

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO**  
**AREA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**



EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCION EN CONTROL PRENATAL MUJERES  
GESTANTES QUE LLEGAN CON 4to CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO  
DE SALUD GONZALO MORENO DE LA GESTION 2011

**DOCENTE:** LIC. ERCILIA LLANOS

**INTERNA:** JEAQUELINE CLAURE ENDARA

**COBIJA - PANDO**

## AGRADECIMIENTO

- primeramente agradecer a dios, por llenarme de salud y felicidad y por darme la oportunidad de poder llegar y vivir una nueva etapa de mi vida
- A mi familia, por brindarme toda la cooperación, comprensión que tuvieron hacia mí.
- expresar mis más sinceros agradecimientos al centro de salud Gonzalo Moreno, a todo el personal médico y administrativo por haberme brindado la oportunidad y confianza para poder realizar mi SSRO.
- a la carrera de enfermería ya que ha contribuido en mi formación profesional.

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo en especial a mis señores padres: Félix Claure Juárez y Elvira Endara Huari a mí querido esposo por el esfuerzo que hacen en sostenerme en los estudios de mi carrera profesional y por estar a mi lado siempre.

A Dr. Gumer Garrado y Lic. Marina Lascano por haberme colaborado de forma directa e indirecta en la conclusión de este proyecto, por hacerme ver a la enfermería de una manera diferente.

## **PRESENTACIÓN**

En el Municipio de Gonzalo Moreno, desde años atrás las políticas no han dado resultado es por lo que las autoridades ejecutivas y civiles no han tenido la capacidad técnica como para desarrollar un documento donde se plasme la realidad de la región y que de la misma manera exponga políticas, estrategias, para la mejorar los Controles Prenatales, para poder evitar las complicaciones y así no llegar a la morbi-mortalidad materna fetal, para poder llegar a un 100% en cuanto al indicador de calidad el 4to control prenatal.

Hoy en día se ha elaborado un documento, que refleja la situación y plantea estrategia adecuadas eficaces para mejorar la situación la calidad del 4to control prenatal. Esto será posible con la participación de todo el personal de Salud del Centro de Salud Gonzalo Moreno.

Los fundamentos en los que asientan nuestras intervenciones son: realizar visitas domiciliarias casa por casa, charlas educativas sobre importancia del control prenatal, realización de IEC a toda la comunidad, realizar rastrillaje, ferias educativas y otros.

También pedir a las autoridades municipales y sedes pando, implementación de equipamientos, infraestructura y fortalecimiento en RRHH, para poder responder adecuadamente y objetivamente a las exigencias y necesidades de salud de la comunidad.

La situación actual debe ser demandada por los actores sociales de la comunidad, son ellos los que deben conocerse, y apropiarse de su situación, de sus problemas, al tiempo de ser ellos quienes deben ser los protagonista de las decisiones propuestas y acciones para enfrentar no solo los problemas de salud si no también enfrentarse a aquellas determinantes y condiciones que inciden en los procesos de salud enfermedad

## INDICE

TITULO DE LA MONOGRAFIA

### **CAPITULO I**

INDICE.....	5
ANTECEDENTE DEL C.S.GLO MORENO.....	6-7
INTRODUCCION.....	8
ANTECEDENTES.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	11
OBJETIVO GENERAL.....	12
OBJETIVO ESPECIFICO.....	12
JUSTIFICACION.....	12-13

### **CAPITULO II**

MARCOTEORICO.....	14-31
HIPOTESIS DE TRABAJO.....	32
VARIABLE DEPENDIENTE INDEPENDIENTE.....	32-33
OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.....	33

### **CAPITULO III**

DISEÑO METODOLOGICO.....	34
UNIVERSO MUESTRA.....	34-35

### **CAPITULO IV**

CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	47-48
BIBLIOGRAFIA.....	49
ANEXOS.....	50-57

## **ANTECEDENTES C.S.G.M**

### **CONTEXTO DEL MUNICIPIO**

El Municipio de Gonzalo moreno es la capital de la primera sección de la provincia Madre de Dios, es el segundo Municipio más grande del Departamento Pando.








### **UBICACIÓN GEOGRAFICA**

El Municipio Gonzalo Moreno se encuentra ubicado en la primera sección de la Provincia Madre de Dios, al Nor- Este del Departamento Pando tiene una extensión territorial de 4322 KM2 y una densidad poblacional 0.85 hab. Por kilómetros cuadrados, nace a la vida después de la Batalla de Bahía. Por lo que el nombre se debe a un comandante que dirigía un batallón victorioso frente a las tropas enemigas del Brasil, antiguamente la sede se encontraba en Comunidad De Las Piedras constituyéndose el lugar más avanzado del Municipio, y Pekín era una hacienda particular que se convertirá en la sede del municipio después de las gestiones realizadas para la formación de Gonzalo Moreno.

comunidades que comprenden al municipio son: Gonzalo Moreno, Las Piedras, Lago Victoria, Frontera, Dos Palmas, San Carlos, Candelaria, Miraflores, Portachuelo, América, 6 de Agosto, Contravaricia, Buen Futuro, Villa Nueva, Santa Rosita , Agua dulce .

### **INFRAESTRUCTURA C.S.G.M**

Centro de salud Gonzalo Moreno pared ladrillo, techo calamina que cuenta con 11 habitaciones y una casa exclusivamente para laboratorio de análisis clínico:

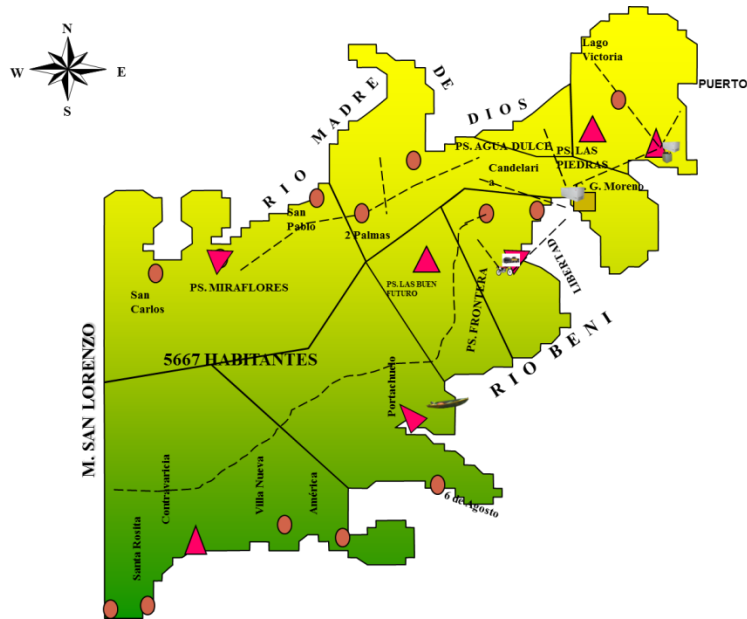
-  Dirección
-  Un consultorio medico
-  Un consultorio odontológico
-  Un laboratorio de análisis clínico de malaria
-  Una sala de enfermería
-  Una sala de pre partos
-  Una sala de partos

- ✚ Una sala de maternidad
- ✚ Farmacia y caja
- ✚ Sala de espera
- ✚ Cuarto de limpieza

## **RECURSOS HUMANOS**

- ✚ Un médico jefe de área de todo el municipio de Gonzalo Moreno
- ✚ Un médico jefe de C.S.G.M
- ✚ Un médico de contrato por la H.A.M.PTO G.M
- ✚ Un odontólogo
- ✚ dos malaros
- ✚ cuatro auxiliares de enfermería
- ✚ Un licenciado en enfermería
- ✚ un laboratoristas clínicos
- ✚ dos farmacéutica
- ✚ un técnico de afiliación
- ✚ un estadístico
- ✚ un chofer
- ✚ un personas de limpieza

Como El Municipio de Gonzalo Moreno se encuentra a muchos kilómetros de la ciudad de Cobija donde solo existe el único Hospital de referencia de 2do nivel de atención, la población de este municipio no tiene accesibilidad directa, por lo tanto los moradores de esta región acuden al lugar más cercano y seguro, al Hospital de Riberalta del Departamento del Beni este estudio se realizó por encuestas realizadas a la población para determinar algunos factores que implican en no asistir a sus controles en el Centro de Salud o Puestos de salud, 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 gestante



**TABLA NO 1 LÍMITES CON MUNICIPIOS CORRESPONDIENTE A SU PROVINCIA Y SECCIÓN**

PROVINCIA	SECCION	MUNICIPIO	UBICACIÓN
Manuripi	Segunda sección	San pedro	Al norte
Madre de Dios	Segunda sección	San Lorenzo	Al sur
Vaca diez (Beni)	Primera sección	Riberalta	Al este

Fuente: INE 2006

Dicha tabla nos demuestra los límites del municipio de Gonzalo moreno con los diferentes municipios y a qué provincia y sección corresponden.

# **EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCION EN CONTROL PRENATAL MUJERES GESTANTES QUE LLEGAN CON 4to CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD GONZALO MORENO DE LA GESTION 2011**

## **I.- INTRODUCCION**

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. En Bolivia en 1993 la mortalidad perinatal fue de 12,8 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 3,62 por 10.000 nacidos vivos, cifras excelentes para el medio Latinoamericano, pero lejos aún de los países denominados desarrollados, constituyéndose aún en un importante problema de salud pública para el país.

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

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

## **I. 1- ANTECEDENTES.**

La historia de la Salud Materna 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 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 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 mitades 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.

Situación de la Salud Pando el departamento de Pando cuenta con 59 establecimientos de salud, 2 de segundo nivel y 57 de primer nivel.

La cobertura en cuanto a controles prenatales son muy bajos, la cual no se llega a captar los 4to control prenatal.

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, falta de iniciativa por no existir programas televisivos ni cuñas radiales, falta de relaciones humanas, afectividad.

De acuerdo al análisis de nuestros indicadores de salud de las coberturas en los controles prenatales, como centro de referencia y cabecera de red, en el CENTRO DE SALUD GONZALO MORENO No se logró llegar a cumplir los compromisos de gestión del MSD, se debe considerar la mala calidad en cuanto al seguimiento oportuno de nuestras embarazadas que se esperan durante el año, especialmente en los 4tos CPN, como un indicador de calidad en la mujer embarazada.

La metodología a utilizarse es la investigación, retrospectiva 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.

## **II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las mujeres en gestación deberían saber la importancia del 4to C.P.N. y acudir a los establecimientos de salud para realizar este control imponderablemente importante 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.

El centro de salud de Gonzalo moreno tiene bajas coberturas en 4to CPN, por ser una población dispersa de fácil accesibilidad a la ciudad de Riberalta ya que la población decide visitar el hospital de esta ciudad, se considera también la falta de información, comunicación y educación para mejorar la calidad de atención en los controles prenatales , es importante mencionar que la población está muy elevada, son estimaciones que plantea el ministerio de Salud y Deportes como nexo el SEDES PANDO de la unidad del SNIS.

## **II.1- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Evaluar determinantes y factores que influyen para que no existan buenas coberturas en el 4to Control Prenatal, siendo un indicador de calidad y de retorno en el Centro de Salud de Gonzalo Moreno en la gestión 2011?

## **III.- OBJETIVOS**

### **III.1 OBJETIVO GENERAL**

Brindar una atención de calidad a mujeres gestantes que llegan con 4to control prenatal al centro de salud Gonzalo Moreno de la gestión 2011

### **III.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- ✚ Determinar cuántas mujeres realizaron control prenatal antes del 5to mes.
- ✚ Determinar cuántas mujeres llegaron al primer control prenatal después del quinto mes
- ✚ Determinar cuántas mujeres llegaron al 4to. Control prenatal.
- ✚ Determinar a cuantas mujeres embarazadas se logró entregar las 90 tabletas de sulfato ferroso.
- ✚ Determinar la multiparidad en mujeres con parto institucional.
- ✚ Determinar la edad de las mujeres embarazadas su importancia por y sus riesgos

#### **IV.- JUSTIFICACION**

El control prenatal es de vital importancia, cuya responsabilidad es de todo el personal en salud ya que los riesgos en la mujer embarazada es muy vital para el crecimiento del bebe en su desarrollo y los riesgos graves que pueden desencadenar en tragedias

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 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.

La maternidad no es segura y que muchos bebes se ven afectados de secuelas físicas y/o psicológicas como resultado de una mala o deficiente atención durante su nacimiento. La situación se da en los Municipios más empobrecidos y cuando el parto ocurre en domicilio.

El Centro de Salud Gonzalo Moreno cumple con el control prenatal para que toda mujer gestante, tenga 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.

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 Centro de Salud Gonzalo Moreno,

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, múltiparas, realizar Información, educación y orientación mediante:

- ✚ pesquisas rastrillajes casa por casa
- ✚ cuñas radiales y televisivas
- ✚ socio dramas en atención del SUMI llegar con esta ventaja a la población sobre todo a la mujer embarazada concienciar la importancia de la misma.

El propósito de la presente investigación estará dirigido a evaluar la calidad de atención en controles prenatales y así determinar cuáles fueron los factores que incidieron para que existan bajas cobertura en el centro de salud Gonzalo Moreno en la gestión 2011.

Son diversos factores que mencionaremos durante la estructura de este trabajo de campo, se analizará con datos de los libros de registros, historias clínicas de controles parentales e Internaciones de mujeres con parto institucional del mismo centro de salud, se realiza una encuesta a las madres de familia para identificar y corroborar al usuario para determinar donde son las debilidades en cuanto a la atención del control prenatal.

Este estudio será presentado a todos los funcionarios del Centro de Salud de Gonzalo Moreno, con la finalidad de divulgar, analizar, retroalimentar los resultados para obtener las coberturas estimadas según el SEDES para el año 2012.

## V.- MARCO TEÓRICO

### CONTROL PRENATAL



Es la atención brindada por el equipo de salud a una embarazada con el objeto de vigilar el proceso del embarazo, detectar riesgo, promover el parto institucional, la lactancia materna orientación en anticoncepción y brindar información sobre los eventos que desarrollan y derivar oportunamente un nivel de mayor complejidad, en caso de necesidad.

Su propósito es conseguir una buena salud materna, la meta es disminuir la morbimortalidad materna y perinatal mediante acciones promocionales que ayuden a elevar el estado de salud de la embarazada, acciones preventiva que protejan el estado de salud logrado y realizar acciones curativas resolviendo la patología.

#### **CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL**

El Control Prenatal debe reunir obligatoriamente las siguientes características:

- ✚ **PRECOZ:** Porque la captación ha de producirse antes de las 14 semanas de embarazo.
- ✚ **PERIÓDICO:** porque debe ser repetitivo. En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser:

- a. Hasta las 28 semanas de gestación: **mensuales**
- b. Desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación: **quincenales**
- c. 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.

- ✚ **CONTINUA:** Porque el médico de la familia y su grupo básico de trabajo atienden durante todo el embarazo a las gestantes correspondientes a su territorio .Incluye todas las acciones que realiza su terreno.
- ✚ **COMPLETA:** Porque se cumple el esquema de atención establecido, con la calidad requerida para cada una de las consultas .Cada gestante recibirá no menos de ocho (8) consultas durante el embarazo.
- ✚ **DISPENSARIZADA:** Porque se registra y se dispensarían acciones en cada gestantes de acuerdo con sus características individuales (clasificación ) ,y se definen estrategias y atención especializadas para los grupos de riesgos. Con el subsistema del médico de la familia que se aplica nacionalmente, las gestantes se incorporan al segundo (II ) grupo de despenalización
- ✚ **INTEGRAL:** Porque se considera unidos los aspectos preventivos, curativos, biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente que están en interrelación con la gestante.
- ✚ **REGIONALIZADA:** Porque está en la base para establecer la efectiva interrelación entre los distintos niveles de atención y lograr la máxima utilización de los recursos y materiales disponibles .Se basa en el principio de la atención escalonada.
- ✚ **EN EQUIPO:** Porque en la atención interviene el equipo primario horizontal integrado por el médico y la enfermera de la familia con su equipo básico de trabajo (especialistas en obstetricia, pediatría y medicina interna, Psicólogos y trabajadoras social),
- ✚ **PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA COMUNIDAD:** Porque los integrantes de los consejos de salud garantizan la vinculación entre las acciones del equipo de

salud y la comunidad, y viceversa. Estos pueden verificar el cumplimiento de las tareas y lograr la participación de sus miembros en la solución de los problemas, tanto individuales, como colectivos en el proceso salud enfermedad.

## **EMBARAZO BAJO RIESGO**

Es el embarazo habitual, que tiende a ser normal, en una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé.

## **EMBARAZO DE ALTO RIESGO**

Es aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes o después del parto es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el producto de la gestación.

El diagnóstico de un embarazo de alto riesgo lo determinará su médico de acuerdo a las conclusiones de los antecedentes y examen físico realizados.

Como: gestante adolescente, gestante mayor de 35 años, antecedente de abortos a repetición, uso de drogas, enfermedad hipertensiva del embarazo, antecedentes de diabetes, amenaza de aborto o de parto pre terminado, pelvis estrecha, etc.

## **ATENCIÓN DURANTE LAS CONSULTAS**

**LA PRIMERA CONSULTA** (captación) la realizará el médico de la familia. Se procederá como sigue:

✚ Llenado de la historia clínica y carnet perinatal

✚ Anamnesis general y obstétrica.

✚ Examen físico completo

✚ Examen obstétrico.

- a. Examen con espejo para ver características del cerviz y tomar muestra citológica si corresponde Programa de Detección Precoz del Cáncer Cervico Uterino y de exudado vaginal que se repite en otro momento si es necesario..
- b. Tacto vaginal sin introducir el dedo en el canal cervical para constatar tamaño y característica del útero y los anejos, la posición del cuello.

c. Examen de mama para detectar anomalías o enfermedades que afecten la lactancia materna.

- ✚ Control de peso y valoración ponderal según talla.
- ✚ Toma de tensión arterial.
- ✚ Entrega de 90 tabletas sulfato ferroso
- ✚ Examen complementarios: grupo sanguíneo, factor RH., exudado, serología VIH, parcial de orina, para detectar bacteriuria asintomático, heces fecales, hemoglobina, glicemia.
- ✚ Administración de la vacuna antitetánica.

La detección de una embarazada puede lograrse espontáneamente, o por el personal de enfermería, la Brigadista sanitaria Trabajadora social, o por el propio médico en la labor de terreno y será citada a la consulta de captación.

### **SEGUNDA COSULTA (Alrededor de 16 semanas).**

- ✚ Evaluación de Antecedentes Personales y Familiares.
- ✚ Análisis de los antecedentes obstétricos.
- ✚ Valoración nutricional.
- ✚ Toma de la Tensión Arterial.
- ✚ Interrogatorio básico y examen físico general, cardiorrespiratorio y obstétrico. Este último incluirá tacto mensurador (sin atravesar el canal cervical) y examen con espéculo. El especialista prestara mucha atención a la existencia de cambios inflamatorios locales o de secreciones que sugieran una infección que alcance el canal cervical en cuyo caso impondrá tratamiento de acuerdos a las características.
  - a. Gardnerella vaginalis, bacteroides fragiles.
  - b. Micoplasmas urea plasma, peptococos estreptococo, trichomonas u otro germen sobre todo anaerobio. Se indica tratamiento con:
  - c. Metronidazol por vía oral por 10 días, 250mg cada 8 horas. Después de las 14 semanas si se demuestran chlamydia, trachomatis o no hay respuesta al metronidazol se indicara:

- d. Eritromicina 250mg cada 6 horas por 7 días a 10 días. Debe tratarse al compañero sexual.
- ✚ Evaluación de los complementarios indicados.
- ✚ Indicar anti anémicos vía oral así como dar orientaciones generales sobre dieta, higiene del embarazo y lactancia.
- ✚ Si se cataloga de riesgo, se indicara las investigaciones según el criterio médico y el especialista definirá la estrategia a seguir: nivel de atención especializado, periodicidad etc.
- ✚ Se realizará actividades en caminadas a desarrollar el Programa de Maternidad y Paternidad consientes.
- ✚ Indicará nuevos análisis parcial de orina.

### **TERCERA CONSULTA (ALREDEDOR DE LAS 18 SEMANAS).**

- ✚ Efectuar interrogatorio básico, examen físico general que incluye peso.
- ✚ Chequear presión arterial.
- ✚ Evaluar altura uterina.
- ✚ Indicar **ultrasonido** del programa y orientar realizarlo a las 22 semanas.
- ✚ Continuar con antianémicos vía oral y dar orientaciones generales del embarazo.

### **CUARTA CONSULTA (ALREDEDOR DE LAS 24 SEMANAS).**

- ✚ Valorar resultado de ultrasonido,
- ✚ Interrogatorio básico y examen físico que incluye peso y buscar presencia de edemas.
- ✚ Toma de presión arterial.
- ✚ Altura uterina, palpación de partes fetales, así como existencias de movimientos.
- ✚ Indicar a la paciente como seguir patrón contráctil normal.
- ✚ Indicar hemoglobina, hematocrito, .serología, parcial de orina .
- ✚ Continuar la indicación de antianemicos y dar orientaciones generales.

- ✚ Comprobar asistencia a estomatología, psicología u otras especialidades, o referirlas si es necesarios.
- ✚ Chequear si esta inmunizada con toxoide titánico.

### **QUINTA CONSULTA (30 SEMANAS – INTERCONSULTA DE REEVALUACIÓN).**

Será realizada, como toda ínter consulta, por el médico de asistencia y el especialista del grupo básico de trabajo en Medicina General Integral o en Obstetricia Se procederá como sigue:

- ✚ Analizar los resultados de los complementarios indicados en la consulta anterior, para hacer valoración de la paciente y decidir estrategia y nivel posterior de atención.
- ✚ Revalorar la curva de peso (ganancia de peso desde la primera consulta) y valoración ponderal inicial.
- ✚ Valorar la curva de tensión arterial. Considerar la presión arterial basal de la paciente. Toma de la atención arterial.
- ✚ Evaluar el crecimiento de la altura uterina. Tener en cuenta la talla, el paso y el panículo adiposo de la paciente.
- ✚ Interrogatorio básico y examen físico que incluyen el peso y buscar presencia de edemas.
- ✚ Altura uterina presentación, situación, posición, auscultación de la frecuencia cardiaca fetal y tono uterino.
- ✚ Control tensión arterial
- ✚ Si fuera necesario la historia clínica, evolución o síntomas se realizara
- ✚ Valorar ingreso en el hogar materno en las áreas rurales, y si hay riesgo de prematuridad.
- ✚ Desarrollar actividades del Programa de Maternidad y Paternidad Concientes, psicoprofilaxis y lactancia materna.
- ✚ Continuar tratamiento con antianémicos y dar orientaciones generales.

- ✚ Reclasificar de acuerdo con el riesgo. Hacer todas las anotaciones necesarias en el cané obstétrico.

### **SEXTA CONSULTA (Alrededor de las 34 semanas)**

- ✚ Valorar los resultados de los complementarios indicados en la consulta anterior.
- ✚ Interrogatorio básico y examen físico que incluye peso y buscar presencia de edemas.
- ✚ Toma de Tensión Arterial
- ✚ Examen obstétrico que incluye: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, auscultación de la frecuencia cardiaca fetal y tono uterino.
- ✚ Indicar análisis parcial de orina y hemograma.
- ✚ Desarrollar actividades del Programa de Maternidad y Paternidad Consciente y la lactancia materna, explicar de nuevo el patrón contráctil normal y números de movimiento fetal por hora.
- ✚ Verificar la ingestión de antianémicos y dar orientaciones generales.
- ✚ Entregar licencia de maternidad.

### **SÉPTIMA CONSULTA (Alrededor de las 37 semanas)**

- ✚ Valorar los resultados de los complementarios indicados en la consulta anterior.
- ✚ Interrogatorio básico y examen físico que incluye peso y buscar la presencia de edemas.
- ✚ Toma de tensión arterial.
- ✚ Examen obstétrico que incluye: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, auscultación, de la frecuencia cardiaca fetal y tono uterino.
- ✚ Continuar el tratamiento con antianémicos y dar orientaciones generales.

## **OCTAVA CONSULTA (Interconsulta de Término -40 semanas)**

- ✚ Interrogatorio básico y examen físico que incluye buscar la presencia de edemas.
- ✚ Toma de tensión arterial.
- ✚ Examen obstétrico: altura uterina, situación ,presentación ,posición ,movilidad, de la presentación auscultación , del acrecencia cardiaca ,fetal ,y tono uterino .
- ✚ Indicar antianémicos y dar orientaciones generales.
- ✚ Remitir a consulta de gestante a término en el hospital con comentario escrito del pensamiento médico. Complementario adecuado del carné obstétrico

## **CONSULTA HOSPITALARIA DE GESTANTE A TÉRMINO-41 SEMANA**

- ✚ Se realizará por el especialista en Obstetricia designado
- ✚ Valorar los resultados de los complementarios.
- ✚ Interrogatorio básico y examen físico que incluye peso y busca presencia de edemas.
- ✚ Toma de tensión arterial..
- ✚ Examen obstétrico: altura uterina, presentación, posición, movilidad, de la presentación, auscultación de a frecuencia cardiaca fetal y tono uterino. Precisar correspondencia entre amenorrea y edad gestacional clínica. .
- ✚ Indagar y orientar sobre pródromo del parto, así como cuidados del puerperio y del recién nacido.
- ✚ Indicar, si es posible estudio del bienestar fetal de forma ambulatoria

## **DIAGNOSTICO DE EDAD GESTACIONAL**

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

gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectuó antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días). Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

## **DIAGNOSTICO DE LA CONDICIÓN FETAL**

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- ✚ latidos cardíacos fetales
- ✚ movimientos fetales
- ✚ tamaño uterino
- ✚ estimación clínica del peso fetal
- ✚ estimación clínica del volumen de líquido amniótico

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

- ✚ **Latidos cardíacos fetales.** Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.
- ✚ **Movimientos fetales.** La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.
- ✚ **Tamaño uterino.** Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflectadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal.

- ✚ **Estimación clínica del peso fetal.** Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre es 10%. La estimación obtenida, en relación a la edad gestacional, se localiza en la Tabla de Crecimiento Fetal. lo que permite el diagnóstico de adecuación para la edad gestacional.

✚ **Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.** Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal. El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

## **DIAGNOSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA**

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

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

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, plicomas, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

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

## **EDUCACIÓN MATERNA**

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

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- ✚ Signos y síntomas de alarma
- ✚ Nutrición materna
- ✚ Lactancia y cuidados del recién nacido
- ✚ Derechos legales
- ✚ Orientación sexual
- ✚ Planificación familiar
- ✚ Preparación para el parto

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA**

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hepático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinsera), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pre término. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como:

- ✚ Pérdida de sangre vía vaginal.
- ✚ Contracciones uterinas, antes de la fecha probable de parto.
- ✚ Disminución de los movimientos fetales o su ausencia.
- ✚ Pérdida de otros líquidos vía vaginal.
- ✚ Aumento de volumen de sus miembros inferiores y resto del cuerpo.
- ✚ Dolor de cabeza intenso y permanente
- ✚ Fiebre.
- ✚ Náuseas y vómitos intensos y repetidos
- ✚ Orina escasa o molestias al orinar
- ✚ Dolor en el epigastrio.
- ✚ Otros síntomas, de acuerdo a factor de riesgo asociado.

## MANIOBRAS DE LEOPOLD

Para la palpación obstétrica se recomiendan las 4 maniobras de Leopold y Sparlin

Para llevarlas a cabo es necesario que la paciente permanezca con el abdomen desnudo, acostada en una superficie firme y dura, haber vaciado la vejiga y de ser posible el recto.

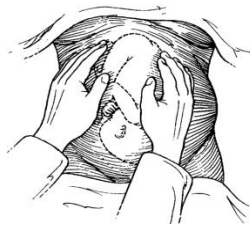
Durante las primeras tres maniobras el médico debe estar al lado derecho, viendo hacia la cara de la paciente. Diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

### ✚ PRIMERA MANIOBRA DE LEOPOLD.



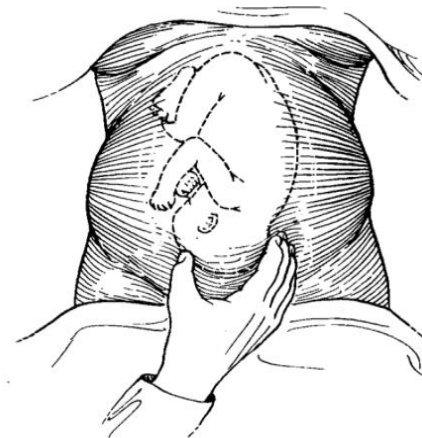
Posterior a la identificación del fondo uterino se palpa suavemente con ambas manos la superficie de este, para determinar que polo se encuentra en él, si fuesen las nalgas del feto, palparíamos una superficie nodular y blanda; en cambio si se tratara de la cabeza se percibiría duro y redondo, con movimiento libre y peloteo.

## ✚ SEGUNDA MANIOBRA DE LEOPOLD.



Habiendo establecido el polo superior del feto, se colocarán las palmas de las manos a cada lado del abdomen, ejerciendo una presión suave pero profunda, con lo que lograremos detectar el dorso como una estructura resistente y dura; al lado contrario palparemos numerosas nodulaciones correspondientes a las extremidades. Cuando la paciente es obesa o hay abundante líquido amniótico hay que ejercer una presión mayor con una mano mientras se palpa con la otra. De esta manera se determina en que lado está situado el dorso ya sea anterior, transversal o posterior.

## ✚ TERCERA MANIOBRA DE LEOPOLD.



Empleando el pulgar y los otros dedos de una mano el examinador toma una porción del abdomen materno inferior, justamente por encima de la sínfisis del pubis, para palpar el contenido del polo inferior y a su vez confirmar el resultado de la primera maniobra. Si la parte que se presenta no está encajada se percibe un cuerpo desplazable, siendo este generalmente la cabeza. Si la cabeza está encajada debe practicársele la 4a maniobra.

Con el desarrollo de las primeras 3 maniobras, conocemos la situación de la cabeza, las nalgas, el dorso y las extremidades, solo nos faltaría establecer la actitud de la cabeza.

#### 🚦 CUARTA MANIOBRA DE LEOPOLD.



El médico mira hacia los pies del examinador, colocará la yema de los 3 primeros dedos de cada mano, en la parte inferior del abdomen, donde ejercerá presión profunda hasta el estrecho superior de la pelvis, para poder determinar hacia que lado se encuentra el polo cefálico, lo que determina la actitud de la cabeza fetal. Así en la presentación de vértice una mano se detendrá primero en una prominencia que se halla al mismo lado de las partes pequeñas; lo contrario sucede en la presentación de cara ya que aquí la prominencia se encuentra al mismo lado del dorso. Si el feto se encuentra en presentación occipito anterior izquierdo, la mano que se detendrá primero será la derecha, ya que topará con la frente del feto, pero si estuviese en extensión sucedería lo contrario, la mano que se detendría primero sería la izquierda.

Si la prominencia ósea está de lado de las pequeñas partes, está flexionada, y si la prominencia está del lado del dorso está hiperextendido.

### NUTRICIÓN MATERNA

🚦 **Lactancia y cuidados neonatales.** Ver "Lactancia". Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc).

- ✚ **Derechos legales.** El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aun cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no los solicite.
- ✚ **Certificado de leche.** Toda embarazada en control prenatal (institucional o privada) tiene derecho a una cuota mensual de leche en polvo y otros nutrientes según diagnóstico nutricional. Se debe llenar certificado ad hoc con los datos del profesional, identificación de la paciente, edad gestacional, diagnóstico nutricional. Con este formulario la embarazada retira su cuota nutricional en el Policlínico del Servicio Nacional de Salud más cercano a su domicilio.
- ✚ **Certificado de asignación familiar.** Toda embarazada con contrato laboral, o carga de cónyuge con contrato laboral, debe recibir al cumplir el quinto mes su certificado de asignación familiar.
- ✚ **Licencia de descanso prenatal.** Toda embarazada con contrato laboral debe recibir la licencia de descanso prenatal, sea su gestación fisiológica o patológica. Este certificado es el mismo de licencia médica por enfermedad; debe ser otorgado seis semanas antes de la fecha probable de parto (34 semanas) y puede ser otorgado por profesional médico o matrona
- ✚ **Orientación sexual.** Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro
- ✚ **Planificación familiar.** Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.
- ✚ **Preparación para el parto.** La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

### **+ Dentro del íter consultas:**

Le podría mandar al odontólogo, o al terapeuta físico para que le enseñe a hacer ejercicios relacionados.

En la historia se debe puntualizar la historia de sus vacunas

Además le dará orientación acerca del embarazo y todo lo relacionado a ello.

### **CRITERIOS DE TRANSFERENCIA**

Se debe valorar la transferencia inmediata de la paciente ante cualquiera de los siguientes

- + Pérdida de sangre vía vaginal.
- + Contracciones uterinas, antes de la fecha probable de parto.
- + Disminución de los movimientos fetales o su ausencia.
- + Pérdida de líquidos vía vaginal.
- + Aumento de volumen de sus miembros inferiores y cuerpo.
- + Dolor de cabeza intenso y permanente
- + Fiebre que no se puede controlar.
- + Náuseas y vómitos intensos y repetidos.
- + Orina escasa o molestias al orinar que no cede a tratamiento establecido.
- + Dolor en el epigastrio.
- + Otros síntomas, de acuerdo a factor de riesgo asociado.

### **VI.- HIPOTESIS DE TRABAJO**

El centro de salud Gonzalo Moreno tiene coberturas muy bajas en cuanto los controles prenatales por ser una comunidad sin accesibilidad directa, por lo tanto los moradores de esta región acuden al lugar más cercano y seguro, al Hospital de Riberalta del Departamento del Beni el mayor problema es el 4tos CPN, por su importancia y por ser un indicador de calidad la llegada a los controles< del 5to mes pueden evitar la complicaciones durante su embarazo sobre todo que no exista morbimortalidad en la mujer gestante.

## VI.1.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

### ✚ Variable dependiente

Calidad del manejo en control prenatal por el personal de enfermería.

### ✚ Variable independiente.

Realizar estrategia para la captación de mujeres embarazadas:

- ✚ Como rastrillaje oportuno
- ✚ Orientación a la población
- ✚ Visitas domiciliaria casa por casa

### V.1. 2.- Operacionalizacion de variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Grado de atención de calidad del 4to C.P.N	Mujeres embarazadas que acudieron durante la gestión 2011	Número de atenciones del 4to C.P.N. sobre x 100 sobre la pobl. de embarazos esperados	< 5to mes 4to C.P.N
Orientación	Mujeres embarazadas	Grado de conocimiento sobre la importancia del control prenatal	Conocen No conocen
Rastrillaje Oportuno	Mujeres embarazadas	Embarazadas que no acudieron a su control prenatal	Asisten No asisten

## **VII.- DISEÑO METODOLOGICO**

### **VII.1.- TIPO DE ESTUDIO**

Se utilizara un diseño de investigación operativa, ya que en una primera instancia se desarrollara un diagnóstico de las características de los C.P.N. en la población de estudio a partir de la obtención de datos monitorizados por observación en las mujeres gestantes, la identificación por cuestionario de los factores relacionado y la identificación del tipo de atención que se la brinda a la mujer gestante. Cuyo fin será el de mejorar el problema abordado, se propondrá implantar estas estrategias.

### **VII.2.- POBLACION DE REFERENCIA (UNIVERSO)**

Todas las mujeres embarazadas que acudieron por su control prenatal al Centro de salud Gonzalo Moreno, durante la gestión 2011. Siendo este un centro de referencia de los sectores que se encuentra a su alrededor. 46mujeres embarazadas población asignada por el SEDES PANDO.

### **VIII.3.- POBLACION DE ESTUDIO (MUESTRA)**

Mujeres gestantes que realizaron su 4to C.P.N.

De las 46 mujeres que le asigno el SEDES pando en la gestión 2011 se realiza una muestra representativa al 30% que nos da un resultado de 14 mujeres encuestada.

### **VIII.4.- FASES O PASOS METODOLÓGICOS.**

#### Fase I. Solicitudes de autorizaciones correspondientes.

Actividad 1. Elaboración y presentación de una carta de permiso a las instancias correspondientes a la dirección 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

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

Proponer 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 4tos 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.

#### **VIII.5.- CUESTIONES ADMINISTRATIVAS**

Realizar un organigrama bajo un responsable de grupo, quien se encargara directamente a solicitar permisos para su respectiva conformidad y validez tanto de dirección y administración.

#### **VIII.6.- CUESTIONES ETICAS**

Dentro el marco del respeto la disciplina y confidencialidad, demostrando profesionalismo hacia los clientes.

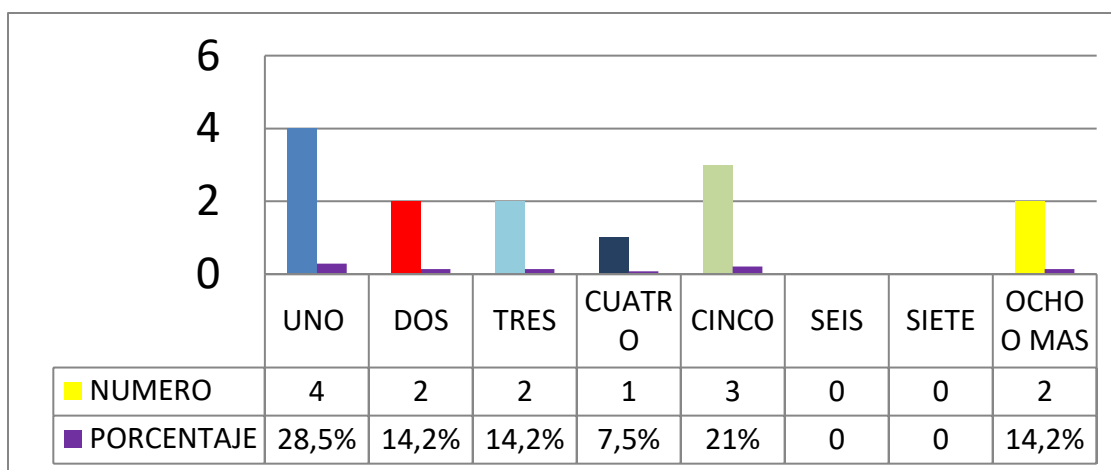
## IX. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

### EL NUMERO DE HIJOS SEGÚN LAS ENCUESTAS POR FAMILIA EN EL CENTRO DE SALUD GONZALO MORENO

**CUADRO N° 1**

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
a) 1	4	28.5%
b) 2	2	14.2%
c) 3	2	14.2%
d) 4	1	7.5%
e) 5	3	21.4%
f) 6	-	-
g) 7	-	-
h) 8 o mas	2	14.2%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO N° 1**



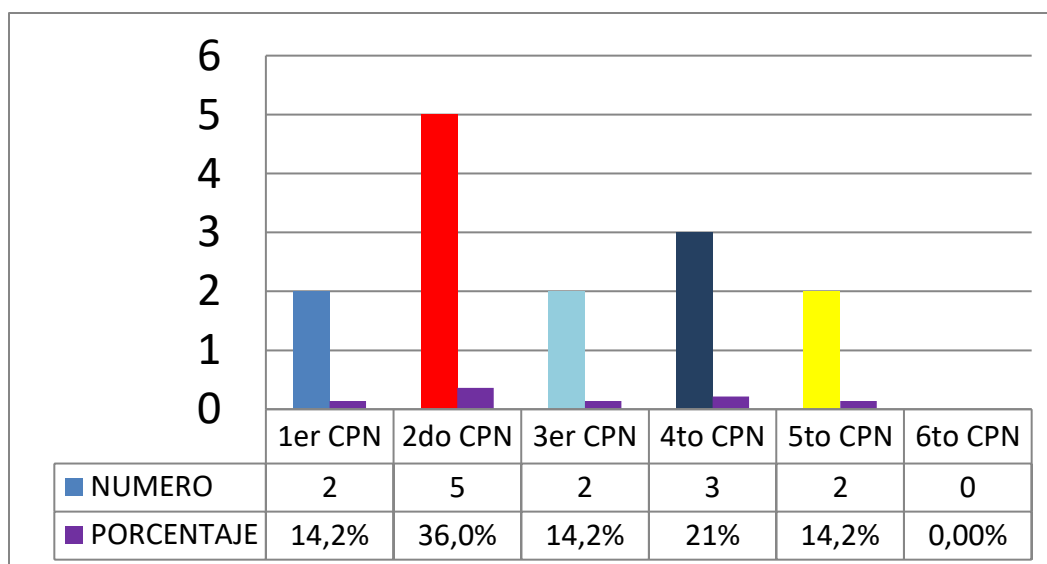
**INTERPRETACION:** De las 14 mujeres encuestadas del número de hijos por familia 4 mujeres son primíparas con un 28,5% y 3 mujeres que tienen cinco hijos llegando a representar 21 %, 2 hijos tiene dos personas que representa 14 % con 3 hijos también dos personas con el 14% y con 8 hijos dos personas con el 14%, y por último 4 hijos en una sola mujer encuestada dando un 7,5%.

**EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES QUE REALIZO DURANTE SU EMBARAZO SEGÚN LAS ENCUESTAS POR FAMILIA EN EL CENTRO DE SALUD GONZALO MORENO**

**CUADRO N° 2**

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
A) 1er control	2	14.2%
B) 2do control	5	36%
C) 3er control	2	14.2%
D) 4to control	3	21.4%
E) 5to control	2	14.2%
F) 6to control	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO N° 2**



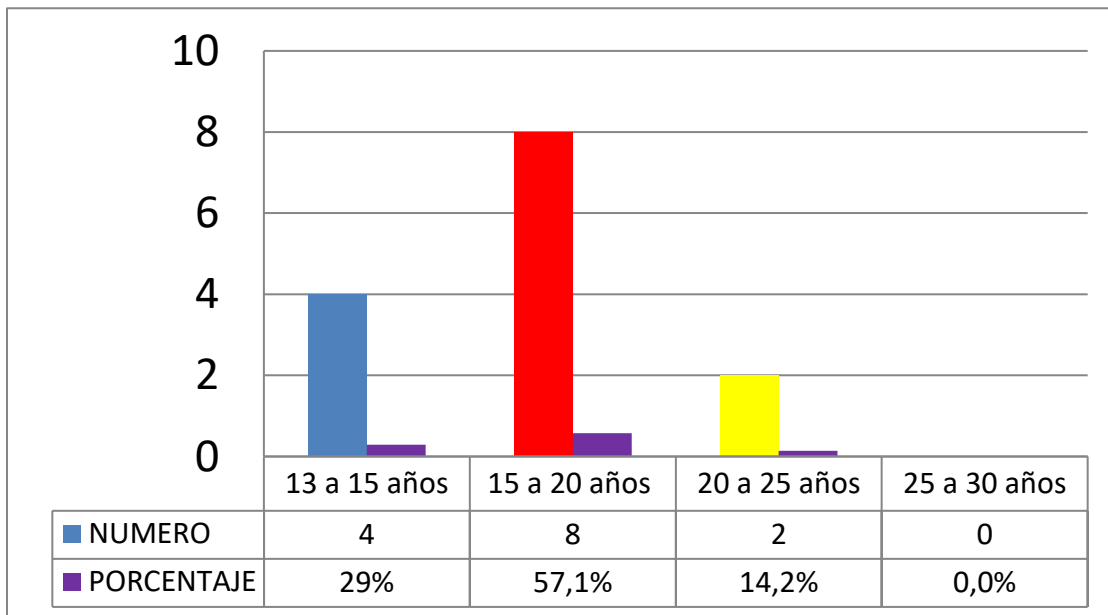
**INTERPRETACION:** De las 14 mujeres encuestadas del número de controles prenatales que realizo durante su embarazo, con 1er CPN 2 mujeres representando con un 14%, en 2do CPN 5 mujeres embarazadas con el 36% , con 3er CPN 2 embarazadas con el 14,2% , con 4to CPN 3 embarazadas con llegando a representar con un 21%, con 5to CPN 2 embarazadas con el 14,2%.

**A QUE EDAD FUE SU PRIMER EMBARAZO SEGÚN LAS ENCUESTAS EN EL MUNICIPIO GONZALO MORENO**

**CUADRO Nº 3**

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
A) 13 a 15 años	4	29%
B) 15 a 20 años	8	57.1%
C) 20 a 25 años	2	14.2%
D) 25 a 30 años	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO Nº 3**



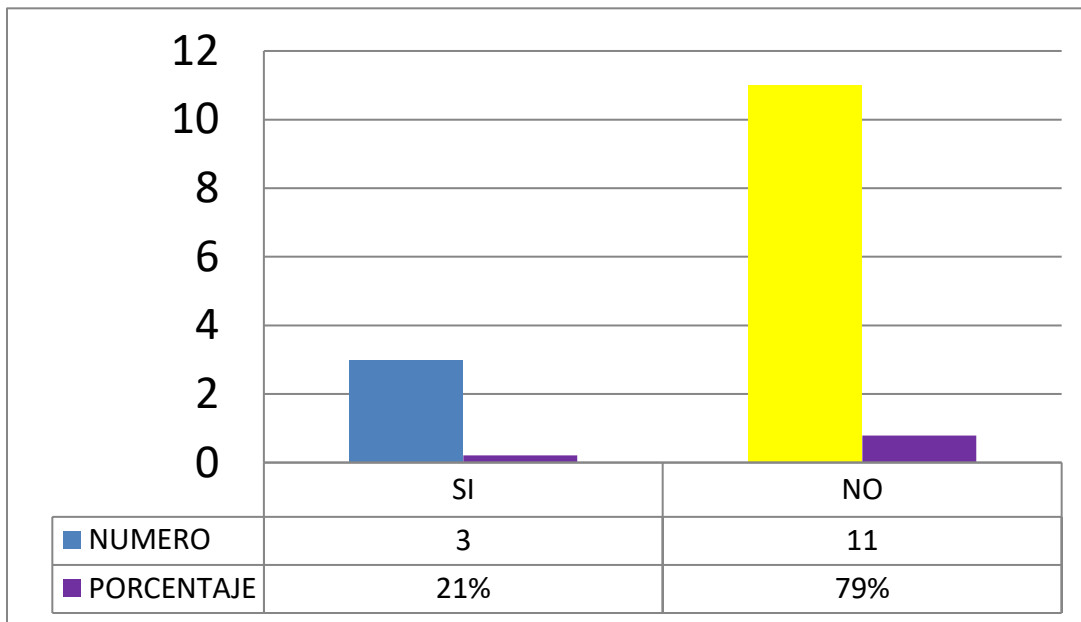
**INTERPRETACION:** De las 14 mujeres encuestadas conoceremos su edad de su primer embarazo, del grupo etario de 13 a 15 años 4 mujeres embarazadas llegando a representar con un 29%, del grupo etario de 15 a 20 años 8 mujeres embarazadas con el 57,1% , del grupo etario de 20 a 25 años 2 mujeres embarazadas con el 14,2%

**USTED REALIZO 4 CONTROLES PRENATALES SEGÚN ENCUESTAS EN EL MUNICIPIO GONZALO MORENO**

**CUADRO N° 4**

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
SI	3	21%
NO	11	79%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO N° 4**



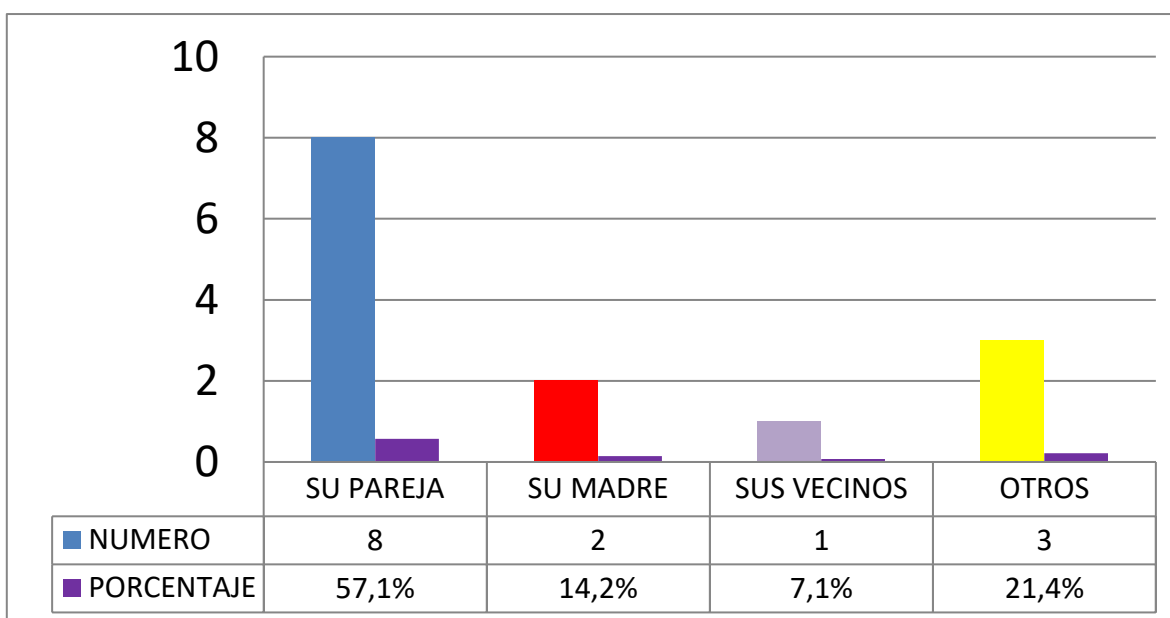
**INTERPRETACION:** De las 14 mujeres encuestadas cuantas mujeres embarazadas realizaron su 4to CPN 3 mujeres embarazadas si llegaron a su 4to CPN, llegando a representar un 21% y 11 mujeres embarazadas que no llegaron a su 4to CPN con el 79%

**QUIEN DECIDIO PARA QUE USTED REALICE SU CONTROL PRENATAL  
SEGÚN ENCUESTAS EN EL MUNICIPIO DE GONZALO MORENO**

**CUADRO Nº 5**

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
su pareja	8	57.1%
su madre	2	14.2%
sus vecinos	1	7.1%
otros	3	21.4%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO Nº 5**



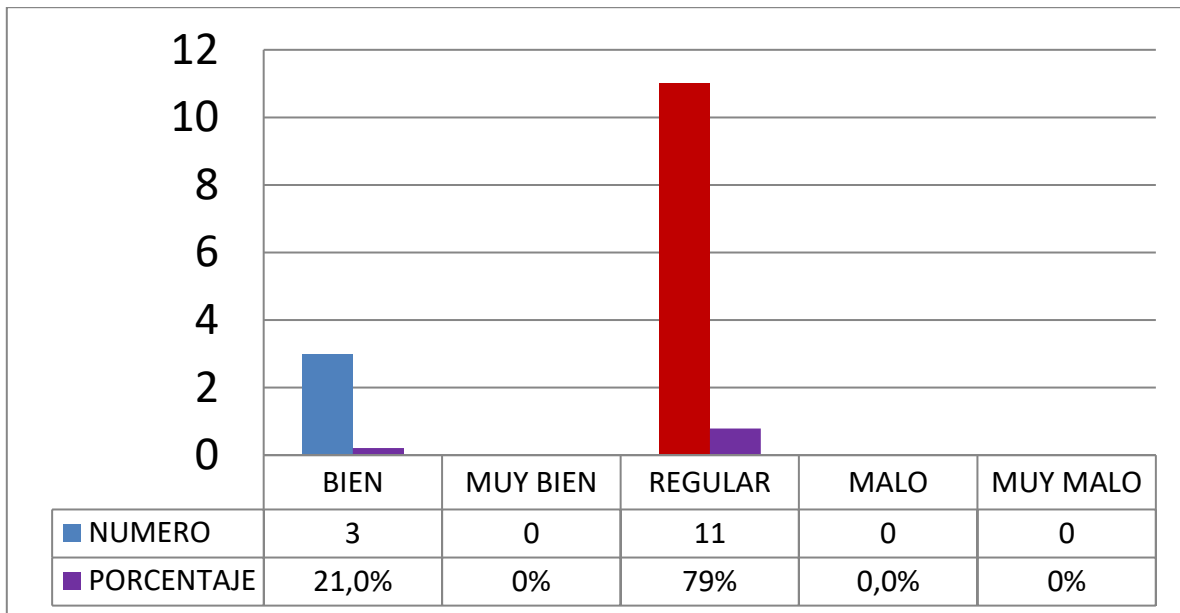
**INTERPRETACION:** De las 14 mujeres encuestadas veremos quien decidió para que realice su control prenatal, la decisión fue de su pareja de 8 mujeres embarazadas llegando a representar con un 57,1% , decidió su madre para 2 mujeres embarazadas con el 14,2%, decidió su vecino 1 mujer embarazada con el 7,1%, y decidieron otros para 3 mujeres embarazadas con el 21,4%

**CUANDO USTED VISITA EL CENTRO DE SALUD A SU CONTROL PRENATAL  
COMO LO ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD GONZALO MORENO**

**CUADRO N° 6**

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
a) Bien	3	21.%
b) muy bien	-	-
c) regular	11	79%
d) malo	-	-
e) muy malo	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO N° 6**



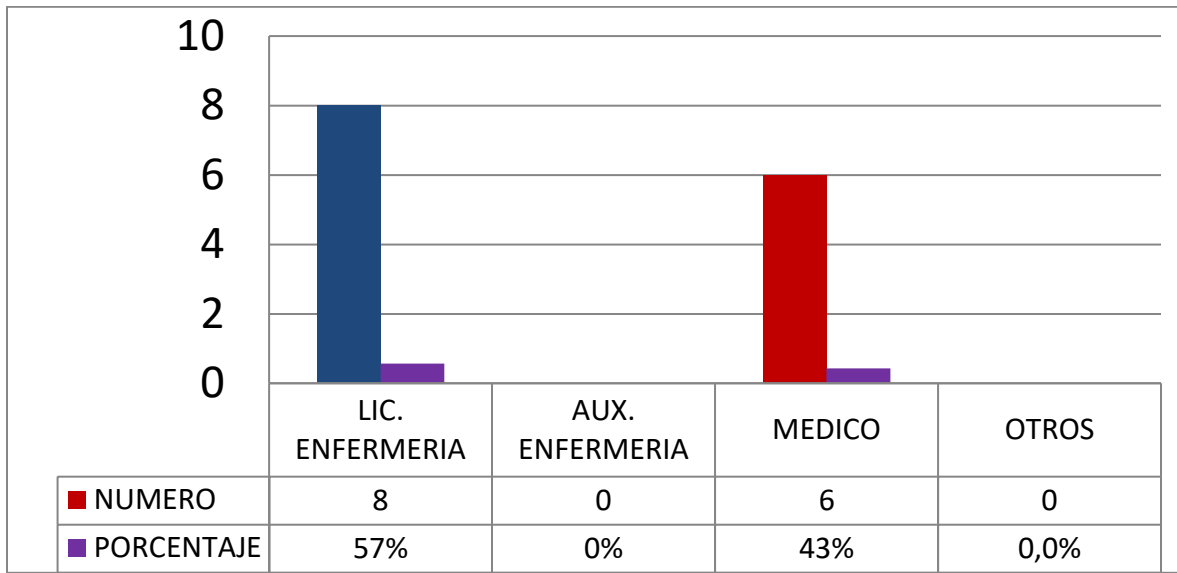
**INTERPRETACION:** De las 14 mujeres encuestadas veremos cuando visita el centro de salud como es la atención que reciben en su control prenatal, 3 mujeres embarazadas dijeron que lo trataron bien, representando con un 21%, y 11 mujeres embarazadas dijeron que la atención fue representando con el 79%.

**CUANDO USTED VISITA EL CENTRO DE SALUD A SU CONTROL PRENATAL  
QUIEN LO EXPLICA DEL EMBARAZO Y LOS RIESGOS EN EL CENTRO DE  
SALUD GONZALO MORENO**

**CUADRO Nº 7**

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
a) Lic. Enfermería	8	57%
b) auxiliar Enfermería	-	-
c) Medico	6	43%
d) Otros	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO Nº 7**



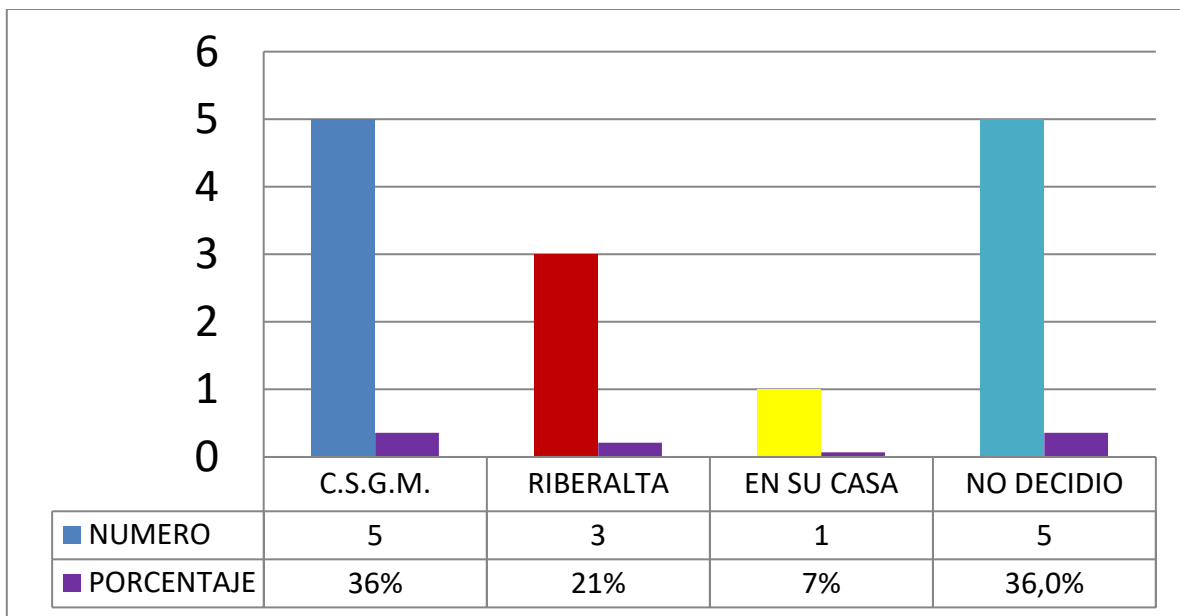
**INTERPRETACION:** De las 14 mujeres encuestadas veremos cuando visita el centro de salud quien lo explica sobre el embarazo y sus riesgos 8 mujeres embarazadas indican que las licenciadas (o) explican más llegando a representar en un 57%, y 6 mujeres embarazadas indican que el médico explica sobre el embarazo y sus riesgos con 43%

## USTED YA TIENE DECIDIDO DONDE LO VA REALIZAR SU PARTO

**CUADRO Nº 8**

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
<b>C.S.G.M</b>	5	36%
<b>EN RIBERALTA</b>	3	21%
<b>EN SU CASA</b>	1	7%
<b>NO DECIDIÓ</b>	5	36%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO Nº 8**



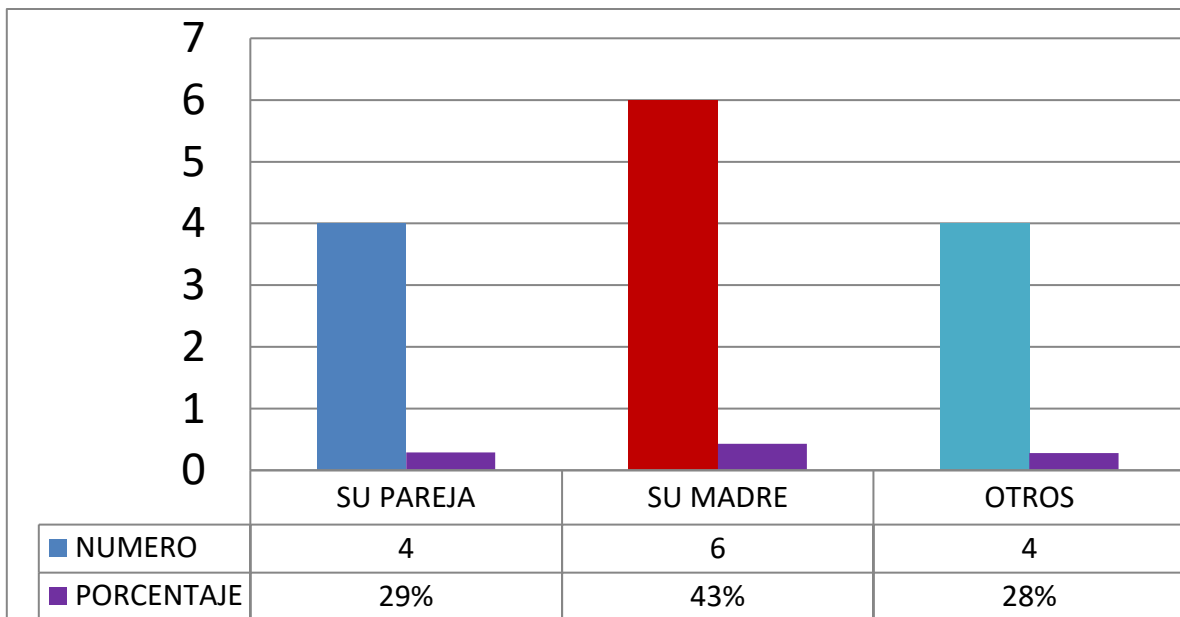
**INTERPRETACION:** De las 14 mujeres encuestadas veremos donde planean realizar su parto, 5 mujeres embarazadas indican en el C.S.G.M. con un 36%, 5 mujeres embarazadas no decidieron aun con el 36% y 3 mujeres embarazadas planean tener su parto en Riberalta con el 21% y 1 mujer embarazada planea tener su parto en su casa con el 7%

## QUIEN LO ACOMPAÑARA PARA SU PARTO

**CUADRO N° 9**

RESPUESTA	NÚMEROS	PORCENTAJE
su pareja	4	29%
su madre	6	43%
otros	4	28%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO N° 9**



**INTERPRETACION:** De las 14 mujeres encuestadas conoceremos quien lo acompañara en su parto 6 mujeres embarazadas deciden por su madre para hacerlos compañía a la hora de su parto con un 43% y 4 mujeres embarazadas prefieren a su pareja con el 29% y 4 mujeres embarazadas prefieren otros con un 28%

## **IX.1 DISCUSIÓN**

El presente estudio me permitió determinar que existieron en el año 2011 muy bajas coberturas en el cumplimiento del indicador de calidad 4to controles prenatales en mujeres embarazadas.

Con la investigación realizada se espera que los resultados sean de gran valía para el SEDES PANDO Y C.S.G.M, los trabajadores y en fin para toda la población objeto.

## **IX.2.- CONCLUSIONES**

Este trabajo dirigido y dedicado para mejorar las coberturas del control prenatal en el centro de Salud Gonzalo Moreno, se elaboró una encuesta con preguntas directas para verificar y entender los factores que inciden a los problemas de las bajas coberturas en la gestión 2011.

Se determina y se llega a la conclusión que las bajas coberturas en el centro de salud en la pasada gestión fueron a causa de:

- ✚ El Centro de Salud Gonzalo Moreno no llega una cobertura de controles prenatales a un 90% a 95%.
- ✚ no realizan consejería suficiente relacionada con la importancia de los controles prenatales y el riesgo del mismo.
- ✚ Mala relación interpersonal (Enfermera – comunarios).
- ✚ El personal de salud no realizan visitas domiciliarias, charlas educativas en comunidades con el fin de captar Mujeres embarazadas.
- ✚ El personal de salud no realizan suficiente consejería a las mujeres embarazadas sobre la importancia del 4to control prenatal.
- ✚ También Existe una inflación de población que asigna el SEDES PANDO en cuanto a mujeres embarazadas

### IX.3.- RECOMENDACIONES

- ✚ La autoridades de salud tiene que considerar que las estimaciones de las poblaciones tiene que ser más convincentes con levantamiento censal del municipio Gonzalo Moreno.
- ✚ Falta de compromiso de los funcionarios del centro de Salud
- ✚ Falta de apoyo logístico para mejorar el seguimiento y rastillaje a las mujeres embarazadas.
- ✚ Concientizar en los embarazos de adolescentes sobre la importancia de los controles prenatales.
- ✚ Implementar estrategias que generen mayor afluencia de mujeres embarazadas.
- ✚ Fortalecer con actividades radiales televisivas sobre la importancia de los CPN y los partos institucionales.
- ✚ Recorrer casa por casa con visitas estratégicas que generen aceptabilidad y seguridad.
- ✚ Realizar material educativo por medio magnético relacionado sobre controles prenatales y así poder capacitar y donar al personal de salud del Centro de Salud Gonzalo Moreno.
- ✚ Fomentar y estimular en los trabajadores de salud el hábito de realizar charlas educativas a toda mujer que realice su control prenatal

### IX.3.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Logística			Meses														
Actividades	Responsable	Recursos	FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO		
Revisión de los libros de CPN	Interna Jacqueline	Cuadernos SNIS															
Actividad 2 Diagnostico de la comunidad	Interna Jeaqueline	diseño a mano alzada y paloteo															
Actividad 3 Información, comunicación y educación	Interna Jeaqueline	presentaciones en PowerPoint															
Actividad 4 Elaboración del planteamiento del problema, objetivos, justificación marco teórico.	Interna Jeaqueline	Material de escritorio Internet Bibliografía															
Actividad 4 elaboración de encuesta	Interna Jeaqueline	Material de escritorio															
Actividad 5 Tabulación de datos, representación gráfica y evaluación de	Interna Jeaqueline	Material de escritorio															

resultados.																	
Actividad 6 diseño de trabajo final	Interna Jeaqueline	Material de escritorio. Computadora															
Actividad 7 Revisión de la monografía	Lic. Ercilia	Material de escritorio. Computadora															
Actividad 8 Impreso y Defensa de la monografía	Interna Jeaqueline	Material de escritorio.															

## X.- BIBLIOGRAFÍA

- ✚ Faúndez A. Control Prenatal. En: Pérez SA, Donoso SE, Editores. Obstetricia: Capitulo 12. 2da ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda; 2008.
- ✚ Ministerio de Desarrollo Humano-Secretaria Nacional de Salud. Atención a la Mujer y al Recién Nacido. La Paz (Bolivia); 2009.
- ✚ Juez G, y cols. Rev. Latín. Perinatology 2007.
- ✚ Neilson JP. Routine ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 3, 2009. Oxford: Update Software.
- ✚ Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 2010.
- ✚ Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization Maternal and newborn health. Manual para Práctica del Nuevo Modelo de Control Prenatal, 2008.
- ✚ Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la salud. Montevideo (Uruguay). 2007; 3(10).
- ✚ Casini y col, Guía de Control Prenatal. Embarazo Normal, Argentina, 2008
- ✚ Macfarlane A, Mugford M. Care of mothers and babies. Birth counts: Statistics of pregnancy and Childbirth. London. The Stationery Office.
- ✚ García J, Redshaw, Fitzsimmons B, Keene J. First Class Delivery: The National survey of women's views of maternity care. Abingdon Audit Commission Publications 2009
- ✚ Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del IMSS, A. C. Ginecología y Obstetricia. 3ª ed. México: Méndez editores S.A.;2010.p.85-101.

# ANEXO

## ENCUESTA DIRIGIDO A MADRES DE FAMILIA

**Consigna.-** Señora de familia o de casa agradecería mucho su cooperación en el desarrollo de la presente encuesta

**El Objetivo** de la presente encuesta es el de Identificar las debilidades sobre los Controles Prenatales en mujeres embarazadas del Municipio Gonzalo Moreno.

**1.- ¿Cuántos hijos tiene?**

R.- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) 6 g) 7 h) 8 o mas

**2.- Cuantos controles prenatales realizo durante su embarazo**

R.-

**3.- ¿A qué edad fue su primer embarazo?**

R.-

**4.- ¿Usted realizo 4 controles prenatales?**

R.-

**5.- Quien decidió para que usted realice su control prenatal**

- 1) su pareja
- 2) su madre
- 3) sus vecinos
- 4) otros

**6.- Cuando usted va al centro de salud a su control prenatal como lo atienden?**

- a) Bien b) muy bien c) regular d) malo e) muy malo

**7.- ¿En su control prenatal ¿Quién lo explica sobre su embarazo o los riesgos?**

- a) Lic. Enfermería b) auxiliar Enfermería c) Medico d) Otros

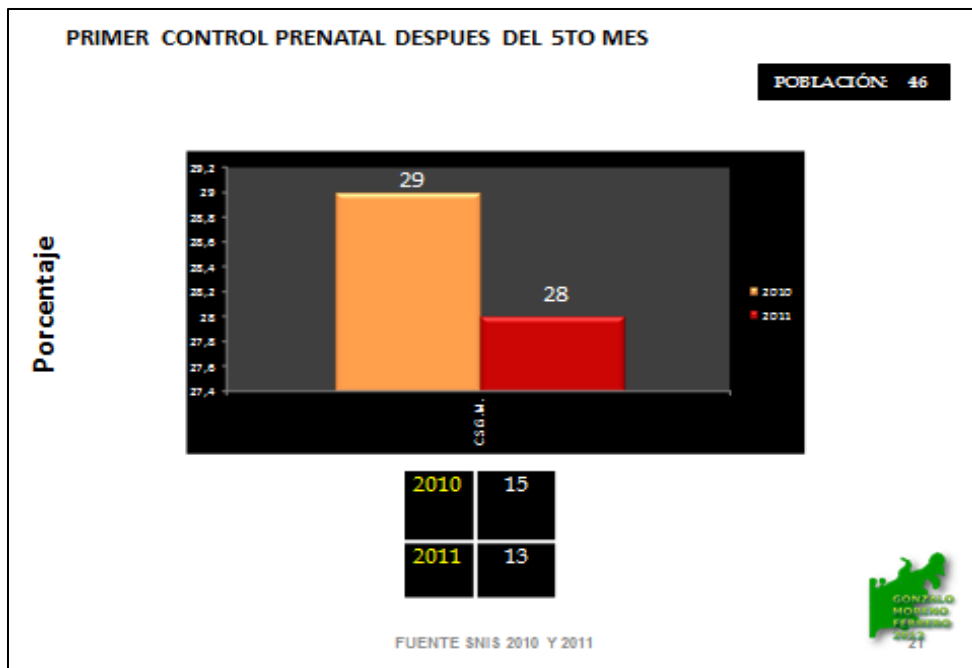
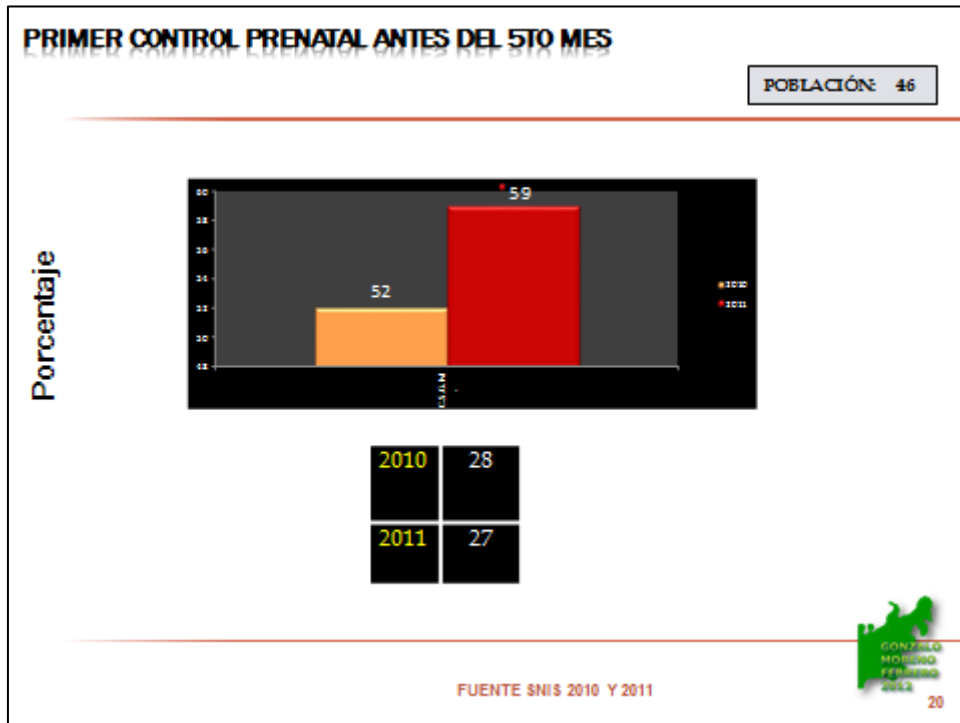
**8.- usted ya tiene decidido donde va tener su parto**

- 1) C.S.G.M
- 2) en Riberalta
- 3) en su casa
- 4) no decidió

**9.- Quien le acompañara para su parto**

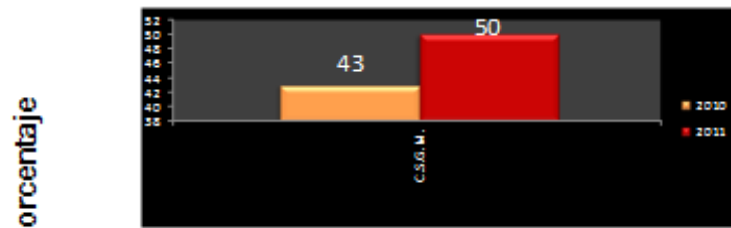
- 1) su pareja
- 2) su madre
- 3) otros

## DATOS SEGÚN EL COMITÉ DE ANALISIS DE INFORMACION (C.A.I) 2011



### MUJERES CON 4TO CONTROL PRENATAL

POBLACIÓN 46



2010	23
2011	23

FUENTE SNIS 2010 Y 2011

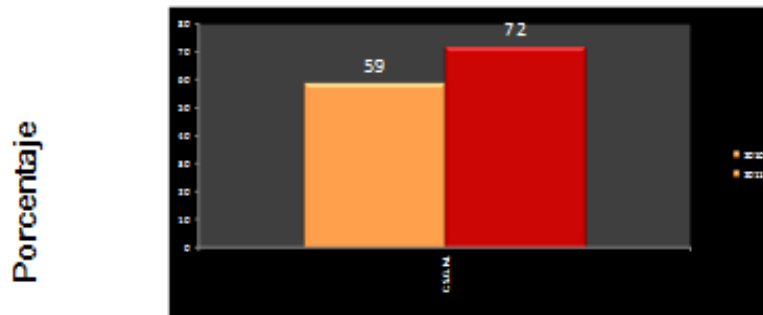


22

### ENTREGA DE 90 TABLETAS DE SULFATO FERROSO A MUJERES EMBARAZADAS

03/06/2012

POBLACIÓN 46



2010	32
2011	33

FUENTE SNIS 2010 Y 2011



23







