos 1 vez al mes, donde se evaluará estado de salud familiar a través del funcionamiento familiar, estado de salud individual de cada uno de los miembros, cumplimiento de las funciones básicas de la familia y satisfacción de las necesidades materiales. Se podrán realizar el número de terrenos o visitas al hogar que determine el EBS.

Consulta de Captación

Interrogatorio

Debe precisar si la mujer es eumenorreica o no, la fecha de la última menstruación

(FUM) y los síntomas subjetivos de la gestación, así como conocer si se trata de una gestación planificada por la pareja o es una gestación fortuita. En este interrogatorio se determinarán, además:

1. Antecedentes patológicos personales (APP).
2. Enfermedades o complicaciones en gestaciones anteriores.
3. Tipos de partos y peso de cada uno de los hijos, así como tipos de abortos.
4. Medicamentos que ingirió o ingiere hasta estos momentos, dosis, ingestión de psicofármacos y determinar la conducta que se debe seguir.
5. Antecedentes patológicos familiares (APF), además de precisar si la madre o hermanas tuvieron toxemia en sus gestaciones o existen antecedentes de gemelaridad.

Examen físico integral

El examen físico integral comprende, tanto su aspecto general como el examen físico del abdomen, aparatos cardiovascular, respiratorio y renal.

En este paso es muy importante la valoración ponderal que se puede realizar por el método de índice de masa corporal (IMC), o sea:

Peso en kg /talla (m²)

Los resultados serán los siguientes:

1. Bajo peso (enflaquecida) (menor de 20): requiere entre 35 y 45 cal/kg de peso.
2. Normo peso (20 a 25): requiere entre 30 y 35 cal/kg de peso.
3. Sobrepeso (26 a 30): requiere entre 25 y 30 cal/kg de peso.
4. Obesa (mayor que 30): requiere entre 20 y 25 cal/kg de peso.

Examen ginecológico

Mamas. Se valorará tamaño, turgencia, presencia de los tubérculos de Montgomery, existencia de calostro, así como tamaño y forma de los pezones. Si

son planos se realizará charla educativa y ejercicios para la futura lactancia materna.

Inspecciones de genitales. Se deben descartar enfermedades infecciosas, despigmentaciones, tumoraciones y situación de la uretra.

Se realizará examen con espéculo para visualizar la vagina y el cuello uterino, para detectar infecciones, características del cuello (situación, tamaño, permeabilidad o no del orificio cervical externo). Se puede realizar la citología orgánica si la gestante no la tuviera realizada y también la prueba de Schiller, si fuera necesario.

Tacto bimanual. Mediante éste se deben precisar las características del cuello, y del útero se determinarán el tamaño, la forma y consistencia, así como todos aquellos signos probables de gestación.

Indicaciones en primera consulta

En esta primera consulta se debe realizar una buena charla educativa, individualizada, acerca de la importancia de la dieta de la gestante de acuerdo con su valoración nutricional⁶. Se remitirá la gestante a la atención estomatológica y, además, será valorada por el psicólogo de su área de salud. Se indicará la vacunación con toxoide tetánico alrededor de las 26 semanas de EG. En esta primera consulta se indicarán los exámenes complementarios siguientes:

1. Hemograma completo. Se repetirá Hb. y Hto. en cada trimestre.
2. Grupo sanguíneo y Rh.
3. Glicemia en ayunas y posprandial a las 2 horas. Se repetirá entre las 28 y 30 semanas de EG.
4. Serología, que se repetirá para la consulta de reevaluación. (a la pareja)
5. Examen de orina, que se realizará para cada consulta.
6. VIH 1 y 2. (a la pareja).

7. Exudado vaginal.
8. Heces fecales.
9. Fondo de ojo si fuera hipertensa conocida.
10. Urocultivo si existieran APP de pielonefritis.
11. Otros complementarios:
12. Interconsultas con Psicología, Estomatología, Nutrición y Genética.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ESPECIALES	EDAD GESTACIONAL
Electroforesis de Hemoglobina	A la captación
US Traslucencia Nucal	12-14 semanas
Alfa Feto proteína	15-17 semanas
Antígeno de superficie	15-19 semanas
Serología (realizar al esposo)	Consulta de Captación, Consulta 24 semanas (3er Trimestre)
VIH (realizar al esposo)	Consulta de Captación, Consulta 24 semanas (3er Trimestre)
US genética	22 semanas
US Cálculo de peso	34 semanas

Seguimiento de reconsultas

En el seguimiento de la gestante es importante tener en cuenta las siguientes tareas a ejecutar:

1. Escuchar todas las inquietudes de la gestante, así como las del esposo, la madre y la suegra.
2. Educarla en todos los aspectos higiénico-dietéticos de la gestación, el parto y el puerperio. Iniciar la educación sobre la lactancia materna. Dosificar en cada consulta qué aspecto del embarazo se va a explicar de acuerdo con su EG.

3. Valorar la presencia o no de infecciones vulvo-vaginales, lo que debe ser motivo de interrogatorio en cada consulta, porque en ocasiones las mujeres no lo declaran.
4. Valorar las 3 curvas de la atención prenatal: **de peso, de altura uterina y de tensión arterial (TA).**

Curva de peso

La educación de las gestantes debe comenzar desde su captación, y nuestro objetivo es lograr que todas aumenten de peso, pero de acuerdo con el índice de masa corporal. El aumento de peso no debe ser en forma brusca después de las 20 semanas de EG. Se considera que toda gestante debe aumentar como mínimo 8 kg de peso durante toda la gestación, aun aquéllas que tenían sobrepeso en el momento de la captación. Se aceptan como cifras totales entre 12 y 15 kg. El aumento de peso casi siempre comienza después del primer trimestre de la gestación, ya que en el primer período son frecuentes la anorexia, las náuseas y, en algunas ocasiones, los vómitos.

El aumento de peso fluctuará entre 1 y 2 kg cada mes, aproximadamente 0,5 kg por semana. Si dicho aumento es escaso, se corre el riesgo de obtener un recién nacido con bajo peso al nacer. Por el contrario, si es exagerado, estará presente el riesgo de macrosomía fetal o enfermedad hipertensiva del embarazo.

- **Ganancia de peso total:** Peso en consulta de término-Peso consulta inicial
- **Ganancia de peso parcial:** Peso en consulta-Peso en consulta inicial

Si la ganancia de peso es negativa valorar en IC de GO o nutrición la posibilidad de malnutrición materna o CIUR.

Curva de altura uterina

Aunque en esta medición pueden existir los errores propios de la técnica, también estarán presentes otros factores como la obesidad y el bajo peso materno. Por ello, es correcto que ante cualquier alteración en el incremento o decrecimiento de

la altura uterina, el médico realice una revisión de las posibilidades diagnósticas y precise con otros médicos o con los medios diagnósticos a su alcance, la posible evolución no satisfactoria de esa gestación.

El incremento normal de la altura uterina es de 1 cm/semana, a partir de las 14 semanas de EG. Una alteración de la altura uterina nos dará un signo de más o de menos.

Signo de más. Más de 2 cm por encima de la altura uterina normal para esa edad gestacional.⁵

En este caso existen las posibilidades diagnósticas siguientes:

1. Error de cuenta.
2. Obesidad.
3. Macrosomía fetal.
4. Gestación múltiple.
5. Polihidramnios.
6. Tumores y embarazo.
7. Mola hidatiforme.
8. Malformaciones fetales.

Signo de menos. Más de 2 cm por debajo de la altura uterina normal para esa edad gestacional. Las posibilidades diagnósticas pueden ser:

1. Error de cuenta.
2. Desnutrición materna.
3. Aborto retenido.
4. Muerte fetal.
5. CIUR.
6. Mola embrionada.
7. Malformaciones fetales.

⁵ Manual de técnicas y procedimientos obstétricos y perinatales, La Paz 2002

Para el diagnóstico de signo de menos es necesario emplear el diagnóstico ultrasonográfico para corroborar la presencia de latido cardíaco, el índice de líquido amniótico y el perfil de crecimiento. Con la ultrasonografía del programa realizada a las 20 semanas de EG, corroboramos el posible error de cuenta.

En todos estos diagnósticos (excepto en el caso de error de cuentas) se realizará un ingreso precoz para mejorar el estado nutricional de la paciente o determinar la conducta de interrupción de la gestación en el momento más adecuado para el binomio madre-hijo, si fuera necesario.

En casi todas estas entidades el útero se presenta irritable, el feto está apelotonado, y existe un incremento insuficiente del peso materno o decrecimiento.

Por estudio radiológico se podrán detectar los signos radiológicos de muerte fetal (halo pericraneal, encorvamiento de la columna vertebral, "feto nadador"; pero en la actualidad, la ultrasonografía ha desplazado este medio diagnóstico.

Curva de tensión arterial (TA)

Se denominan trastornos hipertensivos de la gestación a una variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial y que puede referirse a la TA sistólica, diastólica o a ambas.

Según la (OMS) existe hipertensión arterial cuando se comprueba una TA de 140/90 latidos/min o más, por 2 veces consecutivas, con intervalos de 6 horas.

En obstetricia también se considera que existe hipertensión arterial cuando existe un aumento de 30 mm de Hg o más de la TA sistólica y de 15 mm de Hg o más de la presión diastólica. Asimismo, hay hipertensión cuando la presión arterial media (PAM) es de 105 mm de Hg o más.

$$\text{PAM} = \frac{\text{TA sistólica} + 2 \text{ TA diastólica}}{3}$$

¿Cómo medir la TA?

Se realiza con un esfigmomanómetro de mercurio, en posición de pie. La paciente debe estar sentada, con el brazo derecho apoyado en la mesa en el cual se debe tomar. La persona que realiza la técnica también debe estar sentada.

A partir del tercer trimestre (28 semanas) la TA se tomará a la paciente en decúbito lateral supino, después de 5 min de estar en esta posición. Se insiste en que no debe haber fumado.

Instrumentos de trabajo para determinar Estrategias de mejora de los C.P.N.

- Ministerio de salud y deportes HCPB
- Centro Latino Americano de Perinatología, CLAP
- Regla de Fabre
- Seguimiento a las embarazadas
- Rastrillaje por barrios en busca de embarazadas
- Cuñas radiales y televisivas
- I.E.C. colegios de secundaria o mujeres en edad fértil
- Servicio de consejería
- Tríptico, afiches con relación a los riesgos del embarazo
- Las complicaciones del parto y posparto
- Riesgos de infecciones en la mujer embarazada

Para promover la salud de la mujer y del niño y el bienestar de la familia, contamos con los cuidados prenatales, con el objeto de minimizar o evitar los problemas que puedan amenazar la vida o la salud de la madre o del niño.

También es de gran valor el de desarrollar en la embarazada la absoluta confianza en sí misma y en el personal de salud para lograr el éxito en el control prenatal.

Para entender los cuidados prenatales revisaremos la palabra "natal", que se refiere al nacimiento y junto con el prefijo "pre", abarca todas las personas interesadas que habrán de dar apoyo y asegurar el nacimiento normal con un bebe saludable.

El periodo prenatal comprende el tiempo que transcurre desde el momento de la fecundación, el desarrollo del embrión y feto hasta el momento del inicio del nacimiento. Este normalmente dura de 37 a 40 semanas (9 meses), considerado como un embarazo "a término".

La evolución normal del embarazo depende de las condiciones de salud de la madre, el ambiente familiar, su nutrición, estado emocional y su situación socioeconómica.

Para el control prenatal sea eficaz, deberá ser: precoz (primer trimestre de embarazo), periódico, completo y extenso. Por esta razón es necesario vigilar (por lo menos 4 veces) la salud de la madre y el feto bajo los siguientes objetivos:

- Promover y mantener la salud de la madre y su feto.
- Asegurar que el feto se esté desarrollando y creciendo hasta alcanzar madurez al momento de nacer.
- Iniciar el control antes del quinto mes gestacional; en todo embarazo se deben realizar por lo menos 4 controles
- Detectar riesgos del embarazo, tratarlos y/o referirlos en forma oportuna y segura.
- Preparar a la pareja y la familia para el parto, puerperio y los cuidados del recién nacido, a través de orientaciones educativas.

Para lograr estos objetivos el personal de salud necesita saber más de la salud de la familia y de su modo de vivir. Estos detalles conforman la “Historia Clínica Perinatal Base”⁷.



HISTORIA CLINICA PERINATAL.-

Los datos obtenidos en el control prenatal se deben registrar en una H.C.P.B., la cual ha sido desarrollada por el Centro Latino Americano de Perinatología, CLAP, que reúne en una sola hoja los datos indispensables para la planificación de la atención del embarazo, parto, puerperio y el recién nacido. El listado de las preguntas constituye un recordatorio para miembros del equipo de salud, ayuda para el cumplimiento de las normas y la auditoría. Una copia de la H.C.P.B. se presenta a continuación

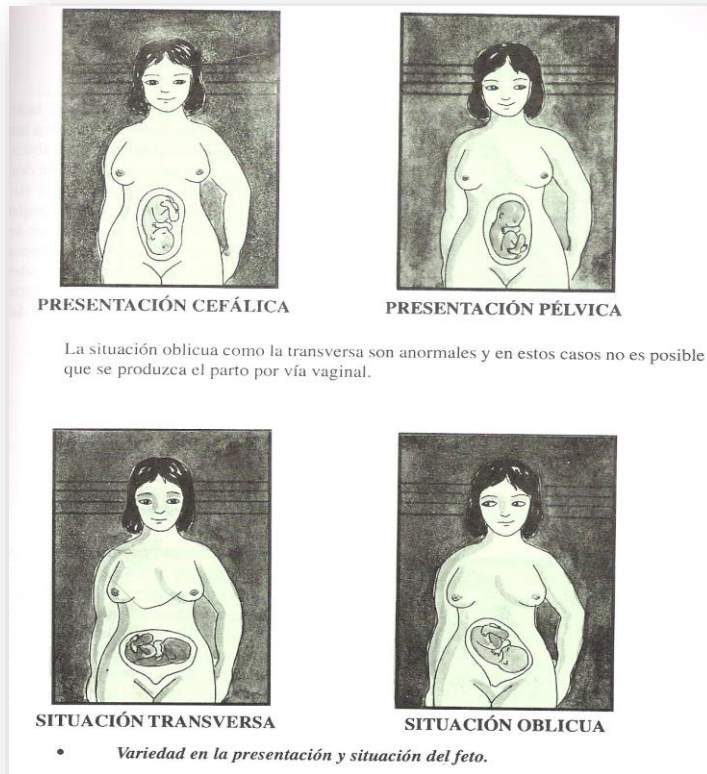
Esta historia cuenta con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal; en los casilleros correspondientes a las respuestas que indica riesgo están coloreadas. De esta manera el equipo de salud puede obtener información sobre la situación perinatal, las características de la población asistida y la calidad de la atención brindada; así como elementos indispensables para la toma de decisiones y acciones a realizar.

⁷ Manual de Normas y Procedimientos en Atención a los Controles Prenatales (MSD) 2010

CALIDAD

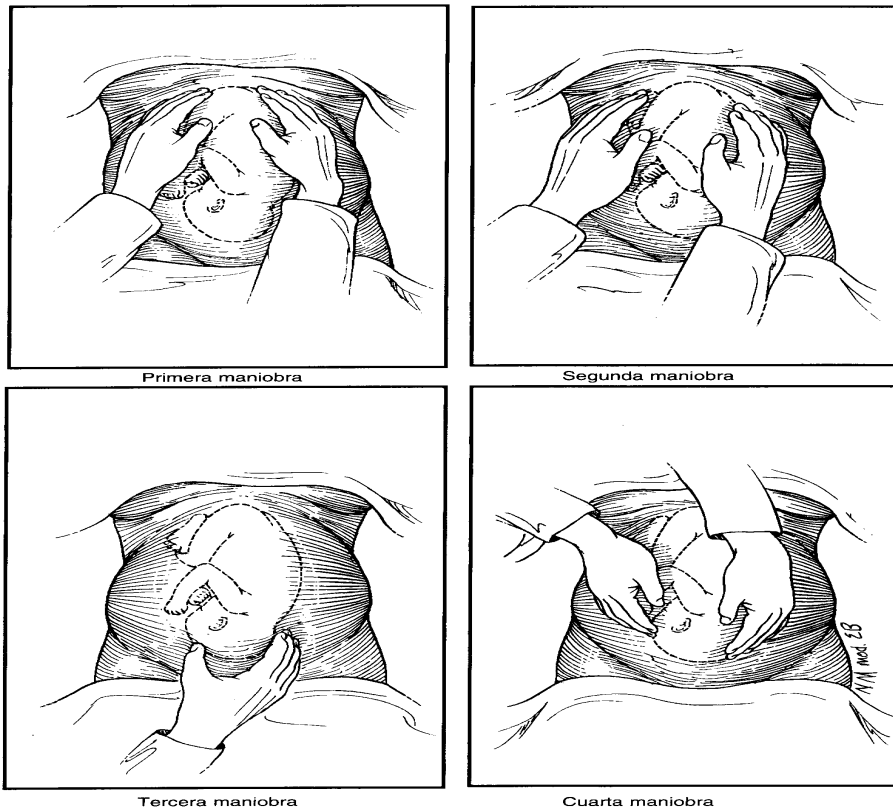
Es conveniente que la embarazada reciba, en la primera visita al control, una tarjeta o carnet copia de la H.C.P.B., para llevarlo consigo cada vez que concurra a control prenatal o parto. Con esta medida se obtiene la información que se requiere para conocer la evolución del embarazo, cuando la mujer debe ser atendida en su próximo control o en otro servicio de salud. Una copia del carnet perinatal se muestra a continuación

- Examen abdominal.- Este examen se logra a través de la inspección, palpación y auscultación (maniobras de Leopold).
- Situación de Feto.- Medida que el feto crece se va acomodando a la pelvis de la madre. En condiciones normales, el feto se sitúa en forma longitudinal en relación al eje de la madre, tanto en la presentación cefálica, como pélvica. Cuando ocurre un desvío hacia la derecha o a la izquierda en presentación de la cabeza del feto, este está situado en forma oblicua, también puede encontrarse el feto en una situación transversa cuando se coloca en forma perpendicular a la madre.



Variedad en la presentación y situación del feto.

- Las cuatro maniobras de Leopold se realizan en la embarazada una vez que el tamaño del útero permite distinguir por la palpación las partes fetales, para determinar la presentación y situación del feto. Antes de comenzar el examen, la mujer debe tener las rodillas flexionadas y la vejiga vacía.⁵



Para obtener una medida veraz del fondo uterino se deben tomar en cuenta las siguientes precauciones:

- La mujer debe tener la vejiga vacía.
- La mujer debe estar con las rodillas ligeramente flexionadas.
- Se recomienda que ante una mujer con retardo en el crecimiento uterino, sea siempre la misma persona la que efectuó las mediciones de altura uterina.

El útero debe ser medido tan pronto como pueda ser palpado a través del abdomen. Se debe evaluar el crecimiento del feto y compararlo con las semanas de gestación. Se usa la cinta métrica y se mide desde la sínfisis del pubis a la altura del fondo uterino, tomando en cuenta la curvatura del mismo.

Entre 20 y 36 semanas de gestación se espera que el crecimiento sea un centímetro por semana. Por ejemplo, el útero de una mujer con un embarazo de 29 semanas debe medir 29 cm.

Es importante que se utilice el mismo método de medición de altura uterina durante los controles prenatales.

El dato obtenido se debe relacionar con la edad del embarazo de acuerdo a la fecha del último periodo menstrual.

f. ¿Cómo se calcula la fecha probable del parto?

- Regla de Fabre.- Hay variaciones en la duración del embarazo, por ello es difícil dar una fecha precisa para el parto. Sin embargo, por mucho tiempo se viene utilizando métodos como la regla de Fabre, que consiste en contar hacia atrás 3 meses calendario desde el último día del periodo menstrual y aumentar 10 días. Por ejemplo, si la fecha del último día de la menstruación (F.U.M.) comenzó el 2 de junio, contaríamos hacia atrás 3 meses llegando al 2 de marzo, más los 10 días, la fecha probable de parto sería el 12 de marzo.

El Control Prenatal debe reunir obligatoriamente las siguientes características:

PREVIO: Debe iniciarse lo más pronto posible, tan pronto como la madre sabe que está gestando.

PERIÓDICO: Debe ser periódico y repetitivo. En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser:

- Hasta las 28 semanas de gestación: **mensuales**
- Desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación: **quincenales**
- A partir de las 36 semanas hasta el parto: **semanales**

En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalo de tiempo entre cada control, siguiendo el criterio del médico.

COMPLETO: Debe ser completo, es decir debe tomar en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada:

- Examen general de la gestante.
- Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto.
- Atención nutricional: Aporte de hierro, otros oligoelementos y vitaminas
- Atención odontológica.
- Atención sobre inmunizaciones: Rubéola, Tétanos, Varicela, etc.
- Atención en su salud mental.
- Atención social y visitas domiciliarias, si es que lo necesita.
- Educación para la salud, y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo.

VIII.- HIPOTESIS

El Centro de Salud El Sena está realizando la atención con Calidad y Calidez a las mujeres que realizan su Control Prenatal y Parto institucional; llegando a cumplir las normativas y procedimientos de controles prenatales de calidad.

IX.- VARIABLES:

IX.I VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad del manejo en control prenatal con nexo de los partos institucionales.

Si implementamos medidas estrategias que generen mayor afluencia en los controles prenatales de mujeres embarazadas como:

- Barrido casa por casa para la captación de mujeres embarazadas
- La orientación e información a Mujeres sin C.P.N.

IX.I.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Se podrá Mejorar la calidad de atención de los controles prenatales para llegar a todos los partos institucionales.

IX.I.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala
Grado de atención de calidad de C.P.N. y partos institucionales	Estándares de calidad	Numero de C.P.N. x 100 sobre la pob. de embarazos esperados y N° de partos institucionales	< 5to mes >Del 5to mes 4to C.P.N y partos institucionales en servicio
Captación de mujeres embarazadas	A mujeres embarazadas sin control prenatal. A mujeres con control prenatal irregulares.	Número de mujeres embarazadas sin control prenatal	Nuevas antes del 5to mes Nuevas después del 5to mes.
Educación	a mujeres embarazadas y pareja.	Grado de conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio.	Conocen No Conocen
calidad de atención	mujeres embarazadas que realizan su control prenatal	número de controles prenatales según edad gestacional	Bueno Regular Malo

CAPITULO III

X.- DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

RETROSPECTIVO.- Porque se tomaran datos de la gestión 2011, revisión de los formularios del SNIS número 301 que acuden al Centro de Salud del Sena, también es descriptivo, analítico.

UNIVERSO O POBLACIÓN DE REFERENCIA.

Mujeres con embarazos esperados que asigno el SNIS durante la gestión 2011 al Centro de Salud El Sena, Siendo este centro de referencia de las comunidades y sectores que se encuentra a su alrededor.

- 77 mujeres embarazadas, población asignada.

MUESTRA O POBLACIÓN DE ESTUDIO.

De las 77 mujeres embarazadas que asigno el SNIS en la gestión 2011 se realiza una muestra representativa al 30% que nos da un resultado de 23 mujeres embarazadas, a las cuales se realiza la encuesta.

FASES O PASOS METODOLÓGICOS.

Fase I. Solicitudes de autorizaciones correspondientes.

Actividad 1. Elaboración y presentación de una carta de permiso a las instancias correspondientes de las direcciones del centro de salud, para conformidad.

Actividad 2. Presentación del proyecto al personal del servicio.

Fase II. Diagnóstico de entrada.

Actividad 3. Recolección de datos de la mujer gestantes.⁸

⁸ Texto de metodología de la investigación, Publicación de la OPS/OMS 1994

Fase III. Elaboración y desarrollo de la propuesta de mejora o intervención.

Proponer la creación de salud publica hospitalaria para un mejor seguimiento con el personal de enfermería a la mujer gestante.

Fase IV. Elaboración de un diagnostico final.

Se debe considerar la ética profesional del personal de enfermería, como criterio para mejorar en la calidad de atención en los C.P.N. personal desmotivado falta de relaciones humanas, debemos romper el hielo a base de Iniciativa, falta de una dirección ejecutiva y normativa, con criterio de superación y liderazgo

Fase V. Socialización de los resultados.

Se socializara el trabajo de investigación a todo el centro de salud el Sena, una vez defendido.

CAPITULO IV

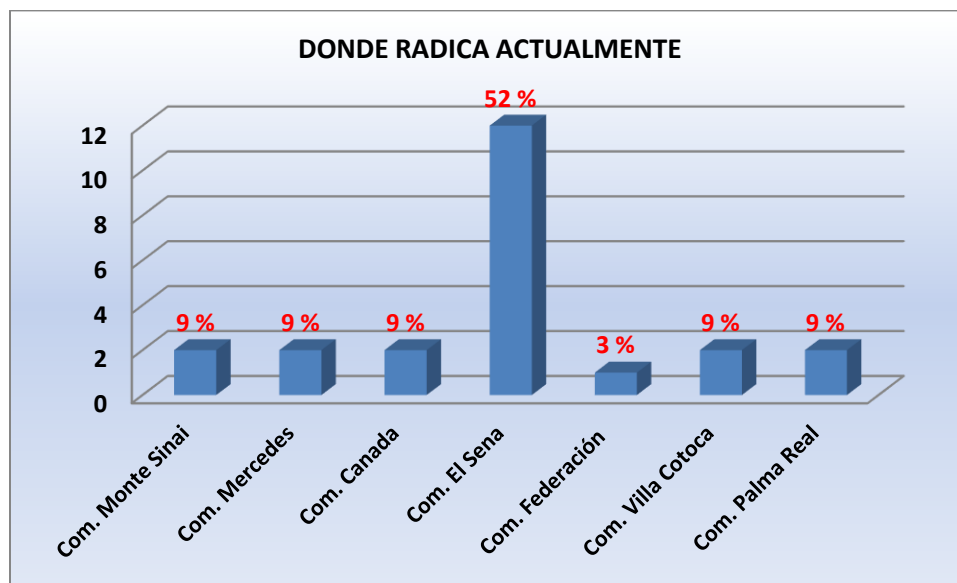
XI. - ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

1.- DONDE RADICA ACTUALMENTE

CUADRO 1

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
Com. Monte Sinai	2	9%
Com. Mercedes	2	9%
Com. Canada	2	9%
Com. El Sena	12	52%
Com. Federación	1	3%
Com. Villa Cotoca	2	9%
com. Palma Real	2	9%
TOTAL	23	100%

FUENTE: elaboración propia centro de salud el Sena

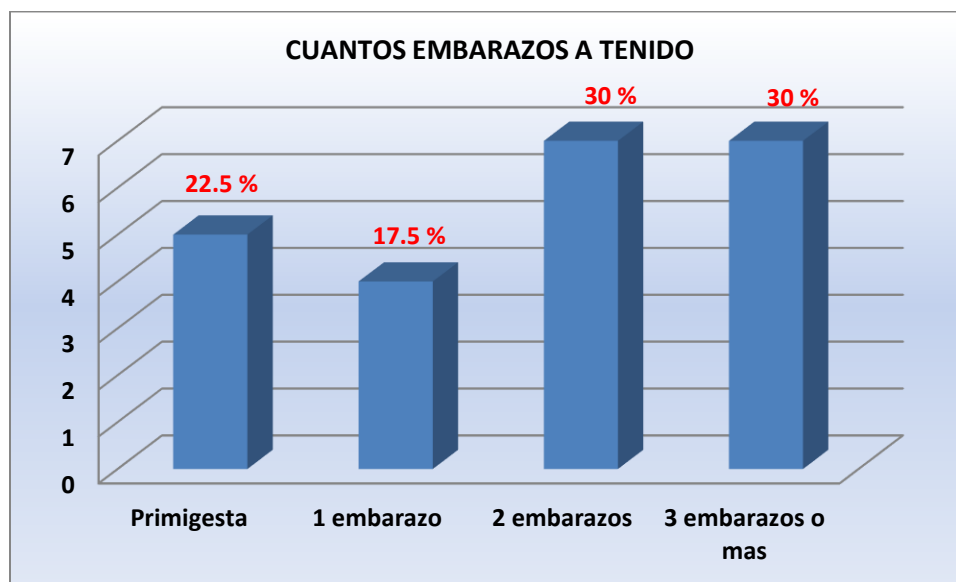


INTERPRETACION: De las 23 personas encuestadas, 12 personas radican en la comunidad el Sena con un 52%, 11 en las comunidades alejadas con un 48%. (Representadas gráficamente por comunidades separadas).

2.- CUANTOS EMBARAZOS A TENIDO

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
Primigesta	5	22.5%
un embarazo	4	17.5%
dos embarazo	7	30%
tres embarazos o mas	7	30%
TOTAL	23	100%

FUENTE: elaboración propia centro de salud el Sena

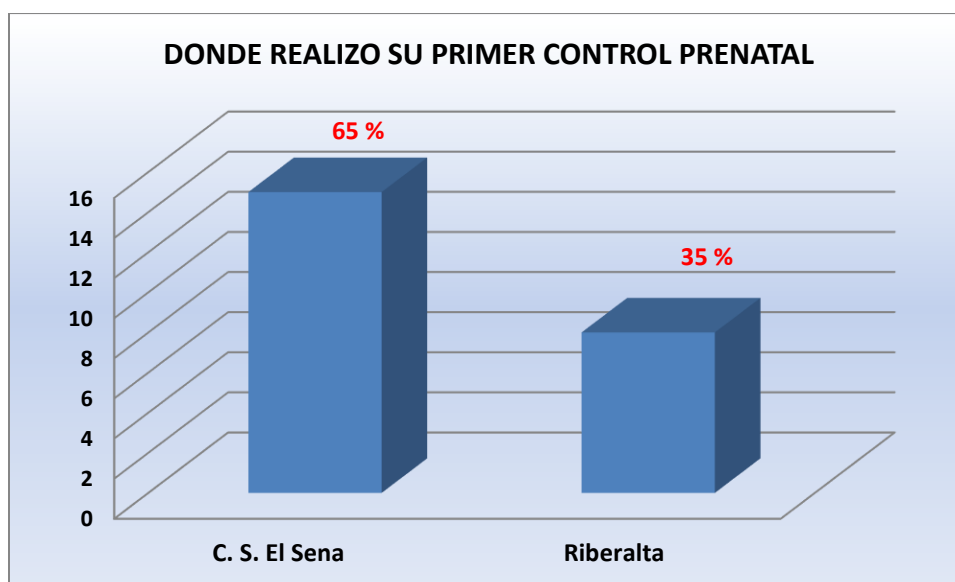


INTERPRETACION: De las 23 personas encuestadas, 7 personas han tenido 2 o más embarazos con un 60%, 5 personas que tienen su primer embarazo con un 22.5%, y 4 mujeres con un embarazo 17.5%.

3.- DONDE REALIZO SU PRIMER CONTROL PRENATAL

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
centro de salud el Sena	15	65%
Riberalta	8	35%
TOTAL	23	100%

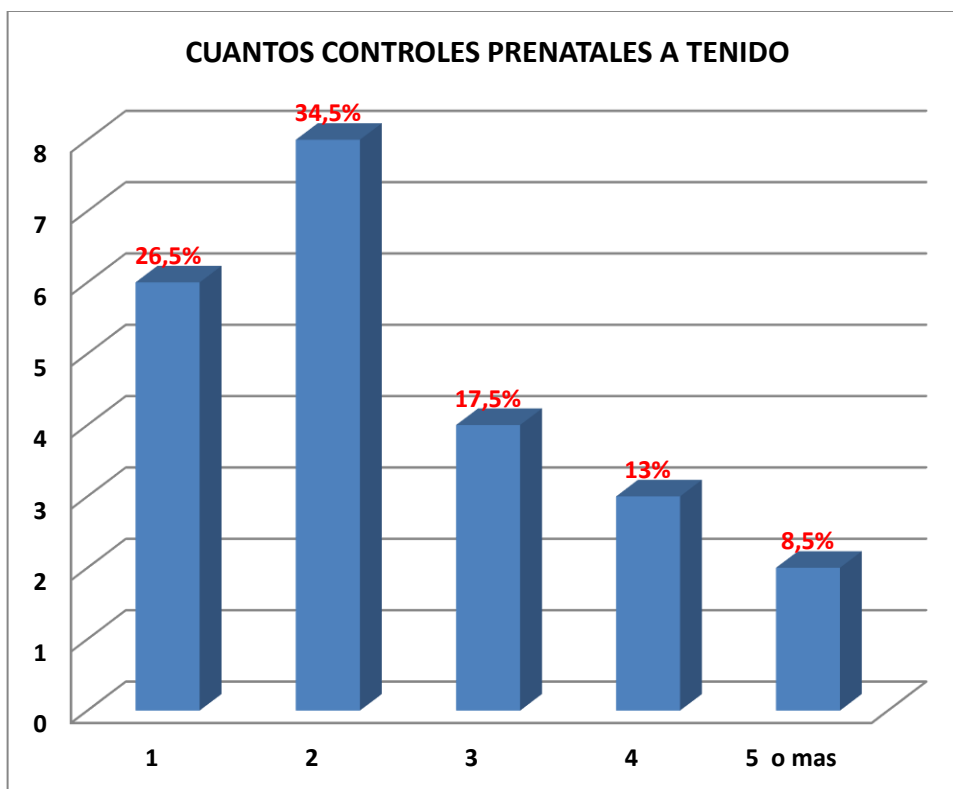
FUENTE: elaboración propia centro de salud el Sena



INTERPRETACIÓN: De las 23 personas encuestadas, 15 personas realizaron su primer control prenatal en el centro de salud el Sena con un 65% y 8 mujeres realizaron en Riberalta con un 35%.

4.- CUANTOS CONTROLES PRENATALES A TENIDO

Controles	Cantidad	Porcentaje	Edad Gestacional
1	6	26,5%	8 a 12 sem. - 1 13 a 20 sem. - 3 21 a 28 sem. - 2
2	8	34,5%	12 a 16 sem. - 3 17 a 22 sem. - 4 23 a 28 sem. - 1
3	4	17,5%	16 a 20 sem. - 1 21 a 25 sem. - 3
4	3	13,0%	18 a 22 sem. - 1 23 a 28 sem. - 2
5 o mas	2	8,5%	30 a 34 sem. - 2

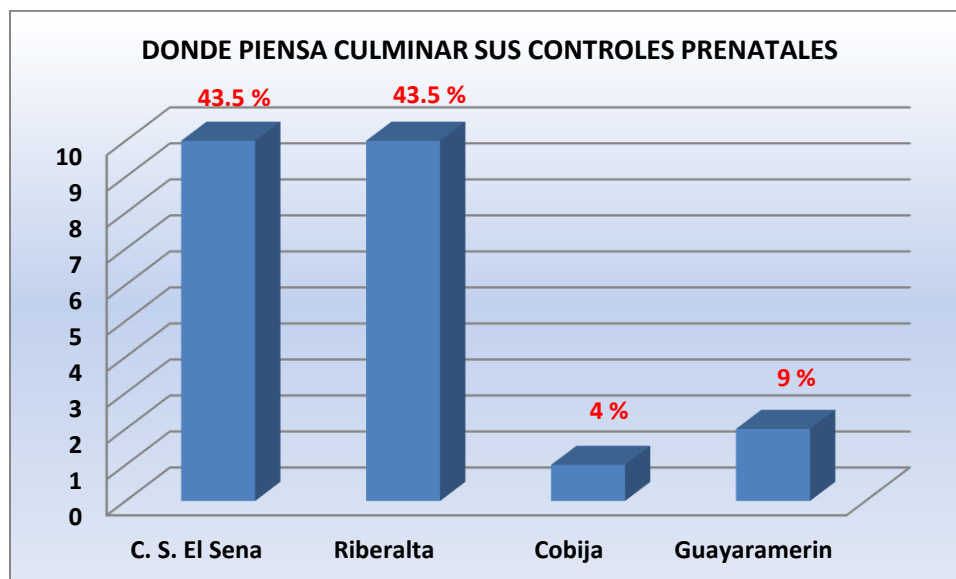


INTERPRETACION: De las 23 personas encuestadas, 8 mujeres encuestadas tienen 2 C.P.N con un 34.5%, 6 mujeres encuestadas tienen 1 C.P.N con un 26.5%, 4 mujeres encuestadas tienen 3 C.P.N con un 17.5%, 3 mujeres tienen 4 C.P.N con un 13%, 2 mujeres tienen 5 o más C.P.N con un 8.5%

5.- DONDE PIENSA CULMINAR SUS CONTROLES PRENATALES

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
Centro de Salud el Sena	10	43.5%
Riberalta	10	43.5%
Cobija	1	4%
Guayaramerin	2	9%
TOTAL	23	100%

FUENTE: elaboración propia centro de salud el Sena

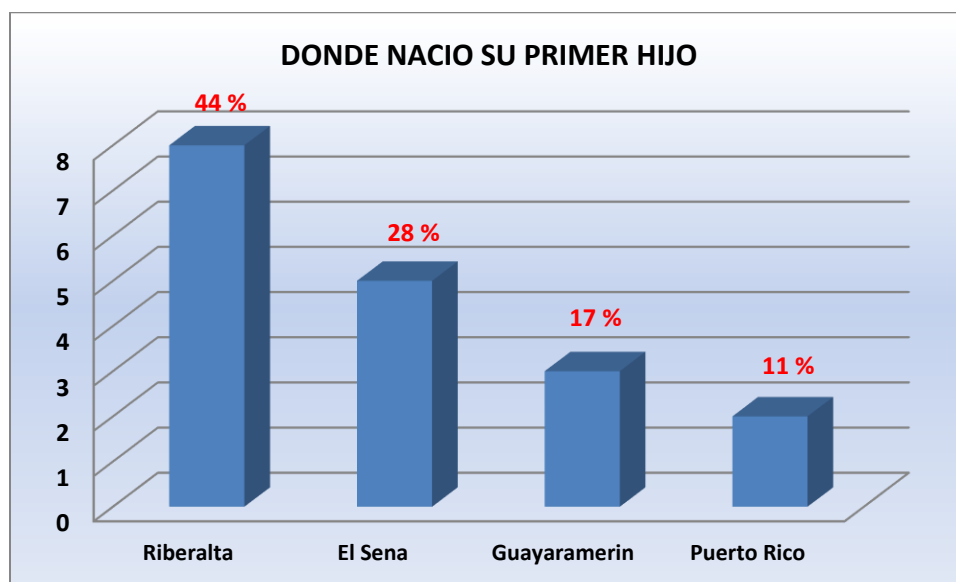


INTERPRETACION: De las 23 personas encuestadas, 10 mujeres piensan culminar su control prenatal en el centro de salud el Sena con un 43.5%, 10 mujeres en Riberalta con un 43.5%, 2 mujeres en guayaramerin con un 9% y 1 mujer en cobija con un 4%.

6.- DONDE A NACIDO SU PRIMER HIJO

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
En riberalta	8	44%
En el sena	5	28%
En guayaramerin	3	17%
En Puerto Rico	2	11%
TOTAL	18	100%

FUENTE: elaboración propia centro de salud el Sena

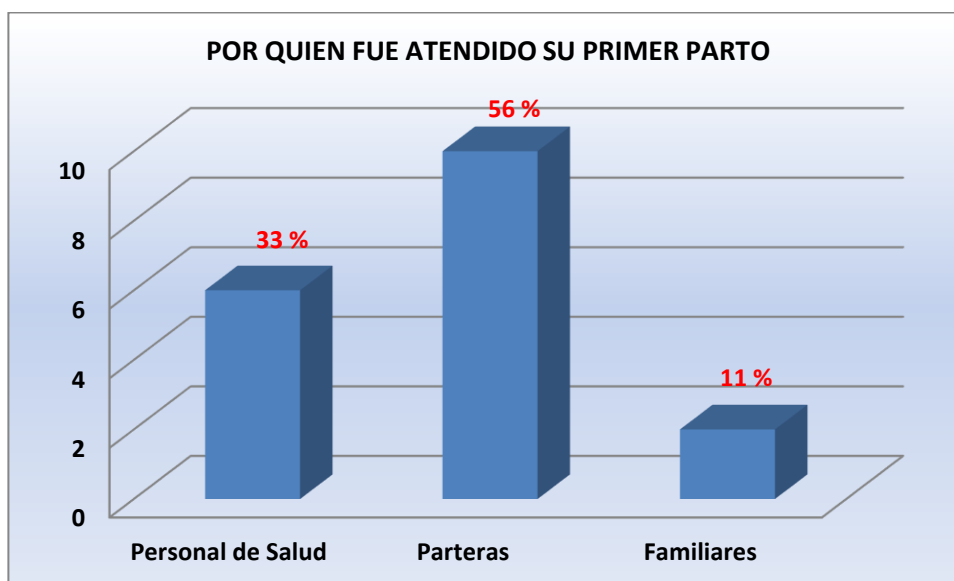


INTERPRETACION: De las 23 personas encuestadas, para esta pregunta solo se han tomado la respuesta de 18 mujeres que ya anteriormente han tenido un embarazo. 8 mujeres tuvieron su primer hijo en riberalta con un 44%, 5 en el Sena con un 28%, 3 en guayaramerin con un 17% y 2 en puerto rico con un 11%.

7.- SU PRIMER PARTO FUE ATENDIDO POR QUIEN

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
Personal de Salud	6	33%
Parteras	10	56%
Familiares	2	11%
TOTAL	18	100%

FUENTE: elaboración propia centro de salud el Sena

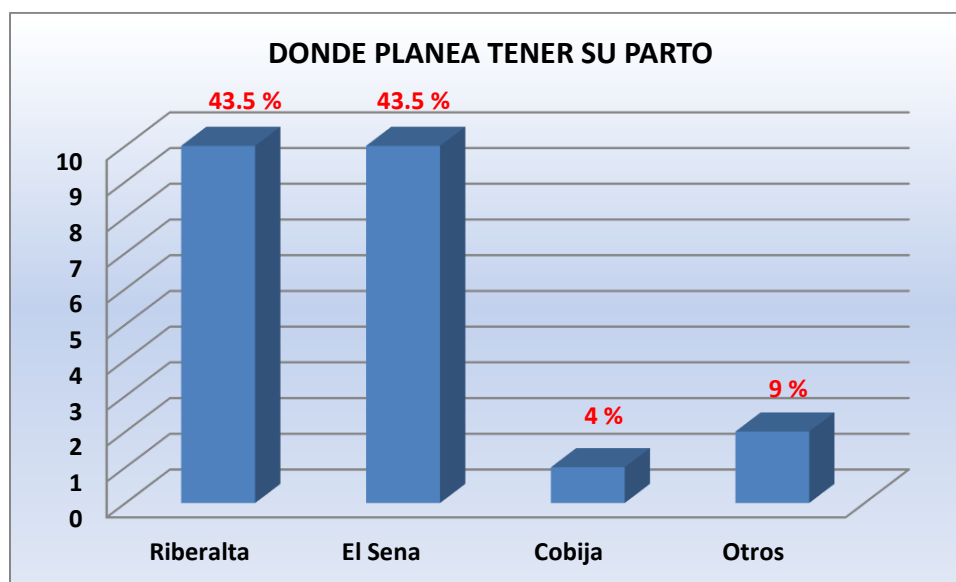


INTERPRETACION: De las 23 personas encuestadas, para esta pregunta solo se han tomado la respuesta de 18 mujeres que ya anteriormente han tenido un parto. 10 mujeres fueron atendidos su primer parto por parteras con un 56%, 6 por el personal de salud con un 33% y 2 fueron atendidos por sus familiares con un 11%.

8.- DONDE PLANEA TENER SU PARTO

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
En riberalta	10	43.5%
En el sena	10	43.5%
En Cobija	1	4%
Otros	2	9%
TOTAL	23	100%

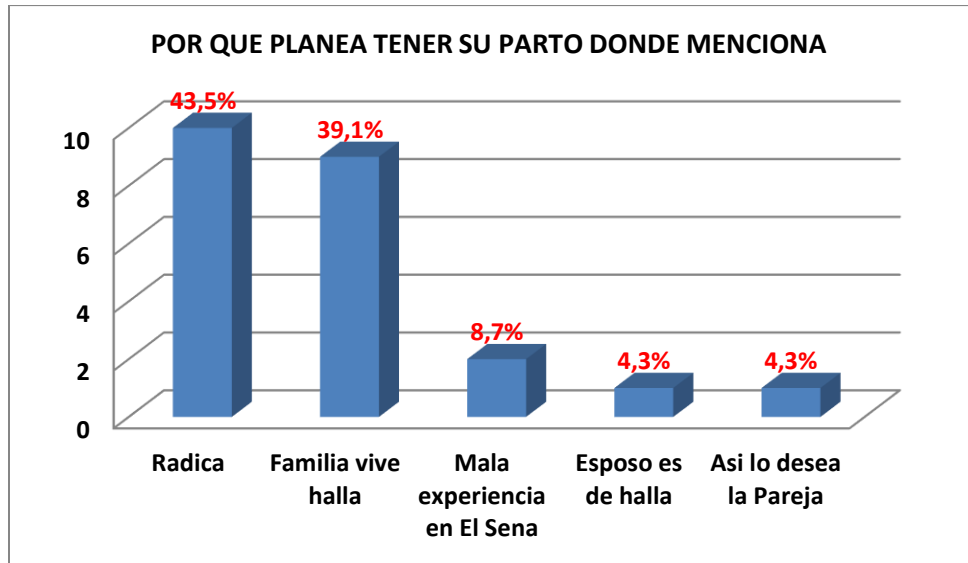
FUENTE: elaboración propia centro de salud el Sena



INTERPRETACION: De las 23 personas encuestadas, 10 mujeres encuestadas planean tener su parto en Riberalta con un 43.5%, 10 mujeres encuestadas en el Sena con un 43.5%, 2 en otros lugares con un 9%, 1 en Cobija con un 4%.

9.- POR QUE PLANEA TENER SU PARTO DONDE MENCIONA

Por Que	Cantidad	Porcentaje
Radica	10	43,5%
Familia vive halla	9	39,1%
Mala experiencia en El Sena	2	8,7%
Esposo es de halla	1	4,3%
Así lo desea la Pareja	1	4,3%

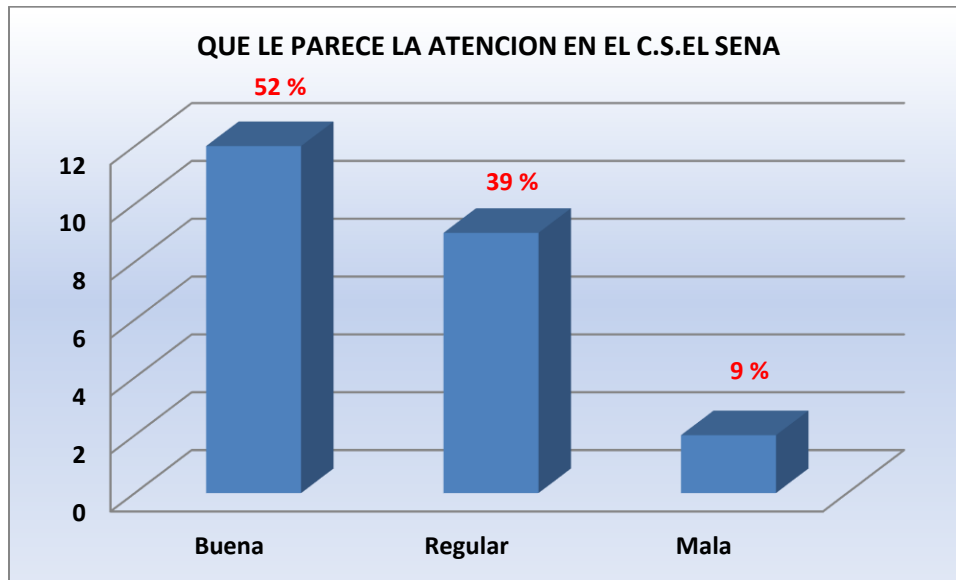


INTERPRETACION: De las 23 mujeres encuestadas, 10 mujeres respondieron que planea su parto porque en ese lugar radica con un 43.5%, 9 respondieron porque su familia vive en ese lugar con un 39.1%, 2 respondieron por mala experiencia que tuvieron en el Centro de Salud el Sena con un 8.7%, 1 mujer respondió por que el esposo es de ese lugar con un 4.3%, 1 mujer respondió que así lo decidió la pareja con un 4.3%.

10.- QUE LE PARECE LA ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD DEL SENA

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
Buena	12	52%
Regular	9	39%
Mala	2	9%
TOTAL	23	100%

FUENTE: elaboración propia centro de salud el Sena

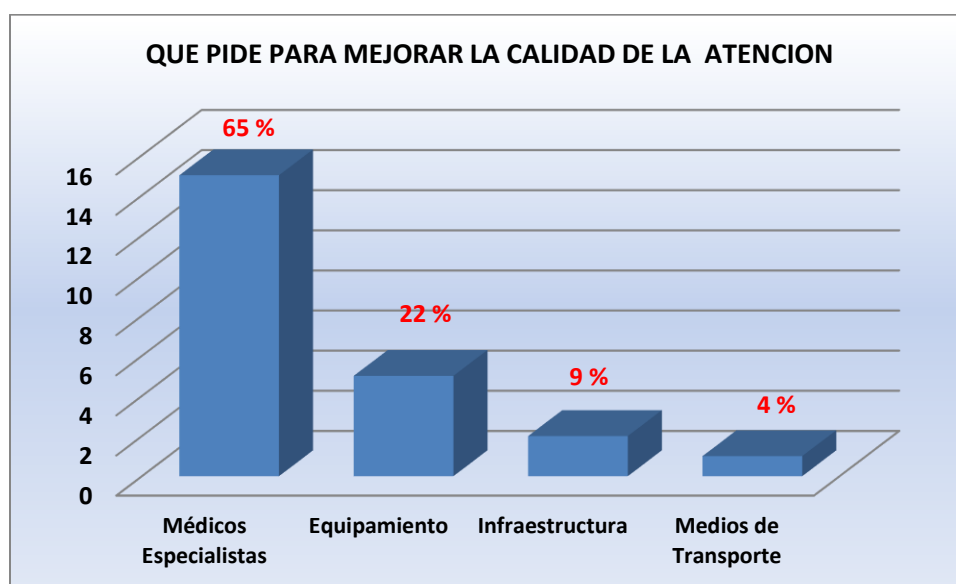


INTERPRETACION: De las 23 personas encuestadas, 12 personas les parece que la atención en el Centro de Salud es Buena con un 52%, 9 personas indican que las atención es Regular con un 39% y 2 personas indican que la atención es mala con un 9%.

11.- QUE LE PEDIRIA A LAS AUTORIDADES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION DEL CENTRO DE SALUD DEL SENA

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
Médicos Especialistas	15	65%
Equipamiento	5	22%
Infraestructura	2	9%
Medios De Transporte	1	4%
TOTAL	23	100%

FUENTE: elaboración propia centro de salud el Sena



INTERPRETACION: De las 23 personas encuestadas, 15 personas les pedirían a las autoridades médicos especialistas con un 65%, 5 personas le pedirían equipamiento con un 22%, 2 le pedirían infraestructura con un 9% y 1 le pediría medio de transporte con un 4%.

XII.- CONCLUSIONES.-

Primeramente indicar que los datos de número poblacional que se trabaja en este municipio no son los que puedan dar datos específicos de la problemática de cualquier índole en salud, puesto que se toma como referencia número de habitantes del censo 2001, a lo cual se estima un considerable crecimiento poblacional en este municipio. Tomando en cuenta la migración de personas en tiempos de zafras de almendra, donde hay mujeres en gestación.

Por lo tanto se descarta la hipótesis formulada en este trabajo por los siguientes factores:

- La falta de personal en el Centro de Salud el Sena es un factor por el cual se pierde la calidad de atención en los C.P.N.
- Deficit de conocimiento por parte del personal de salud en la atención integral a la mujer embarazada y su familia.
- Deficiente llenado de la H.C.P.B por parte del personal del Centro de Salud.
- Mala organización de las Historias Clínicas por parte del personal de enfermería y duplicidad de las mismas.
- Falta de promoción en salud y orientación a mujeres gestantes, en especial a primigesta, considerando que son mujeres que comprenden entre las edades de 13 - 17 años.
- El personal de salud no hace seguimiento a mujeres embarazadas con controles prenatales irregulares
- La falta de búsqueda activa y captación de mujeres gestantes sin C.P.N por parte del personal de salud.
- Escasas salidas a las comunidades en el Municipio El Sena.
- Falta de medios informativos para establecer el prestigio del Centro de Salud El Sena y recuperar la confianza de las mujeres gestantes.
- Falta de servicios especializados en este caso de Ginecología Obstetra y Pediatría.

- Deficit de conocimiento en las mujeres embarazadas sobre los riesgos de partos domiciliarios.

XIII.- RECOMENDACIONES

En respuesta a estos problemas que se presentan en el Centro de Salud El Sena se recomienda que:

- El municipio juntamente con el SEDES- PANDO deben de ver las posibilidades de incrementar personal de salud, Medicos, Lic. Enfermeria, Aux. de Enfermeria, esto avanse mejoraria notablemente la calidad de atencion del Centro de Salud El Sena.
- El SEDES-PANDO debe programar capacitaciones y reciclajes en tmas de atencion a la mujer embarazada, pues esto ayudaria en el manejo adecuado en los C.P.N, y dichas capacitaciones sugiero que se lleven a cabo en el municipio para que todos puedan asistir.
- En las capacitaciones se debe conciderar la parte practica en el llenado de las H.C.P.B, y estas ser evaluadas para detectar y fortalecer sus debilidades.
- En el Centro de Salud el Sena se debe ponerse de acuerdo y determinar si las Historias Clinicas iran adjuntas a als carpetas familiares (SAFCI) o aparte; esto para tener una buena organizacion y evitar las duplicidades.
- La promocion de salud se la puede hacer atravez de ferias educativas periodicas y continuas. asi de esa forma se podra orientar a las mujeres gestantes y no gestantes sobre la importancia del C.P.N, como tambien se la debe realizar en todas las comunides del municipio.
- Atravez de las H.C.P.B duplicadas que quedan en el centro de salud, es que el personal de salud deberia organizar un seguimiento y revision de mujeres gestantes que no asisten regularmente a sus C.P.N.
- El personal de salud debe programar busquedas activa de mujeres gestantes sin C.P.N. a traves de visitas domiciliarias, referencias de

comunarios o sospecha, hasta lograr con su captacion y asegurarla al SUMI e iniciar el respectivo C.P.N.

- El centro de salud en coordinacion con la H.A.M deben programar salidas periodicas a las comunidades de el municipio para que puedan brindar una atencion integral a la mujer embarazada y su familia.
- El Centro de Salud El Sena juntamente con las autoridades del Municipio deben de proyectar una revista informativa en Salud del Municipio, esto con el objetivo de informar, promocionar, educar, dar a conocer sus derechos y conoscan el personal de Salud que componen el equipo de su Centro.
- El municipio el Sena a traves del DILOS deben gestionar proyectos que conlleven a una implementacion de un Hospital de 2do nivel que cuenten con las cuatro especialidades impresindibles, en especial GINECO – OBSTETRA Y PEDIATRA para la atencion binomio madre – hijo.
- Implementar la disponibilidad acceso y uso de cuidados obstetricos de emergencias (COEm) basico y en un futuro completo.
- Concienciar a traves de los talleres, ferias, charlas educactivas y visitas domiciliarias, a todas las mujeres embarazadas sobre el riesgo y complicacion que corren ella y su hijo en caso de tener un parto Domiciliario.

XIV.-CRONOGRAMA.-

Logística			Meses											
Actividades	Responsable	Recursos	FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO		
Actividades 1 Elab. Carta	Interna Griselda	Rota folios												
Actividad 2 Socialización personal	Interna Griselda	Medios magnéticos												
Actividad 3 seguimiento a base de encuestas a mujeres embarazadas	Interna Griselda	Rota folios y Papelógrafo												
Actividad 4 Elaboración de la encuesta	Interna Griselda	Papelógrafo												
Actividad 5 Elaboración de las graficas	Interna Griselda	Material de escritorio y computadora												
Actividad 6 Presentación del trabajo a la docente para su revisión	Interna Griselda	Material de escritorio y computadora												
Actividad 7 Impresión del trabajo y elaboración de presentación en power point para la defensa	Interna Griselda	Material de escritorio y computadora												

XV.-BIBLIOGRAFÍA

- UGALDE, Miguel, **MANUAL DE TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS Y PERINATALES**, La Paz 2002.
- PASTEN, Wilfredo, **MANUAL DE SSSRO**, Bolivia La Paz , 2007
- PAREDEZ, Marco A, **MANUAL DE MEDICINA INTERNA**, La Paz, 2006
- SCHWARES, Ricardo, **OBSTETRICIA**, 1 Edición, 2007.
- FORMULARIOS DEL SNIS 301 GESTION 2011
- EVALUACION DE ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DE LOS CUIDADOS OBSTETRICOS DE EMERGENCIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE CABECERA DE RED DE SERVICIOS GESTION 2008
- TEXTO DE METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, PUBLICACION DE LA OPS/ OMS 1994.
- GEOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO PANDO SEGUNDA EDICION GESTION 1998.
- PAG. WEB WWW.GOOGLE.IMAGENES.COM

ANEXOS

ENCUESTA DIRIGIDA A MUJERES GESTANTES

1.- DONDE RADICA ACTUALMENTE

R.-

2.- CUANTOS EMBARAZOS A TENIDO

R.- A.- Primigesta B.- un embarazo C.- dos embarazo
D.- tres embarazos o mas

3.- DONDE REALIZO SU PRIMER CONTROL PRENATAL

R.-

4.- CUANTOS C.P.N HA TENIDO ? Cuantas semanas de gestación tiene

R.- A.- 1 B.- 2 C.- 3
D.- 4 C.- 5 o más

5.- DONDE PIENSA CULMINAR SUS CONTROLES PRENATALES

R.-

6.- DONDE A NACIDO SU PRIMER HIJO

R.-

7.- SU PRIMER PARTO FUE ATENDIDO POR QUIEN

R.-

A.- Personal de Salud
B.- Parteras
C.- Familiares
D.- Otros

8.- DONDE PLANEA TENER SU PARTO

R.-

9.- PORQUE PLANEA TENER SU PARTO DONDE MENCIONA?

R.-

10.- QUE LE PARECE LA ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD DEL SENA

R.- A.- BUENA B.- REGULAR C.- MALA

11.- QUE LE PEDIRIA A LAS AUTORIDADES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION DEL CENTRO DE SALUD DEL SENA

R.-

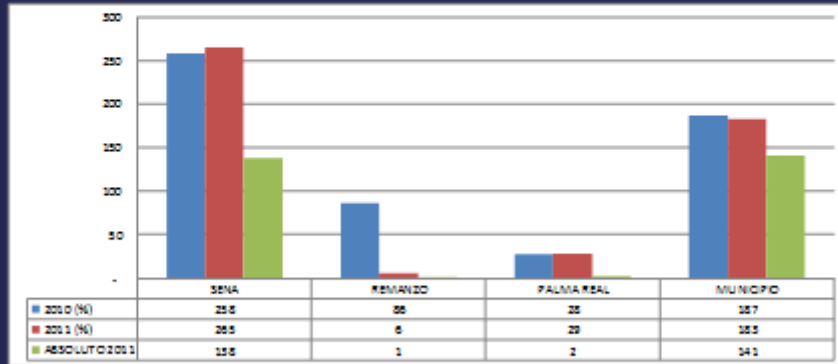
A.- Médicos Especialistas
B.- Equipamiento
C.- Infraestructura
C.- Medios De Transporte

DATOS OBTENIDOS SEGÚN EL CAI EN LA GESTIÓN 2011

ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE CONTROL PRENATAL ANTES DEL 5to MES

POBLACIÓN 2011: 77

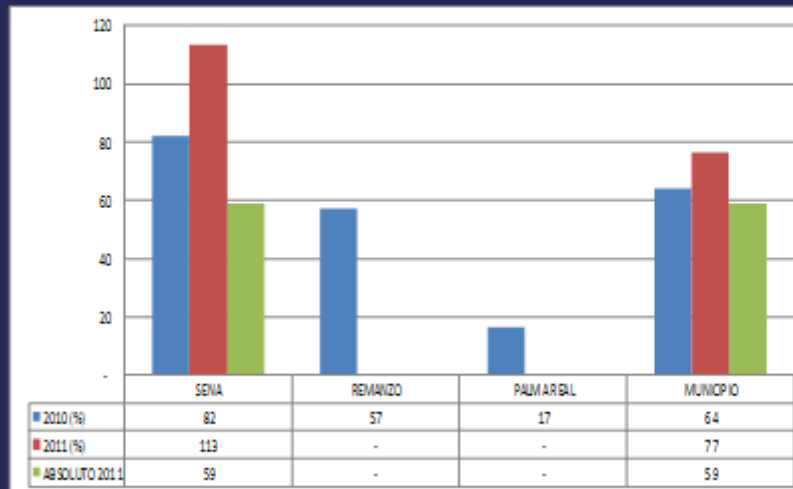
POBLACIÓN 2010: 75



ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE GESTANTE CONTROL PRENATAL DESPUES DEL 5to MES

POBLACIÓN 2011: 77

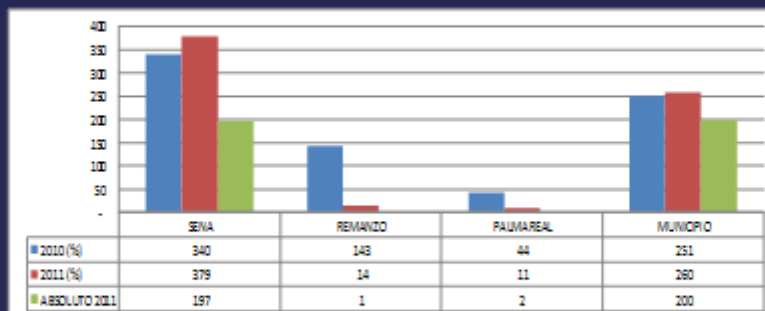
POBLACIÓN 2010: 75



ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE 1er CONTROL PRENATAL

POBLACIÓN 2011: 77

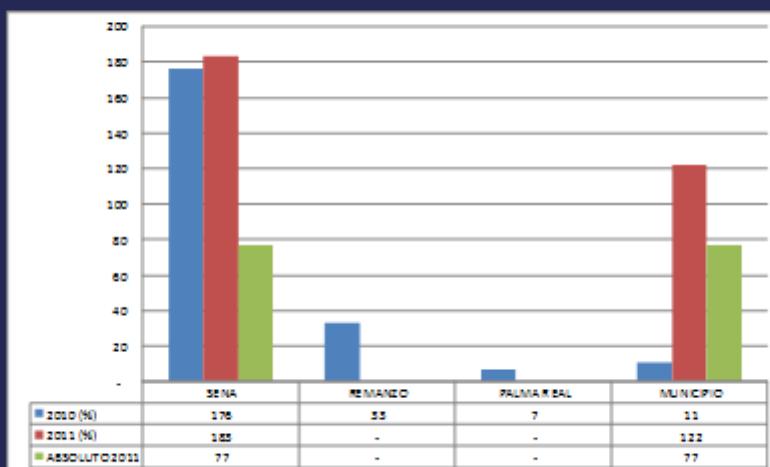
POBLACIÓN 2010: 75



ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE 4to CONTROL PRENATAL

POBLACIÓN 2011: 63

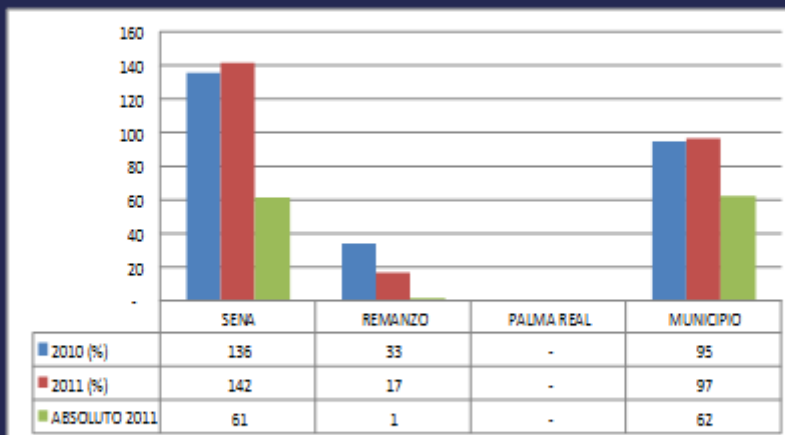
POBLACIÓN 2010: 61



**ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE
COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL**

POBLACIÓN 2011: 64

POBLACIÓN 2010: 62



CENTRO DE SALUD ANTIGUO



CENTRO DE SALUD ACTUAL



REALIZANDO ENCUESTAS A MUJERES GESTANTES





REALIZANDO CHARLAS EDUCATIVAS



REALIZANDO ATENCION AL RECIEN NACIDO



CAPTACION DE MUJERES EMBARAZADAS SIN CONTROL PRENATAL

