



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN PRENATAL PARA PROFESIONALES. CENTROS DE SALUD URBANO TENA Y SATELITAL. 2015-2016

AUTOR: VÍCTOR HUGO VITERI CHÁVEZ

TUTORA: DRA. VIVIAN HERRERA GÓMEZ

Trabajo de Titulación modalidad: Proyecto de Investigación y Desarrollo,
presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la
ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre 2016

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
INSTITUTO DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA IPEC

El Tribunal del Proyecto de Investigación: PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN PRENATAL PARA PROFESIONALES. CENTROS DE SALUD URBANO TENA Y SATELITAL. 2015-2016, de responsabilidad del Médico Víctor Hugo Viteri Chávez, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Proyecto de Investigación, quedando autorizada su presentación.

Ing. Fernando Proaño

DIRECTOR IPEC

MsC. Dra. Vivian Herrera

TUTOR

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Orlando Rodríguez

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Diana Belkis

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MsC. Dr. Félix Martínez

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Víctor Hugo Viteri Chávez, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Politécnica de Chimborazo.

FIRMA

C.C. 1802093797

DEDICATORIA

A mi querida Madre, que ya no está conmigo, pero vive en mí. A mi adorado Padre por su comprensión y apoyo en todo momento. Al amor incondicional de los dos que ha dado sentido a mi vida.

Víctor Hugo

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mis sinceras gracias a mi compañera de vida María Fernanda, por su apoyo incondicional en todo momento.

A todos mis profesores, aquellos que están presentes y han trabajado arduamente durante estos años, y para los que ya no están, pero también dieron todo de sí, a su buena voluntad para que este trabajo llegue a buen término. Mil gracias a todos.

Víctor Hugo

ÍNDICE

Contenido	Páginas
PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
DERECHOS INTELECTUALES	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema de investigación	7
1.2. Formulación del problema	8
1.3. Justificación	9
1.4. Objetivos	11
1.4.1. General.....	11
1.4.2. Específicos	11
1.5. Hipótesis	12
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Marco Teórico Referencial	13
2.1.1. Antecedentes del problema.....	13
2.2. Antecedentes históricos	14
2.3. Epidemiología.....	18
2.3.1. Descripción geográfica del barrio San Luis.....	20

2.3.1.1.	Información histórica	20
2.3.1.2.	Marco geográfico	21
2.3.1.3.	Identificación de factores protectores en el entorno (geográfico)	22
2.4.	Atención prenatal.....	22
2.4.1.	Características del control prenatal.....	23
2.4.2.	Objetivos del control prenatal.....	25
2.5.	Aspectos generales de la atención prenatal.....	25
2.5.1.	Recomendaciones acerca de exámenes de laboratorio	27
2.5.2.	Recomendaciones acerca del uso de ecografía	30
2.5.3.	Recomendaciones acerca de tratamiento farmacológico	30
2.5.5.	Recomendaciones acerca de vacunas durante el embarazo	31
2.5.6.	Recomendaciones nutricionales.....	31
2.5.7.	Recomendaciones al estilo de vida	31
2.6.	Embarazo y riesgo	32
2.6.1.	Identificación de factores de riesgo	33
2.6.1.1.	Factores de riesgo modificables.....	33
2.6.1.2.	Factores de riesgo No modificables.....	34

CAPÍTULO III

3.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
3.1.	Tipo de investigación.....	37
3.2.	Diseño de investigación	37
3.3.	Métodos de la investigación	37
3.4.	Enfoque de la investigación.....	37
3.5.	Alcance de la investigación	38
3.6.	Descripción de la población de estudio	38
3.7.	Unidad de análisis.....	38
3.8.	Tamaño de la muestra	38
3.9.	Variables y operacionalización.....	39
3.10.	Técnicas de recolección de la información.....	41
3.11.	Fuentes	41
3.11.1.	Fuente directa o primaria	41
3.11.2.	Fuentes Indirectas o Secundarias	41

3.12.	Instrumento de recolección de datos.....	42
3.13.	Proceso de recogida de la información	42
3.13.1.	Instrumentos para procesar datos recopilados	422
3.14.	Aspectos éticos	433

CAPITULO IV

4.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	444
----	--	-----

CAPÍTULO V

5.	ESTRATEGIA DE CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN PRENATAL	577
5.1.	Justificación	577
5.2.	Estrategia	58
5.3.	Desarrollo de la propuesta de Estrategia de Capacitación	61
4.3.1.	Sistema de objetivos	61
5.3.2.	Sistema de contenidos.....	622
5.3.3.	Sistema de habilidades.....	622
5.3.4.	Distribución del tiempo	633
5.3.5.	Métodos de enseñanza	64
5.3.6.	Orientaciones metodológicas	644
5.3.6.1.	Primera actividad	64
5.3.6.2.	Segunda actividad	666
5.3.6.3.	Tercera actividad.....	68
5.3.6.4.	Cuarta actividad	70
5.3.6.5.	Quinta actividad.....	733
	CONCLUSIONES	777
	RECOMENDACIONES.....	78
	BIBLIOGRÁFÍA	
	ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1-4: Distribución según edad y sexo en profesionales. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.....	45
Tabla 2-4: Distribución según perfil profesional. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.....	46
Tabla 3-4: Distribución según años de experiencia laboral. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.....	47
Tabla 4-4: Distribución según existencia de manual de procedimientos en el consultorio de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.....	48
Tabla 5-4: Conocimiento del contenido del manual referido por los profesionales. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.....	49
Tabla 6-4: Uso del manual de procedimientos para el control prenatal por los profesionales. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.....	50
Tabla 7-4: Evaluación global de conocimientos sobre la atención prenatal según años de experiencia profesional. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.....	51
Tabla 8-4: Evaluación global de conocimientos sobre la atención prenatal y presencia del manual de procedimientos. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016...	52
Tabla 9-4: Evaluación global del conocimiento sobre la atención prenatal y conocimientos del contenido del manual. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.....	54
Tabla 10-4: Principales deficiencias detectadas en el control prenatal de los profesionales. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.....	55

RESUMEN

Propuesta de una estrategia de capacitación en atención prenatal para profesionales de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. Tena 2015 - 2016. Se realizó un estudio de desarrollo, observacional, de tipo correlacional, de corte transversal. El universo fue de 30 profesionales y la muestra de 28, que cumplieron con los criterios de inclusión, escogida por muestreo no aleatorio de conveniencia. Para la recolección de los datos se utilizó como fuente directa una encuesta. Los datos fueron procesados a través del sistema SPSS, y analizados cualitativa y cuantitativamente en porcentajes y presentados en tablas. En los resultados obtenidos, la edad que predominó fue de 31 a 40 años 42,9% (12); con perfil profesional médico 82,1% (23); con 1 a 4 años de experiencia 53,7% (15), que no cuentan con el manual en un 78,5% (22) y con conocimientos no satisfactorios sobre la atención prenatal en un 92,9% (26). No existiendo relación entre estos conocimientos, la experiencia laboral y el cumplimiento de las normas. Por lo que se diseñó una propuesta de estrategia de capacitación en atención prenatal dirigida a profesionales de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. Se recomienda la capacitación continua del personal que labora en este ámbito.

Palabras claves: <CONTROL PRENATAL>, <MUJERES EN GESTACIÓN>, <ESTRATEGIA DE CAPACITACIÓN>, <CENTROS DE SALUD URBANO TENA Y SATELITAL>, <TENA (CANTÓN)>.

ABSTRACT

Proposal for a training strategy in prenatal care for professionals belonging to health care centers located in Urbano Tena and Satelital. Tena 2015-2016. It was conducted a development, observational, correlational, cross-sectional study. The population for this study was formed by 30 professionals, whereas, the sample was formed by 28 professionals, who met the inclusion criteria chosen by non-random sampling of convenience. A survey was applied as direct source to collect the data that were tabulated by the SPSS system, then, they were analyzed qualitatively and quantitatively in percentages to be shown by charts.

The findings reported that the predominant age was of 31 to 40 years old 42.9% (12); medical professional profile 82.1% (23); professionals with 1 to 4 years of experience, 53.7% (15), the ones who do not have the manual in 78.5% (22) and with unsatisfactory knowledge about prenatal care in 92.9% (26). These percentages demonstrate that there is no relationship between this knowledge, work experience and compliance with standards. Therefore, it was designed a training strategy in prenatal care, addressed to professionals of the health care centers in Urbano Tena and Satelital. Finally, it is recommended a permanent training for the personnel working at the health field.

KEY WORDS: <PRENATAL MONITORING>, <PREGNANT WOMEN>, <TRAINING STRATEGY>, < HEALTH CARE CENTERS IN URBANO TENA AND SATELITAL>, <TENA (CANTON)>.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

En el siglo XVII se creía que el cuerpo humano estaba constituido por 4 humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, y que la salud provenía del equilibrio de éstos. También, debido a la alta tasa de morbilidad y mortalidad materna, se entendía que el embarazo era una enfermedad y, por tanto, debía ser tratada como tal. Así, durante este siglo, el único tratamiento durante el embarazo fue la exanguinación, la cual se practicaba realizando una incisión con un bisturí o con una lanceta en de una vena y dejando que salieran de 500 a 1 000 cc de sangre

Esta terapia fue utilizada en forma rutinaria, entre una y tres veces en las mujeres embarazadas de Austria y Baviera-Alemania. El caso más representativo lo constituyó el de la reina Carlota, de Inglaterra, en 1762, quien durante su primer embarazo presentó mareos, palpitaciones, disnea y dolor en hipocondrio, por lo que se le practicó la exanguinación de 6 onzas. (Fernández, 2010)

Avanzado el tiempo, la idea del control prenatal regular fue de John William Ballantine (1861-1923), en 1913, en Inglaterra, quien después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformidades del feto, propone crear un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo. Sin embargo, la primera clínica para control prenatal ambulatorio fue creada por Haig Ferguson (1862-1934), en 1915, en Edimburgo, que sirvió de modelo para todas las demás clínicas de control prenatal en el Reino Unido.

El desarrollo y divulgación general de la atención prenatal en Inglaterra y parte del mundo occidental, se debe principalmente a Janet Campbell, quien fue la responsable de iniciar el Servicio Nacional de Clínicas Antenatales y uniformar los parámetros de visitas y rutinas que se debían seguir durante el control prenatal. Gracias a su trabajo, se

logró que del 40% de las embarazadas que recibía control prenatal antes de la segunda guerra mundial se pasara a 100% después de la misma. (Fernández, 2010)

La muerte materna y neonatal constituye un problema de salud para los países en vías de desarrollo. Este parámetro es considerado el indicador universal de calidad en la atención de servicios de salud y de las condiciones de vida.

Son indicadores que miden el nivel de desarrollo de un país y evidencian, la realidad y condiciones de vida de estas mujeres y sus familias. Si existe un elevado o un indeterminado número de muertes maternas y neonatales, esto muestra la medida en que el estado está cumpliendo con su obligación de garantizar las condiciones necesarias para que esta parte de la población alcancen una salud plena.

La muerte de un recién nacido a menudo es consecuencia de las deficiencias en la atención desde la etapa preconcepcional, concepcional, parto, puerperio, nacimiento y período neonatal. Estas faltas técnicas y operativas deben ser superadas para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud como parte de las estrategias que permitan reducir la mortalidad materna y neonatal. (Cuidado obstétrico y neonatal esencial. (CONE, 2013)

En el informe 2012 de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), la muerte materna en los últimos 20 años señala menor progreso que el resto de metas, siendo que en todo el mundo disminuyó un 49% (400 muertes por cada 100 000 niños nacidos vivos en 1990, a 210 en 2010); esta reducción está lejos de la meta establecida para la Objetivos del Desarrollo del Milenio.

La razón de muerte materna dada en países en desarrollo (240 muertes por 100 000 nacidos vivos) es 15 veces mayor que la que presentan los países desarrollados. Esta gran diferencia ha sido llamada “la mayor desigualdad de todas las estadísticas de salud pública” desde esta perspectiva, para avanzar en la disminución de la muerte materna, se necesita avanzar en alcanzar la igualdad de género. (Organización de las Naciones Unidas, 2012)

Anualmente, más de 22 mil mujeres, provenientes de los sectores pobres y aislados de América Latina y el Caribe, aun mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a inicios del siglo XX. Cinco estados poseen tasas mayores que las que había hace 60 años en los Estados Unidos de Norteamérica.

La tasa en América Latina y el Caribe fue de 91.1 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2010, fluctuando entre 17.3 defunciones en Chile y 523 defunciones en Haití. El 20% de la región más pobre concentra 50% de muertes maternas, mientras que el 20% más rico solo tiene el 5% de esas defunciones. (Atun, 2015)

En las Américas prevalecen las causas obstétricas directas de muerte, que superan el 70%. Entre estas causas médicas primarias están la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%). Las embarazadas con complicaciones obstétricas fallecen en un lapso aproximado de dos días. Las muertes causadas por la hemorragia y la septicemia están más vinculadas con el propio parto. La hipertensión del embarazo es un riesgo sustancial de morbilidad materna. (Atun, 2015)

Las muertes de la madre y el producto, como complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún son un grave problema de salud pública en América Latina y el Caribe (ALC). A pesar de ser una dificultad por demás evitable y de haber sido reducido de manera considerablemente en varios países, en otros se ha logrado poco, y por tanto continúa siendo una tarea pendiente. Existen estrategias y medios que pueden ser muy efectivos y que son aplicables en aquellos grupos poblacionales que son más frágiles y susceptibles de enfermar y morir por estas causas. (Tavara, 2015)

En el Ecuador, hay 5.513.467 mujeres de las cuales el 66,7% son madres, de estas el 44,1% que están entre los 15-19 años ya ha tenido el primer hijo, al igual que el 35,2% que está entre los 14-29 años. Y de este grupo 122.301 son Madres Adolescentes (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENASUT) Freire, 2012; demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), en lo

que se refiere a Salud materna señala que el primer control prenatal de las embarazadas a nivel país, realizado durante el primer trimestre del embarazo, en el periodo 1999-2004 fue del 52%, con al menos un control en el 84% y ningún control en el 16% de embarazadas; y en el periodo 2007-2012 del 71,5% con al menos un control en el 95% y ningún control en el 5% de embarazadas. (MSP, 2010; INEC, 2011)

En lo que se refiere al lugar de residencia, en el periodo 1999-2004 en el área urbana recibieron al menos un control en el 90,8% y el primer control en el primer trimestre el 74,7%, en el área rural en este mismo periodo recibieron al menos un control el 76,4% y durante el primer trimestre en el 52,8%; en el periodo 2007-2012 en el área urbana recibieron al menos un control el 96,9% y un primer control en el primer trimestre en el 81,4% finalmente en este mismo periodo en el área rural recibieron al menos un control el 90,7% y el primer control en el primer trimestre el 73,7% respectivamente. (MSP, 2010; INEC, 2011)

Según los resultados del censo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del 2010, la provincia de Napo cuenta con 103.697 habitantes, de los cuales 54.996 son mujeres en edad reproductiva (15-49 años).

El cantón Tena tiene 60.880 habitantes de los cuales 29.937 son mujeres. En la actualidad, a nivel del Distrito de Salud 15D01 cuya población para el año 2016 es de 106758 usuarios, en el periodo correspondiente a enero- agosto del presente año se realizaron 2803 primeros controles y 8090 subsecuentes. Durante el año 2015 se reportaron 3 casos de muerte materna, en este año hasta el momento no se reporta ninguno.

De acuerdo al INEC del 2007 murieron 176 mujeres por causas del embarazo, parto y puerperio nos da una tasa promedio de 90,2 x 100.000 nacidos vivos, las provincias con tasas superiores a 100 son Imbabura (118.8), Cañar (132.8), Cotopaxi (179.9), Loja (139.4), Sucumbíos (150.2), Esmeraldas (172.9), Chimborazo (175.8), Napo (163.9), Morona Santiago (176.7) y Zamora Chinchipe (321.3), en comparación con Azuay (79.2). Las muertes ocurren por complicaciones obstétricas: hemorragias (25%), sepsis (15%), abortos inducidos inseguros (13%), hipertensión gestacional (12%) y partos obstruidos (8%). (Kirby, 2015)

Para la obtención de un recién nacido sano con un riesgo mínimo para la madre se hace necesario uso del control prenatal de calidad, el cual se dirige a la evaluación periódica y continua del estado de salud de la madre y el feto, vista de forma integral por el equipo multidisciplinario adiestrado para estos fines, las guías anticipatorias para la etapa juegan un papel importante en la enseñanza de los síntomas y signos de alarma y preparación de la gestante en esta fase. (Ticona, 2014)

La evidencia científica cada día demuestra la importancia de la medicina familiar formando parte esencial de la ejecución de los programas prioritarios de salud. El control prenatal es fundamental en la preservación de la salud materna a nivel mundial, sin embargo, en el mundo existen millones de mujeres que no tienen acceso a estos servicios durante el embarazo y el parto, especialmente las mujeres de países en vías de desarrollo, sin educación y aún más aquellas que viven en áreas rurales.

África, Asia y Latinoamérica, exhiben los mayores porcentajes de atención prenatal deficiente, así mismo, cerca de la mitad de las gestantes paren sin la asistencia de personal calificado y la mayoría no recibe atención en el puerperio. (Atun, 2015)

Se define el control prenatal como el conjunto de actividades asistenciales y preventivo-promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo y humano, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. (Tipiani, 2015)

En la revisión bibliográfica realizada por el autor se confirma que la Atención Primaria de Salud (APS), con su célula básica en los consultorios del médico y su equipo (equipo básico de salud) tiene dentro de sus funciones trabajar con los grupos poblacionales de riesgo de la comunidad. Esto permite una intervención promocional educativa dentro de las que se encuentran: educar sobre la necesidad de asumir una maternidad y paternidad responsable, promover la planificación familiar y la maternidad y con el propósito de favorecer a la salud sexual y reproductiva, así como desarrollar un sentimiento hacia la prevención. Estas medidas incidirán positivamente en el logro de indicadores relacionados con el embarazo el parto y el puerperio. (Paredes, 2016)

El control prenatal tiene como meta la identificación adecuada y detección de los factores de riesgo obstétricos desde el inicio, la indicación de pruebas de laboratorio y el seguimiento de parámetros antropométrico y clínicos, lo cual ayuda a un diagnóstico de patologías asociadas y nos permite actuar sobre los factores de riesgo, modificándolos tempranamente, acciones que benefician la salud materna y perinatal, a lo que se le agrega el suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) especialmente en embarazadas con estado de malnutrición y clasificadas como de alto riesgo obstétrico. (Dueñas, 2011)

Los estudios han demostrado que la atención prenatal influye directamente en la mortalidad materna, en los países en vías de desarrollo, solamente el 68% tiene al menos un control prenatal, mientras que en los países industrializados el 98% de las mujeres tiene al menos una visita de atención prenatal.

Es fundamental el conocimiento adecuado de las normas de atención por parte de los profesionales de la salud que atiende a las embarazadas, puesto que las acciones deben realizarse en combinación con la paciente y su familia, por lo que es importante conocer el entorno familiar en el que se desarrollará la gestación, o mejor aún, a través de la atención previa a la concepción ya que existen múltiples factores que la pueden alterar. De esa forma, se puede controlar el momento de mayor morbimortalidad en la gestante y su producto, y así disminuir y evitar que se produzca muertes maternas e infantiles evitables. (Farnot, 2013)

En la actualidad, los mayores progresos se deben, por un lado, a la mayor relevancia dada a la información y proyectos personalizados de las pacientes y, por otro lado, a la continuidad del programa asistencial en el país, mediante redes de perinatalidad. No hay que olvidar los consejos de la guía de control del embarazo tranquilo pero vigilante, así debe ser el ambiente de las consultas prenatales. Una actitud demasiado arbitraria, un personal sanitario nervioso o un seguimiento realizado por un personal médico cambiante acarrearán efectos negativos. (Ceccaldi, 2015)

Actualmente la desigualdad en el sistema de salud ya no es la cobertura de la atención, sino la calidad de los servicios que se brinda en el campo de la salud materna y más específicamente en el control prenatal. El mismo es primordial en la disminución de la

morbimortalidad materna y perinatal, valorando el riesgo obstétrico, detectando y tratando enfermedades que agravan la gestación, previniendo las complicaciones obstétricas, también preparando física y emocionalmente a la madre para el parto, lactancia materna y para un adecuado cuidado del recién nacido. (Atienzo, 2016)

El estado a través del Sistema Nacional de Salud, ha invertido recursos para la elaboración e implementación de guías y protocolos para el control prenatal, pero para que se cumplan los objetivos y metas trazadas a cabalidad en todos los escenarios y tiempos para los que fueron creados, se necesita un sistema de seguimiento evaluación y control, que en la actualidad no existe. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

En este escenario donde existe la norma protocolaria pero no se han logrado los objetivos para la que fue creada, la consecución de este trabajo no presenta mayores limitaciones, al contrario, es el espacio preciso para implementar acciones que lleven a revertir la realidad actual en aras de una mejor salud materna e infantil.

1.1. Planteamiento del problema de investigación

El alto porcentaje de embarazos sin un control adecuado a nivel mundial, en Latinoamérica, el Caribe y el Ecuador es una problemática en salud que no se ha logrado superar como se estimaba en los objetivos de desarrollo del milenio, reducir un 75% la tasa de mortalidad materna hasta el 2015 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Al ser evaluadas las pacientes embarazadas que acudieron a los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital durante el año 2015, se encontró la falta de cumplimiento en el número de controles, la captación tardía en su mayoría (95,3 %) y la no identificación oportuna de factores de riesgo asociados al embarazo, entre otros, de lo cual se asume la posibilidad de un control prenatal no adecuado y sus consecuencias. Problemática que se ha identificado en el Análisis Situacional Integral de Salud, realizado en el Barrio San Luis donde fueron captadas 38 embarazadas de ellas el 76.1% corresponden a captaciones tardías; datos evidenciados en el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) del barrio San Luis en el año 2015. (Viteri, 2015)

En las visitas de control realizadas al domicilio de las embarazadas pudo encontrarse un deficiente seguimiento, relacionado con la identificación de factores de riesgo de manera oportuna y la consecuente búsqueda de patologías asociadas mediante los diferentes exámenes establecidos en las normas y protocolos del control prenatal.

En el análisis situacional de salud, se detectó que predominaron embarazadas con factores de riesgo, enfermedades asociadas antes del embarazo 15%, relacionadas con el embarazo 8.2%, riesgos ambientales y socioeconómicos en el 100% de las pacientes, que se identificaron en historias clínicas revisadas al azar para el efecto. Datos que orientan a profundizar tanto en el riesgo preconcepcional como detección de los factores de riesgo una vez embarazada la paciente.

A juicio del autor, cada día se hace más necesario el trabajo de profesionales altamente calificados en el primer nivel de atención de salud que den respuestas y soluciones a la problemática planteada, por lo que se hace necesario tomar acciones para que médicos y obstetras inicien su vida profesional con una inducción adecuada en los programas y protocolos que lleva el Sistema de Salud Pública del país, con el consecuente cumplimiento en sus aptitudes y conocimiento sobre el tema, con empoderamiento (actitud) y respuesta positiva a seguimiento, evaluaciones y capacitaciones periódicas que evalúen su desempeño.

Por lo anteriormente expuesto se considera que se debe actuar oportunamente, lo cual traerá beneficios desde el punto de vista social, cultural, económico y familiar, pues al medir los conocimientos de los profesionales se pueden trazar estrategias para contrarrestar cualquier falencia en la atención prenatal.

1.2. Formulación del problema

Por lo que se plantea el problema científico siguiente:

¿Qué conocimientos tienen los profesionales de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital del manual de control prenatal?

1.3. Justificación

Preservar la salud Materna-Neonatal es de vital importancia por muchas razones, como se sabe el deterioro de la salud o la muerte de una madre afecta enormemente la estabilidad familiar, pues constituye una crisis para normativa que difícilmente se supera sin que afecte la funcionalidad de la familia. Se inicia el siglo XXI enfatizando cada día en asegurar el bienestar tanto materno como infantil, parámetros específicos para medir el nivel de calidad de los servicios de salud de cualquier sociedad alrededor del mundo, si alguno de estos se afecta, es un hecho que el resto del sistema estará en igual o peores condiciones. (Zúñiga, 2016)

Si el aparato gubernamental a través de las instituciones involucradas dentro del Sistema Nacional de Salud, de forma acertada ha invertido ingentes cantidades de recursos humanos, financieros, logísticos, etc., la responsabilidad adquirida hace imprescindible que se cumpla con los objetivos y metas trazadas en el control prenatal de tal modo que todas las ordenanzas, guías y protocolos para el efecto se cumplan a cabalidad en todos los escenarios y tiempos para los que fueron creados. Caso contrario, se corre el riesgo de que todo el esfuerzo realizado a nivel de diferentes esferas, espacios e instituciones no cumplan los logros para los que fueron creados: preservar y mantener la salud Materno-Neonatal. (MSP, 2013)

De ahí, la enorme e ineludible responsabilidad que tenemos todos y cada uno de los ciudadanos que trabajamos en salud para que estas metas se cumplan, razón más que suficiente para emprender este trabajo de investigación y colaborar en el cumplimiento y satisfacción de las necesidades que tienen las mujeres embarazadas en un control prenatal que garantice su bienestar y el del recién nacido.

La atención prenatal implica no sólo el número de visitas sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. El programa de atención prenatal, con inicio desde el primer trimestre de embarazo y consultas médicas periódicas hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como anemia, infecciones cérvico vaginales, diabetes gestacional, pre eclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), o cualquier factor de riesgo y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada en el momento adecuado, lo que significa un

costo menor en su atención posterior y mejora la calidad de la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos. (Esquivel, 2016)

A pesar de que el profesional de salud es competente para su desempeño, existen falencias en el cumplimiento en el control prenatal, debido a un sinnúmero de factores ya señalados anteriormente y la falta de un óptimo sistema evaluativo; entendiéndose como control prenatal inadecuado a una captación tardía de la embarazada, a la falta de cumplimiento del número de controles necesarios dependiendo del nivel de riesgo del embarazo y la mala calidad del mismo por no detectar oportunamente factores de riesgo, que conllevaría a mayores tasas de partos pre término, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno perinatal.

Es en este último parámetro, la calidad de control prenatal en donde se intervendrá buscando que el profesional detecte oportunamente factores de riesgo en la embarazada disminuyendo la morbilidad materna infantil.

A nivel mundial las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Tradicionalmente, en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal siguiendo los lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales.

Muchos de los componentes de estos programas prenatales no han sido sometidos a una rigurosa evaluación científica para determinar su efectividad; o no se ha implementado el seguimiento y evaluación periódica en los profesionales para determinar su real utilidad y beneficio esperados. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia sólida ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y por lo tanto la asignación óptima de recursos.

En los países en desarrollo estos programas son implementados, pero falta mucho por mejorar, por ejemplo, las visitas a los controles pueden ser irregulares, con una mala respuesta en el cuidado de las mujeres.

Ecuador no es la excepción, el modelo de control prenatal ha sido mejorado sustancialmente, sin embargo, hay mucho por hacer para obtener los resultados planteados, todavía hace falta una rigurosa evaluación para medir su efectividad y un sistema de seguimiento y consecutivas evaluaciones periódicas; motivos de sobra para que esta investigación aporte con elementos que en el futuro ayuden a que se implementen estas necesidades en bien de la salud las mujeres y niños ecuatorianos.

Al intervenir en los profesionales de los centros Urbano Tena y Satelital que se ocupan del control prenatal, y elevar su conocimiento, mejorando la calidad del mismo y proponiendo alternativas futuras para la implementación de un sistema de seguimiento y evaluación permanente que a su vez lleve a implementar un modelo de control prenatal propio que realmente se ajuste a las necesidades de la realidad amazónica y ecuatoriana serán muchos los beneficiados, no solamente el grupo de trabajadores que intervendrán en el estudio.

Por todo lo expuesto, este trabajo de investigación es factible y pertinente, pues con seguridad tendrá un real impacto en la aplicación correcta y oportuna del control prenatal para beneficio de la mujer embarazada a nivel local, mejorando la calidad de la atención y los indicadores en cuanto a salud materna infantil se refiere.

1.4. Objetivos

1.4.1 General

Diseñar una propuesta de estrategia de capacitación en atención prenatal para profesionales de salud de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital en el periodo 2015 y 2016.

1.4.2 Específicos

- 1.- Caracterizar el grupo de estudio según variables sociodemográficas seleccionadas.
- 2.- Identificar los conocimientos sobre los procedimientos contenidos en el manual por los profesionales.

3.- Relacionar los conocimientos sobre las normas de atención prenatal de los profesionales con variables sociodemográficas seleccionadas y el cumplimiento de las mismas.

4.- Elaborar una propuesta de estrategia de capacitación en atención prenatal para profesionales de salud.

1.5. Hipótesis

La propuesta de estrategia de capacitación en atención prenatal para profesionales de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital, elevará los conocimientos sobre el manual de atención prenatal.

H₀: La propuesta de estrategia de capacitación en atención prenatal para profesionales de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital, no elevará los conocimientos sobre el manual de atención prenatal.

H₁: La propuesta de estrategia de capacitación en atención prenatal para profesionales de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital, puede elevar los conocimientos sobre el manual de atención prenatal.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Teórico Referencial

2.1.1. Antecedentes del problema

Revisadas las fuentes bibliográficas se encontraron varias investigaciones relativas al tema, una de ellas se expone a continuación:

Autores: Fredi Cano Hernández.

Tema Intervención Educativa dirigida a personal de Salud de primer nivel de atención en el municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua, para fortalecer los conocimientos en la atención adecuada del Embarazo, Parto y Puerperio.

Se trata de un estudio transversal, con una muestra de 277 adolescentes (15 a 19 años) usuarios del Hospital de El Carmen, en el año 2010. En donde el 12% de varones y mujeres habían iniciado su vida sexual (el 42% de los varones y el 22% de las mujeres, antes de los 15 años). Aunque todos reconocían que la responsabilidad es de ambos, las mujeres consultaron más el Programa de Planificación Familiar que los varones (el 40% y el 13,5% respectivamente) y reconocían haber recibido más información sobre métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual que sus pares varones. (Parra, 2013)

En conclusión, los hallazgos sugieren que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado, y que los adolescentes de ambos sexos siguen teniendo concepciones erradas sobre el uso de métodos anticonceptivos. Por lo tanto, es necesario intensificar las actividades de difusión de los Programas de Planificación Familiar entre los y las adolescentes. (Parra, 2013)

2.2. Antecedentes históricos

A pesar de que el origen preciso de la atención y cuidado del embarazo se pierde en las brumas del tiempo, si es claro que los primeros aspectos en cuanto a la atención prenatal se remonta a los inicios mismo de la raza humana .El instinto de supervivencia propia de una especie inmersa en lo precario y difícil del medio hostil que la rodeaba, los peligros de animales salvajes, el entorno desconocido; sumado al innato instinto materno de la mujer en su preñez llevaron a los conglomerados primitivos a dar un especial cuidado a la hembra gestante para llevar el embarazo a feliz término y así perpetuar la especie.

La salud del ser humano, se asocia en la antigüedad con la hechicería y la cura de la enfermedad. La obstetricia comienza desde los albores de la humanidad, con la atención del parto, sin considerarlo una enfermedad, sino más bien un acto natural. Las embarazadas fueron atendidas por otras mujeres cuando las requerían, cumpliendo una labor de gran importancia para el mantenimiento de la vida y preservación de la especie. Este período constituye la obstetricia en la prehistoria. Más adelante la obstetricia va adquiriendo un rol determinante en la medicina en pro de mejorar y mantener la salud materna.

En la época antigua (6000 a. C. a 1200 a. C.), en Egipto, las embarazadas eran asistidas solo por mujeres, produciéndose el parto en cuclillas, o en el suelo. Más adelante, en la Mesopotamia, actual Irak (4000 a. C a 331 a. C) la realidad era más precaria, el embarazo dejaba a la mujer en condiciones de impureza y presa fácil de fuerzas malignas, condición que constituyo una de las razones de su aislamiento y separación del resto de los miembros de la familia en el momento del parto.

Siglos más tarde, Grecia, Roma (500 a. C. y 500 d. C.), Arabia y la India ya tienen compendios médicos, referidos a las enfermedades de la mujer y la solución de las distocias, a través de la cesárea, las versiones internas y el uso del fórceps. La Edad Media (400 y 1400 d. C.) fue una edad de oscurantismo, de retroceso, de ignorancia y, de olvido en la que se dejaron y perdieron estos avances en el cuidado prenatal. Lo que primaba en esta época fue la superstición y la superchería de la época primitiva,

produciéndose infecciones puerperales, y muerte materna e infantil en una gran mayoría de embarazos. (Dapuetto, 2016)

En el Renacimiento se hace referencia a la obstetricia moderna, donde se menciona los avances en la solución de distocias. Se establece la separación de las acciones de la comadrona y la intervención médica.

En el año 1513, el médico alemán Eucharius Röslin presentó el libro *El jardín rosa*, donde hace referencia al arte de atender los partos y a los cuidados en la alimentación de las embarazadas. Los siglos XVI y XVII están matizados por grandes avances, como, los estudios de la pelvis, el mecanismo de parto, el cálculo de la fecha probable de parto, según la fecha de la amenorrea y la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, como signo de vitalidad, las maniobras de Leopold, entre otros, que hasta la actualidad se encuentran en uso. (Dapuetto, 2016)

En el siglo XVIII, durante la Ilustración, se continúa contribuyendo con el conocimiento y el poder de la razón. Se hace mención a la asepsia en obstetricia, la episiotomía y el avance vertiginoso en las intervenciones médicas en las distocias. Se producen grandes avances que innegablemente marcan el camino de la obstetricia como ciencia pero que también establecen su intervención femenina y su diferencia con la ginecología. En el año 1821 en París, Lachapelle publicó un libro basado en su experiencia de atender partos, destacando la preponderancia de la intervención femenina y el arte de la atención, a través de una formación superior, ya que ejercía sus funciones en la maternidad de Port Royal en París.

Es en esta parte de la historia donde se produce una separación en la historia de la obstetricia, ya que se desliga la labor de los médicos (con muy poca experiencia obstétrica), en esta época, y la pericia de la matrona titulada en un instituto y las parteras tradicionales.

En el año 1826, una discípula de Lachapelle, Paulina Benita Cadeau de Fessel, es invitada para dirigir la primera escuela de parteras de América Latina, institución establecida para la formación de parteras, lo que más adelante constituirá la Maternidad de Lima-Perú (Dapuetto.2016). En el Ecuador la carrera de obstetricia se establece

como tal el 12 de abril de 1865, cuando se funda la Escuela de Obstetricia en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.

En cuanto al control prenatal como tal no existe en el mundo sino hasta finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, es a partir de esta época que se comienza a realizar un control prenatal para determinar la fecha probable de parto, y un segundo en el momento de producirse el mismo. En los Estados Unidos, el control prenatal es sugerido por William Putnam en 1911; sin embargo, llevarlo a cabo en forma regular fue iniciativa de John Ballantine en Inglaterra en 1913. De regreso a los Estados Unidos de América, Whitridge Williams en 1914, con el apoyo de Putnam, inicia un programa de cuidados prenatales en el Hospital Johns Hopkins.

Posteriormente en 1915 Haig Ferguson crea la primera clínica para el control prenatal en Edimburgo-Escocia, que constituyó el modelo para las demás clínicas de control prenatal en el Reino Unido. Sin embargo, el desarrollo y promoción del control prenatal en Inglaterra como en el mundo se debe a Janet Campbell responsable de iniciar el Servicio Nacional de clínicas antenatales y establecer los parámetros de visitas y actividades que se deben llevar a cabo en el control prenatal. (Fernández, 2010)

En Sudamérica, en la década de 1970 se crea el Centro Latinoamericano de perinatología, (CLAP), por un grupo de profesionales comprometidos con la salud de las madres y sus recién nacidos, liderados por el Dr. Roberto Caldeyro Barcia, mediante un acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La propuesta técnica de CLAP/SMR se centra en promover, fortalecer y mejorar las capacidades de los países de la Región de las Américas en materia de atención de salud de la mujer, la madre y el recién nacido. Mediante una estrategia de cobertura universal fortalecida en salud reproductiva con transversalización de género y determinantes sociales. Las acciones están basadas en investigación, cooperación y de diseminación de conocimientos e intervenciones costo efectivas.

Su misión es promover, fortalecer e incrementar las capacidades de los países latinoamericanos en el cuidado de la salud de la familia, la mujer, la madre y el recién nacido con el involucramiento del hombre, desde una perspectiva de eficiencia y equidad, mediante la identificación y aplicación de soluciones sostenibles, como parte de una red de cooperación, con capacidad de replicación, identificando, utilizando y movilizandorecursos propios o de otras instituciones que garanticen la mejor respuesta para cada situación específica. En 1988 estableció un formato de medicina perinatal preventiva en uso hasta la actualidad. (OPS, OMS, 2016)

El cuidado del embarazo es un proceso socio histórico, por lo que es necesario tener conocimiento y emprender acciones sobre la realidad del presente a partir de un análisis del pasado y de sus circunstancias sociales. Es un hecho ya sin discusión el aporte en la baja de los índices de morbilidad que se produce a partir del otorgamiento de servicios institucionales de cuidado al embarazo.

Para lograr mejorar su accesibilidad, calidad, oportunidad y eficacia, se tendrán que conocer y analizar aspectos relacionados con los servicios, que hasta ahora, han sido poco atendidos desde el marco histórico y la salud misma. Tal es el caso de los cambios surgidos en la atención del embarazo, tipo de prestador e institucionalización del servicio de atención a lo largo del tiempo.

En la actualidad la salud es un derecho social cuya base jurídica se expresa en diversas obligaciones que los países deben cumplir en conformidad con las convenciones, protocolos y declaraciones por ellos establecidos. La salud materna, perinatal e infantil, son argumentos altamente relevantes para los pueblos y constituyen el centro de los derechos a la salud.

Desde inicios del siglo XX, las políticas de salud globales han privilegiado a la maternidad segura (1987) y la supervivencia infantil, la primera puso su atención en la mortalidad materna para ampliarse al enfoque de la salud reproductiva, centrada en la condición social de la mujer, y luego en los derechos reproductivos. (OMS, 2010)

2.3. Epidemiología

Los indicadores de salud materna, perinatal e infantil reflejan el desarrollo económico, cultural, social y sanitario de un país. En el mundo mueren actualmente 585.000 mujeres cada año, algo más de una por minuto, por complicaciones del embarazo y parto (hemorragia, infecciones, hipertensión arterial, aborto y problemas del trabajo de parto), 99% de esas muertes ocurren en los países en desarrollo. Es así que mientras en Norteamérica mueren 11 mujeres por cien mil nacidos vivos, en África mueren casi 900 por cien mil. (World Health Statistics, 2014)

Según este autor, América Latina es, por otra parte, la región del mundo donde se establecen las mayores desigualdades de salud entre los países y grupos de personas que lo conforman.

En esta parte de mundo donde vivimos en cuanto a la situación de mortalidad materna, cada año más de 22 mil mujeres especialmente en sectores pobres y rurales aislados de América Latina y el Caribe (ALC) todavía mueren anualmente de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. Cinco países aún tienen tasas mayores que las que había hace 60 años en los Estados Unidos. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

La Organización Mundial de la Salud (2015), cree que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como maniobras para perfeccionar los resultados del embarazo y evitar la mortalidad materna neonatal. Sin embargo; no todas las mujeres embarazadas acceden a un control prenatal apropiado y muchas no logran la adherencia a las indicaciones, ni cumplir con la periodicidad del mismo.

La OMS expone lo siguiente con respecto a los objetivos esenciales del control prenatal: mantener la salud materna y del niño, lograr un parto normal y una crianza adecuada. Esto se alcanzará mediante la identificación de condiciones de salud preexistentes, la localización de enfermedades maternas subclínicas, la prevención, diagnóstico y tratamiento de complicaciones del embarazo, la vigilancia del crecimiento, desarrollo y vitalidad fetal, la preparación psicofísica para el parto y la oferta de contenidos educativos para el desarrollo adecuado del embarazo.

En cuanto a la realidad materno infantil dentro de los objetivos del milenio, los esfuerzos realizados en el mundo para combatir las causas prevenibles de mortalidad materna e infantil presentan los siguientes resultados. En 2008 se registraron 342 900 muertes maternas, 80 000 menos que en la década previa; cerca de 81% de las defunciones ocurrieron en 21 países. La mortalidad infantil disminuyó de 11.9 millones a 7.9 millones de defunciones de 1990 a 2008, lo que mostró un ritmo de decremento anual de 2.1%.

De los 31 países en desarrollo que alcanzarán las metas propuestas por los ODM en la región mesoamericana, sólo México, El Salvador, Honduras y Nicaragua están en camino de alcanzarlos. En los ocho países de la región estudiada se observan tendencias descendentes de las tasas de mortalidad en menores de cinco años de 1990 a 2008 y todos se en la trayectoria correcta. Algunos con mayor progreso como El Salvador y otros más lentos como Panamá. La brecha entre Guatemala y Costa Rica es del doble en la mortalidad neonatal y seis veces más alta en edad pos neonatal. (Lozano, 2011)

La República del Ecuador se encuentra situada al noroeste de América del Sur, con una extensión territorial de 256.370 km² geográficamente dividida en cuatro regiones: Costa, Sierra, Amazonía y región Insular; está constituida de 24 provincias, 269 cantones, a su vez subdivididos en parroquias urbanas y rurales. Desde el 20 de mayo de 2010, se estableció una nueva organización político-administrativa del territorio, que incluye nueve zonas con gobiernos autónomos descentralizados, distritos y circuitos. Tiene 14.483.499 habitantes; entre 2001 y 2010 se registró un crecimiento poblacional promedio anual de 1,7%.

La población urbana representa 60,43% del total nacional; 50% de la población habita en la Costa, 45% en la Sierra, 5% en la Amazonía y 0,2% en la Región Insular. El 71,9% de la población se considera mestiza, 6,1% blanca, 6,8% indígena, 7,2% afro ecuatoriana y 7,4% montubia. La esperanza de vida al nacer para el quinquenio 2005–2010 alcanzo´ los 75 años (hombres 72 y mujeres 78). La tasa global de fecundidad para el mismo periodo fue de 2,6 hijos por mujer. Durante el mismo periodo la tasa bruta de mortalidad se mantuvo en 4,3 defunciones por 1.000 habitantes. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

En Ecuador la tasa de mortalidad materna es un indicador complicado de valorar, debida a la variedad de fuentes y por otro lado a la falta de precisión en los datos. Según el INEC, en 2009 la tasa de mortalidad materna fue 69,7 por 100.000 nacidos vivos, en la actualidad se reporta una tasa del 49,75 por 100.000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad según egresos hospitalarios son hipertensión gestacional con proteinuria significativa, eclampsia, hemorragia postparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico y aborto no especificado. (OPS, 2012)

En 2006 los establecimientos del Ministerio de Salud atendieron 38,5% de los partos a nivel nacional, cifra que para 2010 se incrementó a 47,4%. A nivel nacional solo 30,1% de los partos de mujeres indígenas ocurren en hospitales o centros de salud. Más de 40% de mujeres de las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y 30% de las mujeres de toda la región Amazónica dieron a luz en su casa. La concentración promedio de consultas de control prenatal es de 3,3 y, del total de consultas, apenas el 29,9% son primerizas; la cobertura de control de postparto, no inmediato, fue de 41,5. (OPS, 2012)

A nivel local el distrito 15D01 constituido por 24 unidades de salud, distribuidas a lo largo y ancho de los cantones: Archidona, Arosemena Tola y Tena con una población total de 103.891 usuarios en el 2016. A este distrito de salud corresponde el Barrio San Luis donde se realizó el Análisis de Situación Integral de Salud.

2.3.1. Descripción geográfica del barrio San Luis

2.3.1.1. Información histórica

Por ser una población relativamente nueva pues los primeros residentes se asentaron en el sector en las dos últimas décadas del siglo pasado no existen documentos oficiales que certifiquen los antecedentes históricos. En entrevista realizada a la Sra. Regina Correa nieta del fundador y habitante del Barrio San Luis nos cuenta:” Mi abuelo el Sr. José Luis Correa Angulo y su esposa Sebastiana Calapucha tuvieron 3 hijos llamados: Segundo, Rosa, Pastorita, y Maura Correa Calapucha, y dos hijastras Antonia y Rosa María.

Cuando fallece su esposa, mi abuelo José Luis se junta con la señora Antonia Grefa dando en herencia a su hijo Segundo y a su Madrastra Antonia Grefa un total de 5 hectáreas; 2 hectáreas para su hijo quien las reparte entre sus hermanas y hermanastras lo que ahora constituye San Luis Alto. La madrastra (Antonia Grefa) hereda 3 hectáreas, (San Luis Bajo) las cuales, divide con sus hijas las Sras. Margarita Correa y Dolores Correa.

Luego empiezan a lotizar y vender estas propiedades, siendo los primeros compradores y habitantes: Lorenzo Alvarado, David Noa, Galo Oña Ernestina Rivadeneira, Víctor Vascones, Teresa Noboa, Beatriz Vega, Clemencia Grefa, Pedro Huatatoca y Gabriel Zurita. En Homenaje al señor José Luis Correa como dueño de estas tierras se le da el nombre a este Barrio: San Luis. (Viteri, 2015)

2.3.1.2. Marco geográfico

Ubicación: El barrio San Luis se encuentra localizado en una zona suburbana al noroccidente de la ciudad del Tena.

Superficie: 104.343 metros cuadrados.

Altitud: 400 metros sobre el nivel del mar.

Pisos climáticos: Tropical.

Clima (humedad, temperatura media): Húmedo, con temperatura media de 25 grados en todo el año.

Regímenes de lluvia y sequía: Periodos de lluvia de noviembre a mayo y verano de junio a octubre

Límites geográficos: Norte: Uglupamba y margen derecho del Río Misahuallí, sur: Barrio Dos Ríos, este: San Vicente de Morete, oeste: Barrio H. Rivadeneira.

División política del área: Por ser un barrio con una extensión pequeña, no existe división política.

Descripción de principales cuencas hidrográficas del territorio: El curso alto de Río Misahuallí en su margen derecha bordea al barrio San Luis y otros barrios aledaños.

Descripción general de la accesibilidad del territorio: El barrio San Luis se encuentra a una distancia de 20 minutos a pie y 5 minutos en auto del Sub centro de Salud Urbano

Tena en un trayecto de aproximadamente 1.5 kilómetros en su primera parte de asfalto y luego de lastre.

Listado de las unidades de población más pequeñas, sectores, barrios, recintos, comunidades: La población en estudio es un solo barrio en este caso San Luis no tiene unidades de población más pequeñas.

Descripción de poblaciones de difícil acceso por situación o características geográficas: La accesibilidad al barrio estudiado no presenta dificultad alguna. (Viteri, 2015)

2.3.1.3. Identificación de factores protectores en el entorno (geográfico)

Al estar localizado en plena cuenca amazónica y con bosques tropicales (flora y fauna) alrededor y el paso del Río Misahuallí se caracteriza por ser un lugar de gran belleza y tranquilidad, sin la contaminación de las grandes ciudades, características que favorecen la salud y el buen vivir de sus habitantes por los bajos niveles de estrés y polución. Además, la fácil accesibilidad y la corta distancia al Centro de salud y otros servicios también se constituyen como factor protector; así como también el clima por no tener fluctuaciones extremas, manteniendo un mismo promedio todo el tiempo. (Viteri, 2015)

2.4. Atención prenatal

Ante todo, el autor considera necesario establecer que la salud materna y fetal durante el embarazo está en función de la salud de la paciente y su pareja en el momento que deciden procrear. Es en esta etapa preconcepcional donde se lleva a cabo la prevención primaria cuyo objetivo es minimizar al máximo la aparición de la enfermedad constituyéndose así, en la esencia de la medicina de carácter preventivo.

La consulta preconcepcional debería hacerse en todas las mujeres, independientemente de su estado de salud, pues ayuda a la pareja a asumir la paternidad en forma responsable, debiendo iniciarse dentro del año que preceda a la concepción si queremos obtener los mejores resultados. De este modo el control prenatal posterior será más llevadero con resultados alentadores para la madre y su hijo.

Hoy en día el control prenatal se define como el conjunto de acciones y actividades que se realizan para la mujer embarazada, con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones, desde el punto de vista físico, mental y emocional, estos componentes están destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna siendo las principales características del control prenatal integral, precoz, intercultural, periódico y afectivo. (Organización panamericana de salud/Organización mundial de la salud-CLAP, 2016)

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el control prenatal, es un conjunto de labores que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. (MSP, 2009)

El control prenatal debe tener tres pilares elementales, el primero señala que debe ser precoz, es decir, la primera visita debe realizarse temprano; durante el primer trimestre de gestación, esto permite la aplicación oportuna de las acciones de fomento y protección, que constituyen la razón fundamental del control, además hace posible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, dando la posibilidad de planificar efectivamente el manejo de cada caso.

El segundo pilar es que debe ser periódico, es decir, la frecuencia de los controles prenatales se modificara según el riesgo que presenta la embarazada. Por último, el control prenatal debe ser completo, es decir, que los contenidos mínimos deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de protección, recuperación y rehabilitación de la salud y ver a la gestante de forma integral. (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2013)

2.4.1. Características del control prenatal.

Según la guía de control prenatal del Ministerio de Salud Pública, el control prenatal también se los define como conjunto de actividades y procedimientos que se ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y

enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido., y cuyos componentes son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. De acuerdo al enfoque del control prenatal, el mismo debe ser:

- Completo e integral: Realizado por personal calificado, que cumpla las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud maternal, con detección precoz del embarazo, y control periódico e integral de la mujer embarazada. Se debe dar atención de riesgo nutricional, detección de discapacidades y enfermedades perinatales, maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia, infecciones de transmisión sexual, consejería de VIH/SIDA, enfermedades buco dentales y referencia, en caso de riesgo obstétrico perinatal.

- Precoz: Debe iniciarse lo más temprano posible, en el primer trimestre del embarazo, la primera visita debe llevarse a cabo tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación, esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

- Con enfoque intercultural: Con conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural y entendimiento de las practicas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural del entorno.

- Periódico: Todo embarazo de bajo riesgo debe cumplir mínimo 5 controles prenatales.

En las primeras 20 semanas

Entre las 22 y 27 semanas.

Entre las 28 y 33 semanas.

Entre las 34 y 37 semanas.

Entre las 38 y 40 semanas.

La frecuencia de los controles prenatales se dará según el riesgo que presente el embarazo, en consecuencia, es siempre personalizado e individualizado.

- **Afectivo:** Toda mujer embarazada debe ser atendida con calidad y calidez, Los horarios de atención deben ser favorables a la concurrencia al control prenatal, cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera; y realizar exámenes y pruebas que respondan a un propósito inmediato y que se demuestre sus beneficios. (Guía de práctica clínica del control prenatal, 2015)

2.4.2. Objetivos del control prenatal

- Determinar el estado de salud de la embarazada y del producto.
- Detectar factores de riesgo psicosocial.
- Establecer la edad gestacional.
- Valorar los posibles riesgos y corregirlos.
- Planear el control prenatal en relación al riesgo asignado.
- Proveer información para el autocuidado, y beneficios legales
- Interconsultar al servicio de odontología, nutrición, salud mental, según corresponda.

2.5. Aspectos generales de la atención prenatal

El control del embarazo dentro de la medicina preventiva es primordial para reducir los accidentes perinatales al poderse identificar los principales riesgos evitables. Este control necesita una recopilación de información clínica, siendo indispensable una búsqueda activa de signos de alerta basada en los principales riesgos lo que proporcionaría a la consulta una plena eficacia. Este control debe ser estricto para todas las embarazadas, dada la posibilidad del riesgo potencial de un accidente perinatal. Con mucha frecuencia será el control prenatal el método que detectará los primeros signos de una alteración en el desarrollo de un embarazo que aparentemente parece transcurrir con normalidad.

El riesgo es variable en relación a su repercusión sobre el embarazo, sin embargo, existen categorías mayores de riesgo ante parto, agrupadas principalmente en:

- 1) Enfermedades preexistentes,
- 2) Historia obstétrica previa desfavorable,
- 3) Enfermedades condicionadas por la gestación, y

4) Evidencias de malnutrición materna.

Estas categorías deberían ser identificadas precozmente, dándoles la consideración apropiada en el manejo del embarazo.

La información recogida en la atención prenatal debe ser discutida con la gestante y sus familiares y debe abarcar la misma los siguientes aspectos:

1. Importancia y repercusión de los factores de riesgo identificados sobre el embarazo.
2. El o los efectos potenciales que el embarazo puede tener sobre dichos factores de riesgo.
3. Incapacidad funcional materna condicionada por dichos factores y duración de la misma.
4. Investigaciones necesarias que se deben realizar para controlar el bienestar materno fetal.
5. Posible pronóstico de resultados favorables maternos y fetales.

Consulta Prenatal según semana de gestación: las actividades a realizarse dependen del tiempo o semanas de embarazo en donde se capte y de atención a la embarazada, así:

- Primer Trimestre: (<12 semanas)

Anamnesis (FUM, FPP, violencia intrafamiliar, depresión)

Examen físico completo (incluyendo IMC y TA)

B-HCG en sangre

Ecografía

Tipología sanguínea

Hb y Hcto

Glicemia en ayunas

VIH, Hepatitis B, VDRL,

Citología Vaginal

Uro cultivo

Examen odontológico

Signos de alarma.

Seguimiento de factores de riesgo modificables

Malaria, a toda gestante sin excepción y mínimo por dos ocasiones el Test de gota gruesa.

- Segundo trimestre (12-24 semanas):

Examen físico completo

Frecuencia cardiaca fetal

Ecografía

Detectar pre eclampsia mediante toma de TA y valoración con proteinuria en 24 horas.

Seguimiento de factores de riesgo modificables

Informar acerca de signos de alarma.

- A partir de las 34 semanas:

En las pacientes con tratamiento de anemia, seguir las indicaciones según las guías de anemia en el embarazo, en embarazos con evolución normal informar fecha probable de parto. Referencia según el caso para decisión de lugar y momento de terminación del embarazo de riesgo, asesoría en planificación familiar y signos de alarma.

- En las 36 - 38 semanas

Determinar la presentación, posición y situación fetal, en caso de duda realizar ecografía. Las embarazadas con producto en presentación no cefálica deben ser informadas acerca de las alternativas para conseguir la presentación cefálica y referir al especialista, en embarazadas con reporte anterior de placenta previa realizar nueva ecografía para verificar ubicación de la placenta. Dar información de forma verbal apoyada en asesoramiento prenatal, facilitar información escrita y discutir dudas y problemas; además asesoría en planificación familiar y signos de alarma.

- 40 o más semanas

Dar medidas preventivas de embarazo pos-término, referir al especialista en gineco-obstetricia para manejo individualizado, y signos de alarma.

2.5.1. Recomendaciones acerca de exámenes de laboratorio

- Tipo de sangre y Coombs indirecto.

En el primer control prenatal se debe determinar grupo sanguíneo, factor Rh y Coombs indirecto. La profilaxis anti-D es recomendable de rutina en mujeres Rh negativas, no sensibilizadas. Repetir a las 28 semanas de gestación de acuerdo a su estado inmunológico relacionado con Rh.

- HB, MCV: Recomendado en cada embarazo en el primer control
- VIH: Recomendado en cada embarazo en el primer control y a las 24 a 34 semanas. Se ha reportado que el tamizaje temprano de VIH en el embarazo, un curso corto de fármacos antirretrovirales intraparto, cesárea a las 38 semanas de gestación y suspensión de lactancia en madres portadoras, reducen la transmisión vertical.
- Anticuerpos de rubeola: Recomendado si no se conoce historia de la enfermedad o inmunización.

- Hepatitis B y C: Identificar factores de riesgo para hepatitis B y C, tales como: uso de drogas IV, hemodiálisis, AST elevadas, receptor de sangre u órganos, personas privadas de libertad, y tatuajes. A todas las embarazadas se les debe realizar en su primera consulta prenatal la detección de Hepatitis B (antígeno de superficie sérico). El estándar de oro para detección es el antígeno de superficie sérico; su determinación reporta sensibilidad 92% (84-99) y especificidad 87% (76-97). La prevalencia de hepatitis B en la mujer embarazada es de 0.5 al 1%. El 21% de infección por virus de hepatitis B se asocia a transmisión vertical durante el nacimiento. La transmisión materno fetal es prevenible en 95% de los casos a través de la vacuna e inmunoglobulina al producto al momento del nacimiento.

- VDRL, FTA-abs: Recomendar la detección de Sífilis en cada embarazo en el primer control. Repetir la prueba si la paciente o su pareja refieren conducta de riesgo. Toda embarazada en la que se reporte VDRL positivo debe ser referida a especialista en Gineco-obstetricia para tratamiento.

- Uro cultivo: Se ha encontrado una incidencia de bacteriuria asintomática entre un 2 a 10 % en mujeres embarazadas con bajo estrato socioeconómico. Recomendado para bacteriuria asintomática en etapas temprana del embarazo y en cada trimestre en mujeres con historia conocida de ITU recurrente. Al identificar bacteriuria, proporcionar tratamiento ya que reduce el riesgo de parto pre-término.

- Glicemia: Se realizará una glucemia en ayunas en la consulta médica inicial, que se interpretará de la siguiente manera:
Mayor a 126 mg/dl = diabetes preexistente
Entre 92 a 126 mg/dL = DG

Menor de 92 mg/dL = se realizará una PTOG de 75 g entre las semanas 24 y 28 de gestación

- TSH: Realizar a todas las mujeres con una historia o síntomas de enfermedad tiroidea u otras condiciones asociadas con enfermedad tiroidea.
- Toxoplasmosis: Se recomiendan las pruebas de detección de toxoplasmosis en la atención prenatal en embarazadas de riesgo por exposición, debido a la alta prevalencia en nuestro medio.

Aunque durante el control prenatal se desconoce qué pacientes son susceptibles de adquirir la infección (pacientes seronegativas) se recomienda aconsejar a todas las pacientes lo siguiente:

1. Lavarse las manos antes de manipular los alimentos
2. Lavar minuciosamente las frutas y verduras
3. Utilizar guantes y lavar minuciosamente las manos después de practicar la jardinería
4. Evitar carne cruda o mal cocida y la adquisición de alimentos ya preparados
5. Evitar el contacto con gatos y sus excretas.

- Citología cervico-vaginal: La frecuencia e indicaciones de la citología cervical son iguales que para la mujer no embarazada.

- Enfermedad de Chagas: Se recomienda las pruebas de detección de Chagas en la atención prenatal en embarazadas de riesgo por exposición, debido a que en el Ecuador existen zonas endémicas.

- Tamizaje de infección vaginal: No realizar detección de infección vaginal asintomática. En caso de presentar síntomas corroborar diagnóstico con exudado y cultivo vaginal y proporcionar tratamiento.

- Tamizaje de estreptococos grupo B: Se recomienda profilaxis antibiótica para el EGB si la paciente presenta los siguientes factores de riesgo: RN previo con enfermedad invasiva por EGB, infección urinaria por EGB confirmada en el embarazo actual, parto prematuro, ruptura prematura de membranas mayor a 18 horas y fiebre mayor a 38° C. Por lo tanto, el tamizaje para diagnosticar la colonización recto vaginal por EGB en embarazadas entre las 35 y 37 semanas de gestación debe realizarse en pacientes con otros factores de riesgo.

2.5.2. Recomendaciones acerca del uso de ecografía

Se recomienda que la ecografía deba realizarse entre la 11 y 14 semanas, utilizando la longitud cráneo-caudal como el parámetro que determinará la edad gestacional durante este periodo de embarazo. En caso de que la primera ecografía sea realizada después de las 14 semanas, los parámetros utilizados serán DBP y LF. El mejor momento para realizar el estudio morfológico del feto por ecografía es durante las 18 y 24 semanas de gestación, óptima a las 22 semanas. Momento en el cual la ecografía permite la confirmación de viabilidad fetal, biometría fetal (diámetro biparietal, longitud femoral y diámetros abdominales), anatomía fetal y diagnóstico de malformaciones, además de anomalías de anejos ovulares.

En caso de que la primera ecografía del embarazo sea realizada durante este periodo, el diámetro biparietal es el parámetro que mejor estima edad gestacional. La ecografía en el tercer trimestre (30-36 semanas) valora alteraciones del crecimiento fetal, permitiendo identificar aquellos fetos pequeños o grandes para la edad gestacional. En caso de que durante este periodo de gestación se realice recién el primer control prenatal, el mejor parámetro para estimar edad gestacional es la longitud femoral.

2.5.3. Recomendaciones acerca de tratamiento farmacológico

A nivel individual se recomienda el uso preconcepcional de ácido fólico 0.4 mg + 60 mg de hierro elemental por vía oral al día.

Preconcepcional por 1-2 meses.

Prenatal hasta las 12 semanas de gestación.

- Ácido fólico 5 mg por vía oral al día hasta las 12 semanas de gestación en:

Mujeres con epilepsia que estén tomando anticonvulsivos (se deberá suspender un mes antes la medicación y comenzar a ingerir ácido fólico, refiriendo el caso donde un especialista Gineco - obstetra).

Antecedentes personales y familiares de defectos del tubo neural.

Mujeres diabéticas insulino dependientes.

Mujeres con IMC >35

Tomar ácido fólico cuando ya se conoce el embarazo, no ayuda a prevenir el defecto del tubo neural.

- Prescripción de Hierro (tabletas de sulfato ferroso) Profiláctico o Terapéutico.

Si los valores de Hb no sugieren anemia diferir la toma de Hierro hasta la semana 20.

Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de ácido acetil salicílico todos los días a partir de las 12 semanas de embarazo hasta el parto en mujeres con alto riesgo para desarrollar pre eclampsia o hipertensión gestacional.

2.5.4. Recomendaciones acerca de tratamiento no farmacológico

Se recomienda ejercicios para fortalecer el piso pélvico con el fin de minimizar el riesgo de incontinencia urinaria.

2.5.5. Recomendaciones acerca de vacunas durante el embarazo

La única vacuna que se recomienda utilizar durante el embarazo es la del tétanos (Antitoxina tetánica) aplicando la primera dosis antes de las 20 semanas y la segunda dosis entre las semanas 27 y 29. Se recomienda la profilaxis anti-D en dosis única entre las 28 y 30 semanas a las embarazadas con factor Rh negativo, que no estén sensibilizadas.

2.5.6. Recomendaciones nutricionales

Desde la primera consulta se debe aconsejar a las pacientes el lavado de manos frecuente, extremar la higiene en el manejo de alimentos, así como evitar consumir alimentos en puesto ambulatorios o de dudosa preparación. Enfatizando en la buena preparación de los alimentos, evitando consumir productos cárnicos crudos o poco cocidos.

2.5.7. Recomendaciones al estilo de vida

Se recomienda proporcionar educación y promoción para la salud de la embarazada y su familia (estilos de vida, prevención de accidentes, adherencia a tratamientos, identificar síntomas y signos de alarma). Tanto el ejercicio físico aeróbico como la actividad

sexual durante el embarazo son seguros. Se recomienda realizar ejercicio físico moderado durante el embarazo (MSP, 2015).

2.6. Embarazo y riesgo

Al embarazo se le considera en general como un evento fisiológico, sin embargo, es capaz de producir la muerte o daño permanente tanto a la madre como al recién nacido. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación precoz de las gestantes con factores de riesgo, planificando la adecuada atención de las mismas, con la finalidad de evitar o disminuir el daño materno y perinatal.

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, y un manejo adecuado pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor. La valoración del riesgo es un proceso dinámico ya que el mismo puede incrementarse, disminuir o mantenerse sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

Se define como un embarazo de riesgo aquel que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, y encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo. El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabilice con la atención directa de una gestante determinada.

La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no sólo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia cuando deben reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población.

2.6.1. Identificación de factores de riesgo

El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto o en la madre o en ambos. En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. Por tanto, la identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal.

Por otro lado, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y pos parto, la hipertensión inducida por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo. La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales.

2.6.1.1. Factores de riesgo modificables

Dentro de estos tenemos los siguientes:

Inadecuado soporte familiar y de la pareja

Control insuficiente de la gestación: < 4 visitas prenatales o 1 visita después de la semana 20 de gestación

Esfuerzo físico excesivo, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas.

Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática

Síntomas neurovegetativos

Fumadora habitual

Anemia moderada (Hb: 7 a 10g/dl Hcto 21 a 30%)

Anemia grave (Hcto < 21%, Hb <7g/ml
Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37
Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos
Violencia familiar, historia de abuso sexual, físico y emocional
Disminución o ausencia de movimientos fetales
Cambios en la Frecuencia Cardiaca Fetal FCF: <110LPM ó >160LPM
Pielonefritis

2.6.1.2. Factores de riesgo No modificables

Los más importantes son:

- Baja escolaridad.
- Fecha de última menstruación incierta.
- Vivienda y condiciones sanitarias deficientes.
- Desocupación personal y/o familia.
- Anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente.
- Baja estatura materna: < 1,45 metros.
- Incremento del peso excesivo o insuficiente: > 15 kg ó < 5 kg.
- Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- Bajo peso preconcepcional (IMC menor a 20)
- Periodo intergenésico menor a 2 años o mayor a 7 años.
- Enfermedades hereditarias.
- Condiciones psicosociales y estrés.
- Embarazo no programado.
- Hemorragia del primer trimestre.
- Malnutrición preconcepcional (IMC menor a 18,5 o mayor a 30)
- Cirugía uterina previa.
- Cardiopatías.
- Diabetes gestacional controlada.
- - Multiparidad, más de 5 hijos.
- Gestante Rh negativa.
- Edad menor a 16 años o mayor a 35 años.
- Embarazo gemelar.
- Endocrinopatía controlada (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica).

- Antecedentes de sangrado en el segundo trimestre.
- Polihidramnios u oligohidramnios.
- Historia obstétrica desfavorable (óbito fetal, muerte neonatal, malformaciones congénitas)
- Enfermedad infecciosa STORCH.
- Preeclamsia sin signos de gravedad: TAS140mmHg-160mmHg TAS 90mmHg - 110mmHg mas proteinuria, sin afectación de órgano blanco.
- Sospecha de malformación fetal.
- Presentación anómala detectada en la semana 38 de gestación.
- Cardiopatía 3 y 4.
- Incompetencia cervical.
- Isoinmunizacion.
- Preeclampsia.

Una vez documentada la evidencia, podemos entender que esta problemática se origina en los grandes contrastes socioeconómicos que se dan principalmente en los países en vías de desarrollo, en donde la repartición de la riqueza de manera totalmente inequitativa con una minoría ostentando el poder económico y las grandes masas desposeídas, sin ninguna o muy escasas oportunidades de acceder a los servicios básicos y elementales de educación, trabajo y de salud.

Para alcanzar un nivel de vida digno de cualquier ser humano, son los puntuales motivos que limitan que todas o al menos la gran mayoría de mujeres embarazadas puedan acceder a servicios de salud oportunos y de calidad y de entre estos al control prenatal para así disminuir la realidad que la hemos plasmado en las diferentes esferas o niveles internacionales, nacionales y locales.

Frente a esta realidad nacional y local, el Gobierno Nacional a través de sus acertadas políticas en salud y teniendo como ente rector al Sistema Nacional de Salud y el MSP, han creado las estrategias para revertir muchos de los graves problemas de salud que adolece nuestra sociedad (la mortalidad materna y neonatal). Estrategias que merecen todo el apoyo de la sociedad ecuatoriana en general y especialmente de los que trabajamos en salud, pues los beneficiados serán esos otra hora sectores marginados y olvidados de nuestra sociedad (muy en particular la amazonia); pero debe haber

cambios muy significativos, pues no solo bastan las normas y protocolos, debemos aceptar y reconocer que hay errores que hay que enmendarlos.

Se necesita concientizar al prestador de servicios de salud para que esas normas y protocolos se las apliquen a cabalidad el día a día para que produzcan el efecto esperado en la salud materna y neonatal, y trabajar a nivel comunitario en este sector sensible de la población con actividades educativas encaminadas a estimular e incrementar los controles materno neonatal.

Es el momento de tomar todas las medidas correctivas, de tal manera, que todo el oneroso e ingente esfuerzo que hace todo el país en buscar un mejor servicio de salud, con un control adecuado de la mujer embarazada, de los frutos esperados, que se palpe el impacto social que se espera. En caso contrario toda la inversión en infraestructura, medicamentos, logística y capital humano servirán de poco o nada para tener una sociedad con servicios de salud adecuados que nos lleven a un Ecuador con verdadera Salud Materna.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Se trata de una investigación de desarrollo.

3.2. Diseño de investigación

Se realizó un estudio observacional, de tipo correlacional, de corte transversal; con el propósito de mejorar el control sobre atención prenatal en los profesionales de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital en el período de 2015 - 2016.

3.3. Métodos de la investigación

Dentro del grupo de los métodos de nivel teórico se utilizaron los siguientes:

- Método histórico lógico, usado cuando se revisa los antecedentes del problema y se ordena de forma cronológica la investigación en cuestión.
- Analítico sintético, referido a cuando se utilizan las operaciones del pensamiento para analizar de forma particular y luego de forma general los diferentes aportes.
- Deductivo porque se parte del razonamiento hipotético deductivo para transitar de lo general a lo particular en el estudio del fenómeno, sistémico desde la propia concepción de la investigación como una totalidad y la unidad de los elementos del diseño teórico y metodológico, así como la elaboración del aporte práctico.
- Comparativo cuando se establecen comparaciones entre estudios similares del tema para establecer las similitudes y diferencias y formular interpretaciones.

En todos los momentos de la investigación se utiliza el método científico desde la construcción del marco teórico hasta los diferentes capítulos.

3.4. Enfoque de la investigación.

El enfoque de la investigación es de carácter mixta (cuanti-cualitativo), cuantitativo por utilizar la encuesta como método fundamental de obtención de la información y sus resultados interpretados en porcentajes. Cualitativa porque se profundiza en la esencia

del fenómeno y se utilizan métodos propios que permiten la triangulación metodológica como la revisión de documentos (fichas familiares) y la entrevista a informantes claves.

3.5. Alcance de la investigación

El alcance de la investigación es de tipo correlacional porque pretende responder a una pregunta de investigación, y tiene el propósito de medir el grado de relación entre dos o más variables.

3.6. Descripción de la población de estudio

El universo de estudio estuvo conformado por 30 profesionales de la salud, como fueron 25 Médicos y 5 Obstetrices, que laboran en el control prenatal en los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital, durante el periodo de investigación.

3.7. Unidad de análisis

Profesionales de la salud, vinculados al control prenatal en los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital, durante el periodo de investigación.

3.8. Tamaño de la muestra

La muestra quedó constituida por 28 profesionales de la salud que laboran en el control prenatal en los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital que cumplieron con los criterios de inclusión. La misma fue seleccionada por muestreo no aleatorio de conveniencia para lo cual se tuvo en cuenta:

- Criterios de Inclusión.

Voluntariedad de los Médicos y Obstetrices de participar en el estudio y su permanencia durante el tiempo que duró la investigación.

- Criterios de Exclusión.

Abandono del estudio en cualquiera de sus etapas.

Desvinculación del profesional que presta atención en el programa materno infantil.

3.9.- Variables y operacionalización

Matriz de operacionalización de variables						
Variables		Tipo	Operacionalización		Indicador	
			Escala	Descripción	Fórmula	Resultado
Sociodemográficas	Edad	Cuantitativa discreta	20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años Mayor de 50 años	Años cumplidos a la fecha.		Por ciento de participantes por grupo de edad.
	Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según características orgánicas que definen a una persona como hombre o mujer.		Por ciento de participantes por sexo.
	Perfil profesional	Cualitativa	Tercer nivel Cuarto nivel	Médico Obstetrix		Por ciento de participantes según perfil profesional.
	Años de experiencia profesional	Cuantitativa continua	a 4 años 5a 10 años 11 a 20 años Mas 21 años	Años a la fecha.		Por ciento de participantes por grupo de años de experiencia.
Cuenta con el manual		Cualitativa	Si No	Según refiera el profesional si cuenta con el manual en		Por ciento de profesionales

	nominal dicotómica		forma física o digital.		que cuentan con el manual
Conocimientos sobre contenido de manual de normas y procedimientos para la atención prenatal.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según refiera el profesional si conoce el manual de procedimiento.		Por ciento de profesionales que refieren conocer sobre contenido del manual.
Uso del manual para la atención prenatal	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según refiera el profesional si utiliza el manual en su consulta		Por ciento de profesionales que refiere usar el manual.
Evaluación global de conocimientos sobre control prenatal	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio No satisfactorio	Satisfactorio mayor del 70% (13 o más) No satisfactorio menor al 69% (12 o menos)		Por ciento de conocimientos satisfactorio y no satisfactorio

3.10. Técnicas de recolección de la información

Una de las técnicas utilizadas es la observación, se utiliza durante todo el proceso de la investigación cuando el investigador observa el fenómeno de estudio en sus condiciones naturales y le permite identificar las principales manifestaciones del problema. Esto se aplicó al visitar los centros de salud y constatar la realidad de los profesionales de salud que laboran en control prenatal.

También se utiliza las revisiones bibliográficas actualizadas de los últimos años relacionados con el tema. con el propósito de evaluar el estado actual de la temática y la posterior construcción del marco teórico, el diseño teórico metodológico y discusión de resultados y aporte práctico.

Se revisaron revistas científicas indexadas, libros básicos, folletos y el sistema informático RDACAA (Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias).

3.11. Fuentes

3.11.1. Fuente directa o primaria

- Encuesta de conocimientos en atención prenatal realizado a los profesionales de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital, previo consentimiento informado (Anexo A), esta herramienta tiene como objetivo evaluar el grado de conocimiento sobre el control prenatal, que consta de 25 ítems (Anexo B), el cual se evalúa en satisfactorio y no satisfactorio el conocimiento según la calificación establecida.

3.11.2. Fuentes Indirectas o Secundarias

-Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (sobre captación primarias y subsecuentes de embarazadas) en el servicio de estadística del distrito 15D01 Tena. Napo.

-Análisis Situacional Integral de Salud.

-Base de datos del Ministerio de Salud del Ecuador.

-Base de datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos.

3.12. Instrumento de recolección de datos

El instrumento estuvo estructurado en 18 preguntas de respuesta múltiple, divididas en tres bloques que versan sobre: examen físico general, identificación de factores de riesgo y exámenes complementarios; 3 preguntas sobre el uso y contenido del manual y 4 preguntas para la caracterización socio demográfica. Las preguntas de la 8 a la 25 fueron calificadas.

Calificación: cada pregunta que evalúa conocimientos sobre control prenatal tendrá un valor de 1 punto para un total de 18 puntos, se anexa el instructivo de evaluación global del control prenatal. (Anexo C)

Este instrumento fue ideado por el autor para la realización de la presente investigación y para su aplicación fue validado mediante criterio de cinco especialistas calificados en la materia, quienes aplicaron los criterios de Moriyama (Anexo D) para el efecto. Luego, se realizó una prueba piloto a veinte profesionales que no participaron en la investigación. Finalmente, se validó el instrumento mediante el análisis de confiabilidad y validez a través del Alfa de Cron Bach que contó con un valor de 0,8 que se orienta hacia la consistencia interna de la prueba, para aplicarlo a los participantes en la investigación.

3.13. Proceso de recogida de la información

El proceso de recolección de la información se realizó a través de una encuesta confeccionada, validada y aplicada por el autor con el propósito de obtener información sobre el nivel de conocimiento en atención prenatal que tienen los profesionales de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital en el periodo agosto- noviembre del 2015.

3.13.1. Instrumentos para procesar datos recopilados

La información fue procesada y analizada mediante el programa SPSS 17.0, a través de una computadora Pentium 3. Los resultados fueron analizados cualitativamente y cuantitativamente mediante frecuencias, y por cientos, y presentados en tablas.

Se utilizó el cálculo de los siguientes estadígrafos en las diferentes etapas del estudio:

- Coeficiente de Alfa de Cron Bach.
- Prueba de Fisher (muestra menor de 30).

Paras estos estadígrafos se utilizó el 95% como nivel de confiabilidad.

3.14. Aspectos éticos

En virtud de dar cumplimiento a la parte ética, se elaboró un modelo de consentimiento informado en forma escrita dirigido a los profesionales que participaron en la intervención, denotando su carácter de estrictamente voluntario, velando por no divulgar ninguna información obtenida durante la investigación.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Dentro de los desafíos del siglo XXI en América Latina y el Caribe están las transformaciones y desarrollo de la atención primaria de salud y Ecuador no se excluye de estos cambios, dentro de ellos se citan la formación y preparación del recurso humano calificado, abogando su formación sobre la base de la integración plena en el trabajo, prioridad que tiene como tarea fundamental cubrir las necesidades presentes y futuras en el desarrollo social del país.

En la esfera de la salud una de las prioridades es el descenso de la tasa de mortalidad materna para ello se requiere el esfuerzo mancomunado de sus profesionales en realizar una labor productiva de excelencia en la atención prenatal es decir utilizar el conocimiento, habilidad y actitud para desempeñar el conjunto de actividades de acuerdo a los criterios establecidos en las normas (Thomas, 2016).

Las metas de la maternidad sin riesgo son: proteger y promover los derechos reproductivos y los derechos humanos reduciendo la carga mundial de enfermedad, discapacidad y muerte innecesarias que se asocian con el embarazo, el parto y el puerperio; mejorar las condiciones para que las mujeres tengan un parto sin riesgo y sano; y garantizar que todos los niños tengan las mismas posibilidades desde su comienzo en la vida. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

Tabla 1-4: Distribución según edad y sexo en profesionales. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-30	7	25	3	10,7	10	35,7
31-40	10	35,8	2	7,1	12	42,9
41-50	1	3,6	2	7,1	3	10,7
Más de 50	1	3,6	2	7,1	3	10,7
Total	19	68	9	32	28	100

Fuente Encuesta

En la tabla No. 1 se observa que el grupo etario que predominó fue el de 31 a 40 años, con doce (12) profesionales para un 42,9 %, seguido del grupo de 20 a 30 años con (diez) 10 para un 35,7 %, de (cuarenta y uno)41 a (cincuenta) 50 y más de 50 años con (tres)3 pacientes cada grupo para un 10,7%. En cuanto al sexo, el femenino es el predominante con (diecinueve) 19 profesionales que corresponden 68%, seguido del sexo masculino con (nueve) 9 participantes que corresponde al 32%.

Este resultado coincide con el reporte del Instituto Nacional de Estadística y Censo 2010 (INEC), que plantea en sus estadísticas un predominio del sexo femenino en la población ecuatoriana con una existencia de 50,4% (Ecuador en Cifras, 2011) A opinión del autor, este resultado de predominio del sexo femenino también se ve influenciado en las transformaciones sociales que se están llevando a cabo en la sociedad ecuatoriana con una amplia participación de la mujer con una alta incorporación de las misma a los estudios, a la investigación, al uso de nuevas tecnologías e incorporación a los nuevos escenarios sociales donde se ponen de manifiesto la equidad de género en una sociedad justa.

Hay que destacar en el país existen 2120 obstetricas, de las cuales 1970 corresponden al sexo femenino y 150 al sexo masculino. El número de médicos varones en el país es de 24.960 de los cuales 16.428 son mujeres (INEC, 2013). Por otro lado, el grupo etario predominante es aquel que prevalece en otros estamentos y escenarios de la sociedad ecuatoriana, constituyéndose como el que mayoritariamente aporta a la fuerza laboral y productiva del país.

En los últimos años, las políticas públicas del Ecuador han ido encaminadas a incrementar los procesos formativos y el desarrollo de recursos humanos competentes, con habilidades para enfrentar nuevos retos que exige la sociedad e influyan en la atención que se brinda con la proporción de seguridad y calidad requerida.

Tabla 2-4: Distribución según perfil profesional. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.

Perfil profesional	No.	%
Médico	23	82,1
Obstetriz	5	17,9
Total	28	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No. 2 se aprecia que de (veintiocho)28 profesionales que entraron en el estudio, (veintitrés) 23 son médicos para un 82,1%, seguido de (cinco) 5 obstetrices para un 17,9%. El perfil que predominó fue el de médico, coincidiendo este con las estadísticas del personal de salud de Ecuador, donde existen 24960 profesionales de la salud del perfil médico.

De ellos 7036 son médicos generales, 2016 son Gineco-obstetras y 188 médicos especialistas en medicina familiar, además 298 obstetrices. En Napo hay 128 médicos, de los cuales 64 son generales, 8 ginecólogos, 3 médicos familiares. A nivel país existen 2120 obstetrices y en la Provincia de Napo 53 obstetrices (INEC, 2013).

Cabe recalcar que una de las prioridades de las autoridades de salud del Ecuador es aumentar el acceso a los servicios particularmente a la población de bajos recursos y mejorar la calidad de dicho servicio. En este afán, en los últimos años se ha incrementado el número de profesionales comparados con los existentes hace 10 años. (López, 2014).

Tabla 3-4: Distribución según años de experiencia laboral. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.

Años de experiencia.	No.	%
De 1 a 4 años	15	53,7
De 5 a 10 años	5	17,8
De 11 a 20 años	5	17,8
Más de 21 años	3	10,7
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Al analizar la tabla No. 3 se observa que (quince) 15 profesionales para un 53,7% tenían de 1 a 4 años de experiencia laboral, seguido de los de 5 a 10 años y los de 11 a 20 años con (cinco)5 profesionales cada uno para un 17,8% y con 21 años de experiencia solo (tres) 3 para un 10,7%.

Del total de la muestra la mayoría tiene pocos años de experiencia laboral porque son los profesionales más jóvenes, los que están cumpliendo la medicatura rural y que todavía no han optado por una especialidad, son los que trabajan en este medio. La OMS recomiendan que por cada medio millón de personas haya cuatro centros que ofrezcan cuidados obstétricos esenciales básicos y uno con cuidados obstétricos integrales, que incluyan mayor complejidad tecnológica (Parra,2016).

Para el investigador resultó interesante que la mayoría de los profesionales tuvieran pocos años de experiencia ya que con la intervención que se realizara posteriormente en el grupo de profesionales, se reforzaran adecuados conocimientos sobre atención y cuidados antes, durante y después de la gestación, así como la detección temprana del riesgo y uso de los recursos diagnóstico correspondiente al servicio de la población. Hay que destacar en los primeros años del ejercicio de la profesión hay mayores inseguridades en la toma de decisiones.

El manual de procedimiento es una herramienta que ha sido construida por expertos en el tema de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normalización (DNN) del Ministerio de Salud Pública (MSP). Incluyen evidencias y recomendaciones científicas de consulta para los

profesionales de la salud y pacientes en la toma de decisiones acerca de la atención prenatal (Ministerio de Salud Pública, 2015) y es un instrumento que debe estar presente en las instituciones como documento rector.

Tabla 4-4: Distribución según existencia de manual de procedimientos en el consultorio de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.

Existencia del Manual de procedimientos para el control prenatal.	No.	%
Si	6	21,4
No	22	78,6
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Al analizar la tabla No 4, de los veintiocho (28) profesionales que participaron en el estudio, veintidós (22) para un 78,6% refirieron no poseer el manual de procedimientos para la atención de la gestante en el control prenatal y solo seis (6) para un 21,4% refirieron contar con el mismo. Los profesionales del estudio en su mayoría aducen no tener el manual de procedimientos para la atención de la gestante en el control prenatal, a opinión del autor esto se debe a que no conocen su existencia en formato digital en cada uno de los consultorios médicos de las unidades de salud. Además, destacamos que es importante la difusión del mismo ya que de ello depende brindar una atención de excelencia en la población con la calidad que exige el sistema de salud ecuatoriano en la lucha por disminuir la mortalidad materno infantil.

A nivel nacional no se conoce como es este comportamiento por no existir ningún estudio sobre este tema. La Normativa Nacional de Salud Reproductiva debe ser cumplida por todas las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud, para esto el Ministerio de Salud Pública ha dotado la infraestructura básica y los medios, entre estos el manual de control prenatal en físico o en forma digital (MSP, 2013).

El control de los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención prenatal, las evaluaciones, ajuste periódico y la participación permanente del equipo de salud en el

nivel primario de atención constituyó uno de los objetivos fundamentales de las intervenciones realizadas en los servicios públicos de salud. La Organización Panamericana de la Salud propuso la reorientación de la educación permanente del personal de salud incluyendo la evaluación de competencias como vía para obtener información acerca del comportamiento profesional durante la actividad laboral (Díaz,2013).

Hoy en el mundo se reconoce que las políticas, planes, programas, normas son un paso importante para garantizar el derecho de una adecuada atención de salud a la gestante y el recién nacido, pero no son suficientes, hay que establecer sistemas de vigilancia y control que permitan detectar el cumplimiento y conocimiento de los mismos y sobre todo establecer compromisos y satisfacción en los profesionales. Para basar nuestras intervenciones en las mejores prácticas que proporcionen embarazos, partos y puerperios saludables (MSP-CONE, 2013).

Tabla 5-4: Conocimiento del contenido del manual referido por los profesionales. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.

Conocimiento del contenido del manual referido por los profesionales	No.	%
Si	26	92,9%
No	2	7,1
Total	28	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No. 5 se observa que veintiséis (26) profesionales para un 92,9% refirieron que conocían el contenido del manual de procedimientos para la atención de la gestante en el control prenatal y solo dos (2) para un 7,1% no conocían el contenido de este manual. Según el investigador, los profesionales que argumentan no tener conocimientos del contenido del manual, más bien corresponde al olvido y no uso del mismo, pues hay que tomar en cuenta que, durante el pregrado, internado rotativo y durante la práctica profesional diaria se estudia y se lo pone en práctica. Son necesarias medidas de vigilancia y control permanente que apunten al conocimiento del mismo por el cien por ciento de profesionales.

Algunos estudios muestran resultado similar, en el que un reducido número de profesionales refieren no conocer las normativas, los cuales buscando mejorar su realidad en cuanto a conocimientos de los diferentes protocolos que se usan en salud abogan por una educación continua a nivel profesional como solución a difundir manuales y normativas, para optimizar y elevar el nivel de conocimientos (Obregón, 2016).

Uno de los logros más significativos en obstetricia lo constituye el control prenatal, el cual implica la evaluación sistemática y meticulosa de la gestante desde el inicio mismo del embarazo hasta su exitosa culminación. Para alcanzarlo, se presta especial atención a la implementación en todos los niveles, particularmente en el primer nivel una forma precoz de la consulta prenatal, para que sea capaz de garantizar el éxito y lograr los mejores resultados en pro de una sociedad mejor. Para alcanzar estos objetivos, el uso sistemático y responsable del manual de control prenatal es pilar fundamental.

Tabla 6-4: Uso del manual de procedimientos para el control prenatal por los profesionales. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.

Uso del Manual de procedimientos para la atención de la gestante en el control prenatal.	No.	%
Si	5	17.8
No	23	82.2
Total	28	100

Fuente: Encuesta

El manual de procedimientos para la atención de la gestante en el control prenatal lo utilizan cinco (5) para un 17,8%, y veintitrés (23) profesionales para un 82,2 % no lo utilizan. Existe en este estudio un mayor porcentaje de profesionales que no utilizan el manual de procedimiento para la atención de la gestante en el control prenatal, que se corresponden con aquellos que no tienen el manual. Aquellos que argumentan utilizarlo también se corresponden con aquellos que manifiestan que lo tienen. No se puede hacer un estudio comparativo pues no existen trabajos de investigación en este sentido a nivel local y nacional. En este sentido se hace necesario la distribución en forma física y digital del manual para su utilización por parte de todo el personal de salud que se ocupa del control prenatal.

En Ecuador está concentrada la mayor parte de la educación médica continua en ciudades como Quito, Guayaquil o Cuenca; siendo escasa en, el resto del país, La ausencia de programas de certificación en competencias profesionales empeora la falta de programas más extensos o complejos en el área de educación médica continua. Estos programas podrían organizar la educación profesional continua y garantizar la divulgación continua de los manuales existentes e incrementar la calidad de los servicios. (Obregón, 2016).

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de decisiones que el afecta (Ministerio de Sanidad, 2014). Un control prenatal adecuado es aquel que cumple con los pilares fundamentales de ser completo, precoz, periódico, y con enfoque intercultural, conocimientos que deben ser interiorizados y asimilados por los prestadores de salud para obtener los mejores resultados en cuanto salud materna y neonatal.

Tabla 7-4: Evaluación global de conocimientos sobre la atención prenatal según años de experiencia profesional. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.

Evaluación global de conocimientos sobre la atención prenatal	Años de experiencia.									
	1 a 4 años		5 a 10 años		11 a 20 años		Más de 20 años		Total	
	No	%	No	%	No	%	N	%	No.	%
Satisfactorios	1	3,6	1	3,6	0	0	0	0	2	7,1
No satisfactorios	14	50	3	10,7	6	21,4	3	10,7	26	92,9
Total	15	53,6	4	14,3	6	21,4	3	10,7	28	100

Fuente: Encuesta

Fisher: 0,45 p: 0,31

De veintiocho (28) profesionales que fueron estudiados, veintiséis (26) para un 92,9% presentaron conocimientos no satisfactorios. De ellos catorce (14) para un 50 % tenían de 1 a 4 años de experiencia laboral, seis (6) para un 21,4 tenían de 11 a 20 años, y tres (3) para un 10, 7% tenían de 5 a 10 años y más de 20 años. Con conocimientos satisfactorios solo se encontraron dos (2) profesionales para un 7, 1 %, de ellos uno (1)

tiene de 1 a 4 años de experiencia, y el otro de cinco (5) a diez (10) años. Se obtuvo un valor de la prueba de Fisher de 0,45 y una p de 0,31 lo que estadísticamente no se demuestra relación entre estas variables. Se obtuvo un valor de Fisher: 0,45 y una p: 0,31 lo que indica que no hay asociación estadísticamente demostrable.

En el estudio se aprecia que no existe relación entre conocimientos sobre atención prenatal y años de experiencia laboral, pues tanto los que presentan mayor experiencia laboral como los que presentan poca, tienen pocos conocimientos sobre el tema. Esto puede estar dado por falta de auto preparación de los profesionales y poca exigencia por parte del Ministerio en el control de la calidad de los servicios por parte de los médicos y obstetras. En el estudio realizado por Cano en el 2011 encontró profesionales con escasos conocimientos en atención prenatal como la problemática central que justifica su intervención (Cano,2011).

La presencia del documento rector garantiza el cumplimiento de determinadas normativas que son de gran importancia para garantizar el buen desarrollo de la actividad en salud materno neonatal. Ecuador, está enfrascado en la lucha por la disminución de la mortalidad materna en el país, por lo que se hace necesario cumplimentar cabalmente lo normado con el objetivo de alcanzar las metas propuestas. Es indispensable que todos los profesionales conozcan y utilicen de manera correcta lo estipulado en los manuales diseñados para este efecto.

Tabla 8-4: Evaluación global de conocimientos sobre la atención prenatal y presencia del manual de procedimientos. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.

Evaluación global de conocimientos sobre la atención prenatal	Presencia del manual de procedimientos.					
	No Tienen		Tienen		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfactorios	1	3,6	1	3,6	2	7,1
No satisfactorios	21	75	5	17,8	26	92,9
Total	22	78,6	6	21,4	28	100

Fuente: Encuesta

Fisher: 0,38 p: 0,30

Al analizar la tabla No. 8 se aprecia que de veintidós (22) profesionales para el 78.6% que tienen el manual de procedimientos, veintiuno (21) para el 75% presentan conocimientos no satisfactorios sobre la atención y solo uno (1) para un 3,6% presentó conocimientos satisfactorios. De los seis (6) para un 21,4% que no tenían manual, cinco (5) para un 17,8% tenían conocimientos no satisfactorios y uno (1) para un 3,6% tenían conocimientos satisfactorios. En un estudio realizado en México, por médicos familiares de atención primaria de salud en cuanto a conocimientos y cumplimiento del manual de control prenatal se observó deficiencia en los conocimientos y falencias en los cumplimientos de las normas establecidas (Vásquez- López, 2005). Se obtuvo un Fisher: 0,38 y una p: 0,30 lo que indica que no hay asociación estadísticamente demostrable.

A opinión del autor, de los resultados obtenidos se desprende que es fundamental que diversas estrategias sean planteadas para favorecer que la atención alcance un adecuado nivel en términos de contenido y calidad. Los profesionales en su mayoría no poseen el manual de procedimientos, en consecuencia, sus conocimientos sobre atención prenatal no son satisfactorios, lo cual puede estar influyendo en los vacíos de conocimientos que se evidencia. Lo que sugiere buscar los mecanismos o alternativas evaluativas de seguimiento y control de la existencia del manual y su aplicación correcta.

Es conveniente insistir sobre el conocimiento de las normas oficiales ecuatorianas, que podrían ayudar a mantener informado a todo el equipo de salud sobre los requisitos necesarios para ejecutar satisfactoriamente un programa prioritario de salud. Además, se debería fomentar la actualización constante de todo el equipo de salud, mediante cursos frecuentes, acompañados de evaluaciones persistentes que indiquen fallas y aciertos; actividades que contribuyan a la solución de los problemas actuales de la atención médica. Es notorio que hay la suficiente motivación para actualizarse en su contenido y llevarlo a la práctica, para mejorar así la atención prenatal.

El éxito del cuidado en obstetricia es vital para la supervivencia de las familias y por ende de la humanidad. La obstetricia está basada en el cuidado de alta calidad de las mujeres y sus familias, con sensibilidad cultural y alerta en la prevención, promoción y detección de la emergencia obstétrica. La herramienta fundamental es el control prenatal

adecuado que se basa en conocimientos que deben ser dominados y aplicadas en cada consulta.

Tabla 9-4: Evaluación global del conocimiento sobre la atención prenatal y conocimientos del contenido del manual. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.

Evaluación global del conocimiento sobre la atención prenatal	Conocimiento sobre el contenido del manual referido por los profesionales.			
	Si		No	
	No.	%	No.	%
Satisfactorios	2	7,1	0	0
No satisfactorios	24	85,8	2	7,1
Total	26	92,9	2	7,1

Fuente: Encuesta

Fisher: 0,85 p: 0,68

En la tabla 9 se observa que de veintiséis (26) profesionales que referían conocer el contenido del manual, veinticuatro (24) para un 85,8% poseían conocimientos no satisfactorios sobre la atención prenatal y solo dos (2) para un 7,1% con conocimientos satisfactorios y dos (2) para un 7,1 % que refirieron no conocer el contenido del manual igualmente tenían conocimientos no satisfactorios. Se obtuvo un Fisher de 0,85 y una p de 0,68 lo que indica que no hay asociación estadísticamente demostrable. Al comparar los resultados obtenidos con otros estudios se aprecia que se obtuvieron resultados diferentes a los nuestros, donde los profesionales mostraron conocimientos y desempeño satisfactorio en la atención prenatal (Dotto, 2006).

A opinión del autor no existe relación entre conocimientos referidos por parte de los profesionales del contenido del manual y los conocimientos sobre control prenatal, observando que los profesionales que refirieron tener conocimiento del manual presentaron en su mayoría conocimientos no satisfactorios sobre el tema. Teniendo en cuenta que los profesionales no poseen suficientes conocimientos sobre el manual de procedimientos para la atención de la gestante en el control prenatal, se elaboró una intervención educativa e institucional sobre control prenatal en los profesionales de los Centros de Salud Urbano Tena y Satelital.

Una atención prenatal adecuada juega un rol esencial en los resultados del binomio madre- hijo. Lograr una atención prenatal adecuada involucra la capacitación técnica y continua de los equipos de salud en la atención primaria de salud en la solución de problemas más prevalentes, así como su compromiso de las necesidades de la comunidad.

Por otro lado, un seguimiento en el cual se detecten a tiempo los factores de riesgo y se interpreten adecuadamente los exámenes de laboratorio, así como una valoración clínica íntegra y adecuada, inclina la balanza hacia el éxito de la culminación de la gestación y el puerperio lográndose una salud reproductiva óptima.

Tabla 10-4: Principales deficiencias detectadas en el control prenatal de los profesionales. Centros de Salud Urbano Tena y Satelital. 2016.

Ítems	Satisfactorio		No satisfactorio	
	No.	%	No.	%
Significado urea y creatinina alterados	3	10,7	25	89,3
Edad para detección de riesgos	5	17,9	23	82,1
Interpretación proteinuria con Tensión normal	7	25	21	75,0
Etapas debe realizarse test O Sullivan	8	28,6	20	71,4
Utilidad calculo edad según altura uterina	9	32,1	19	67,9

Fuente encuesta.

La tabla número 10 muestra que en la pregunta sobre niveles alterados de urea y creatinina muestra (veinticinco) 25 respuestas no satisfactorias para el 89,3%, seguida de la pregunta de la edad adecuada para la detección de riesgos con (veintitrés) 23 respuestas no satisfactorias y en tercer lugar en cuanto a la interpretación de proteinuria y tensión arterial con (veintiuno) 21 respuestas no satisfactorias para un 75%. Se ha observado que al comparar los resultados del presente trabajo con otros que evalúan conocimientos coincide con las deficiencias en cuanto a las encontradas por otros autores.

Es importante mencionar la participación del equipo multidisciplinario en la atención médica, ya que con su colaboración se puede facilitar el seguimiento de la gestante

siendo esta una manera de mejorar la calidad de la atención prenatal. Se debería dar la importancia que merece la primera consulta prenatal y la relación médico-paciente satisfactoria, estas acciones sin duda, fortalecerán la continuidad de la atención esencia de la Medicina Familiar. Estamos convencidos de que la atención de la embarazada normal se puede llevar con seguridad, eficacia y eficiencia en el primer nivel de atención; siempre y cuando se consideren los criterios normados para la atención prenatal.

CAPÍTULO V

5. ESTRATEGIA DE CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN PRENATAL DIRIGIDA A PROFESIONALES DE LOS CENTROS URBANO TENA Y SATELITAL

5.1. Justificación

Hoy en día, la nueva transformación impone un nuevo reto al nivel primario de atención de salud, modificando la formación y preparación del recurso humano, sustentando su formación sobre la base de la integración plena en el trabajo, con el objetivo de formar profesionales que den respuesta a las necesidades presentes y perspectivas de desarrollo social del país. Para que exista un buen desempeño laboral es necesario ser competente y, además, tener en cuenta las prioridades a nivel local de salud expuestas en el análisis de la situación de salud.

Ser competente se refiere a la capacidad que tiene una persona de realizar una labor productiva, saber, saber hacer, saber ser y por qué se hace, es decir, utilizar los conocimientos, habilidades, actitudes y valores para desempeñar exitosamente las funciones de acuerdo a su formación profesional.

Las competencias profesionales guardan, igualmente, una estrecha relación con el cumplimiento de las normativas establecidas para la implementación de los diferentes programas de salud que les corresponden ejecutar y dentro de ellos, uno de los que mayores impactos tiene sobre los indicadores de salud de un país, el relacionado a la atención prenatal, programa en el que se hallaron deficiencias reportadas en el Análisis de la Situación Integral de Salud y que justifica la necesidad de diseñar la siguiente propuesta de intervención educativa con el objetivo de minimizar las deficiencias detectadas y contribuir a la superación continuada y permanente inherente a los profesionales de la salud.

5.2. Estrategia

Para lograr los objetivos propuestos se diseñó la estrategia siguiente: Identificación de necesidades de capacitación del grupo.

Para cumplir con esta etapa se aplicó al grupo de estudio un instrumento evaluativo compuesto por 18 preguntas relacionadas al conjunto de actividades y acciones normadas para la atención de la gestante en el nivel primario de salud.

A partir de aquí, se identificaron las principales necesidades de aprendizaje, las que se refieren a continuación:

Insuficiente conocimiento de:

- La detección de riesgos en las gestantes.
- Utilidad del cálculo de la edad gestacional clínicamente.
- Etapas de indicación de los exámenes complementarios.
- Interpretación de exámenes complementarios.

En base a estas necesidades se estructuró la propuesta de intervención educativa dirigida a los profesionales que prestan servicios en los centros seleccionados, la que tuvo en cuenta los siguientes elementos:

- Socializar, los resultados alcanzados para lograr generalizar la estrategia en el área de los centros que abarca el distrito. Para su cumplimiento se procederá a la divulgación de la propuesta para ser aplicada en la medida en que se haga necesario realizar intervenciones educativas que brinden soluciones científicas y planificadas como respuestas a los problemas detectados.
- Conformación del grupo capacitador e integración del grupo a capacitar con el objetivo de conformar los temas necesarios a impartir según dificultades encontradas en la primera fase, para desarrollar habilidades y destrezas en el grupo seleccionado.

Para conformar los grupos capacitadores se seleccionarán especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria con suficiente experiencia para transmitir los conocimientos necesarios y entrenados en las técnicas de enseñanza aprendizaje para lograr que los procesos se caractericen por ser activos, participativos y educativos.

Una vez realizada la propuesta de intervención educativa se procederá a evaluarla a través de criterios de expertos, utilizando el método Delphy para seleccionar a los

expertos y posteriormente someter los diferentes momentos de la propuesta a su valoración e introducción de modificaciones en caso de ser necesario, a propuesta de los evaluadores.

Luego de conformada la propuesta final de intervención educativa se realizará el encuadre en la primera sesión, con los participantes seleccionados. El encuadre permitirá llevar a cabo la organización y el desarrollo exitoso del proceso docente de modo que estimule la participación activa y la responsabilidad de los participantes en su autoaprendizaje. Se considera este momento inicial de gran importancia pues permite que los implicados conozcan desde el inicio todos los aspectos relacionados a su organización, expectativas y principales objetivos.

Para llevar a cabo este procedimiento, se precisa presentar a los participantes, no un programa acabado, sino una propuesta clara y flexible, que admita mejoras, y responda a nuevas inquietudes que surjan durante el desarrollo del proceso interventivo, introducir determinados cambios o nuevas inclusiones.

El grupo inicial de capacitados estará conformado por todos los médicos y obstetras directamente vinculados a la atención prenatal.

-Describir la logística y los recursos de apoyo.

El programa de intervención está contemplado para una duración de tres meses con frecuencia quincenal, se trabajará un total de seis sesiones, en un centro de salud equidistante a todos los participantes. Su implementación no afectará la prestación de servicios asistenciales, ya que se efectuará en horarios extra laborales. Las actividades tendrán una duración de ocho horas, de las cuales cuatro serán presenciales y el restante de trabajo independiente. Las actividades se realizarán en un aula con todo el equipamiento tecnológico necesario para la realización de las actividades (computadora, infocus, remas de papel, papelógrafo, cartulinas, etc.).

- Ejecución del curso.

El curso se realizará utilizando métodos y técnicas de aprendizaje que favorezcan la construcción de los nuevos conocimientos a partir del trabajo grupal y el papel de los aprendizajes anteriores. Teniendo en cuenta el nivel de conocimientos previos de los participantes se utilizarán las técnicas de aprendizaje significativo y las posibilidades de

los organizadores mentales (gráficos) para determinar los contenidos más importantes y los recursos más efectivos para aprovechar las potencialidades y experiencias anteriores, lo que posibilitará el cumplimiento de principios pedagógicos básicos relacionado a la vinculación de la teoría y la práctica, la interrelación entre los conocimientos y habilidades y la sistematización de los conocimientos.

Cada actividad se estructurará de la siguiente manera:

- Parte expositiva, mediante presentaciones a través del programa informático de Power Point donde se intercalarán nociones teóricas e ilustraciones gráficas y audiovisuales).
- Parte práctica, se realizarán para desarrollar las habilidades de debate, exposición y trabajo grupal.

- Evaluar el nivel de aprovechamiento del curso.

Se aplicarán los principios de la evaluación de manera que esta constituya una retroalimentación permanente de los aprendizajes obtenidos, para ello se realizarán evaluaciones frecuentes y un ejercicio final que consistirá en aplicar el instrumento inicial para constatar el resultado del proceso. En cada actividad se estimularán las diversas técnicas evaluativas: autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación.

- Análisis de exámenes pre y post intervención y comparar los resultados pre y post intervención.

La primera actividad se iniciará con la presentación de los resultados colectivos, sin identificar las particularidades detectadas a cada sujeto en particular, pero concientizando a todos los miembros de las falencias comunes del aprendizaje.

- Una vez culminada la propuesta interventiva y aplicado nuevamente el instrumento diagnóstico se socializarán los resultados en aras de que cada participante asuma los aprendizajes obtenidos, los aspectos a reforzar y las posibilidades inmediatas de su aplicación a la actividad diaria para mejorar todos los indicadores de atención prenatal en su comunidad y en el distrito de salud.

- Socializar los resultados a las autoridades y publicación de los mismos:

Los productos realizados por los cursistas (revisiones bibliográficas, folletos, etc.) en los diferentes momentos de la intervención educativa se pondrán a disposición de los

centros de salud donde laboran los participantes. Los materiales educativos que se produzcan (trípticos, volantes, mensajes de salud, etc.), como parte del proceso de enseñanza tanto los elaborados por los participantes como por los responsables serán donados a los centros de salud y formarán parte de los programas integrales de atención a las gestantes. Además, se publicarán los resultados a través de todos los medios disponibles al efecto, incluidas las revistas de impacto.

5.3. Desarrollo de la propuesta de Estrategia de capacitación en atención prenatal

La propuesta de intervención estará estructurada a partir de la definición de los siguientes aspectos:

- Sistema de objetivos
- Sistema de contenidos
- Sistema de habilidades
- Distribución del tiempo según formas de organización de la enseñanza.
- Métodos de enseñanza.
- Orientaciones metodológicas para la impartición de los temas.
- Resultados esperados del aprendizaje individual y grupal.
- Sistema de evaluación
- Bibliografía básica y de consulta.

Descripción de los aspectos contenidos en la propuesta:

4.3.1. Sistema de objetivos

A desarrollar durante la implementación de la propuesta de estrategia de capacitación.

Objetivo General:

Capacitar al personal de salud involucrado en la atención del control prenatal para que fortalezcan sus conocimientos en el tema y lograr una atención prenatal de calidad.

Objetivos Específicos:

- Actualizar los conocimientos de los profesionales sobre la situación de la atención prenatal en el mundo y en Ecuador, la importancia de la atención prenatal integral y el impacto en la mortalidad materna.

- Sistematizar la información actualizada sobre cambios generales y locales asociados al embarazo y la importancia del seguimiento gestacional.
- Profundizar en los elementos directamente relacionados a los factores de riesgo y patologías asociadas al embarazo, que con mayor frecuencia se presentan en el país y la provincia.
- Ofrecer información contextualizada sobre los principales factores de riesgo asociados al embarazo enfatizando en la etapa de la adolescencia.
- Concientizar al personal de salud sobre las principales causas de mortalidad materna y medidas para disminuir estos indicadores.

5.3.2. Sistema de contenidos

El sistema de contenidos a desarrollar en la propuesta de intervención es la siguiente:

- Situación de la atención prenatal en la actualidad en el mundo y en el Ecuador. Importancia de la atención prenatal integral e impacto en la mortalidad materna.
- Cambios generales y locales en el embarazo normal.
- Atención prenatal. Características. Procedimientos en cada control.
- Factores de riesgo en el embarazo. Patologías asociadas al embarazo. Embarazo en la adolescencia.
- Mortalidad materna: causas y sus consecuencias.

5.3.3. Sistema de habilidades

A desarrollar en los participantes:

- Explicar la situación actual de la atención prenatal en Ecuador y la importancia de acciones integrales de salud que reduzcan su impacto en la mortalidad materna.
- Interpretar los cambios generales y locales que ocurren durante la gestación para orientar adecuadamente a las gestantes en cada trimestre.
- Identificar tempranamente en cada etapa de la gestación los principales factores de riesgo para realizar las acciones de promoción y prevención correspondientes, enfatizando en la etapa de la adolescencia.
- Detectar las posibles patologías asociadas al embarazo que pudieran interferir con el desarrollo normal del proceso de gestación y el resultado perinatal.

- Relacionar las causas de la mortalidad materna con las deficiencias en la atención prenatal.

5.3.4. Distribución del tiempo

Este se distribuirá según las formas de organización de la enseñanza.

Tema	Actividades presenciales		Actividades no presenciales	Total
	Conferencias	Trabajo grupal	Trabajo independiente	
Situación de la atención prenatal en la actualidad en el mundo y en el Ecuador.	2h	2h	4h	8h
Cambios generales y locales en el embarazo normal.	2h	2h	4h	8h
Atención prenatal Características. Procedimientos en cada control.	2h	2h	4h	8h
Factores de riesgo en el embarazo. Patologías asociadas al embarazo. Embarazo en la adolescencia.	2h	2h	4h	8h
Mortalidad Materna: Causas y sus consecuencias	2h	2h	4h	8h
Evaluación				4h
Total				44h

Las horas de Trabajo independiente se corresponden con el tiempo que necesitan los cursistas para prepararse para las diferentes actividades y la entrega de los trabajos indicados.

5.3.5. Métodos de enseñanza

Entre los métodos de enseñanza a utilizar se proponen:

- Conferencias dialogadas e interactivas.
- Panel.
- Trabajo en pequeños grupos.
- Método de discusión, con sus dos variantes: discusión plenaria y discusión en grupos pequeños.
- Métodos de trabajo en grupos: Phillips 6 6.
- Método de situaciones: métodos de casos.
- Juego de roles.
- Técnica de rejilla.

5.3.6. Orientaciones metodológicas

Las orientaciones metodológicas para la impartición de los temas se describen a continuación:

Descripción de las actividades de trabajo:

En este acápite se desarrollará la propuesta de sesiones de trabajo atendiendo a:

- Temas a tratar en cada actividad.
- Objetivos por cada sesión.
- Métodos de enseñanza para el tratamiento de los contenidos seleccionados.
- Orientaciones metodológicas para el desarrollo de la actividad docente.
- Propuesta de evaluación por temas.

5.3.6.1. Primera actividad

Tema a impartir: Situación de la atención prenatal en la actualidad en el mundo y en el Ecuador.

Contenidos:

- Importancia de la atención prenatal integral.
- Impacto en la mortalidad materna

Objetivos

Conocer la situación y la importancia de la atención prenatal a partir de la situación mundial y local expuesta, así como el impacto de la mortalidad materna en la familia, en la comunidad y en el país.

Métodos de enseñanza: Conferencia dialogada.

Trabajo en pequeños grupos.

Lugar: Aula

Tiempo de duración: 4 horas.

Orientaciones metodológicas:

Para comenzar la actividad se realizará la presentación del profesor y los participantes logrando un ambiente ameno y de confianza que permita evacuar dudas y elevar el interés de los participantes en el dialogo y en el intercambio de opiniones. En este momento se realizará el encuadre de la propuesta de estrategia interventiva. Esta actividad tendrá una duración aproximada de treinta minutos. Una vez socializada la Estrategia el profesor hará una introducción al tema auxiliándose de una presentación en Power Point que abordará los aspectos contenidos en el sumario.

Para dar tratamiento al contenido, se sugiere que el profesor se apoye en los conocimientos previos de los cursistas y utilice durante su exposición organizadores mentales para ilustrar la información que transmite. Además, insertará en los diferentes momentos de su clase, preguntas de incorporación y de retroalimentación que le posibiliten mantener el dinamismo de la actividad y la construcción del conocimiento, así como comprobar el grado de asimilación de los contenidos impartidos. Esta actividad se extenderá por un período de una hora y treinta minutos.

Posteriormente se subdividirán a los participantes en cuatro subgrupos a los que se les entregará un material con las principales estadísticas de mortalidad materna e infantil y se les indicará que realicen un Plan de acción inmediato que dé respuesta a la información contenida en el material. Se les asignará un total de 40 minutos a los subgrupos para resolver el problema planteado y el resto del tiempo se utilizará en la exposición y debate de las propuestas.

Propuesta de evaluación:

Las conclusiones de la actividad serán realizadas por el profesor y en ellas se reforzarán los elementos principales de los contenidos abordados, y tendrá una duración aproximada de 10 minutos. Posteriormente se orientará la realización de un Ensayo corto individual sobre: El control prenatal. Una reflexión urgente.

5.3.6.2. Segunda actividad

Tema a impartir: Cambios generales y locales en el embarazo normal.

Contenidos:

- Principales cambios durante la gestación a nivel de los diferentes sistemas del organismo.
- Principales modificaciones a nivel local.

Objetivos:

Identificar los cambios generales y locales que ocurren durante la gestación para garantizar una asistencia médica de calidad, reforzando en ellos el valor responsabilidad en su actuar diario, y así lograr identificar cualquier anormalidad que pueda presentarse, contribuyendo a la adquisición de habilidades cognoscitiva del grupo selecto.

Métodos de enseñanza: Video debate

Técnica de la Rejilla.

Lugar: Aula

Tiempo de duración: 4 horas.

Orientaciones metodológicas:

La actividad comenzará con una reseña de la actividad precedente, que tomará aproximadamente diez minutos. Posteriormente se proyecta el video titulado: Cambios locales y generales del embarazo, con una duración de cuarenta minutos. Luego se procede al debate del video proyectado que tendrá una duración aproximada de una hora.

Una vez concluido se procede a la impartición del tema planificado para la sesión utilizando una técnica de asimilación de conocimientos denominada la Rejilla. Esta técnica se utiliza cuando se quiere manejar una considerable cantidad de información en

un breve espacio de tiempo, y que los participantes analicen, sintetizen, y compartan en equipo los contenidos recibidos.

Se propone subdividir el grupo en cuatro equipos atendiendo a los aspectos a tratar durante la actividad: cada equipo trabajará los cambios operados en los diferentes sistemas del organismo durante la gestación. Al comenzar la actividad se explicará a los participantes que esta técnica está estructurada en dos momentos distintos: en un inicio se abordará por cada equipo una parte diferente del tema a tratar. En este caso todos los miembros actúan como registradores, tomando nota de los aspectos esenciales contenidos en el material entregado. Cada miembro tiene la responsabilidad de resumir lo tratado en su equipo para presentarlo en el nuevo equipo del que formará parte.

En un segundo momento se reestructurarán los equipos, de modo que queden integrados por nuevos miembros, provenientes de cada uno de los equipos anteriores, de esta manera se construye el conocimiento entre los participantes y cada uno aporta al nuevo equipo los saberes adquiridos en el subgrupo inicial. Finalmente, en plenaria se presenta el conocimiento general, se informa a los expositores la evaluación obtenida, se evacuan las dudas y se refuerzan los aspectos fundamentales de cada respuesta, corrigiendo si procede, las omisiones en las intervenciones. La duración de esta técnica debe abarcar aproximadamente dos horas.

Los equipos se subdividirán en:

Equipo 1: Cambios en el sistema respiratorio y cardiovascular.

Equipo 2: Cambios en el sistema hematopoyético, linfático y digestivo.

Equipo 3: Cambios en el sistema genitourinario.

Equipo 4: Cambios locales del embarazo.

Propuesta de evaluación:

Se realizarán las conclusiones de la actividad, las que tomarán aproximadamente diez minutos y se orientará la realización de una revisión bibliográfica sobre: Maternidad y paternidad responsable. Se seleccionarán previamente para la próxima actividad a seis integrantes del grupo que integrarán un panel donde se abordarán los puntos del sumario.

5.3.6.3. Tercera actividad

Tema a impartir: Atención prenatal. Características. Procedimientos en cada control.

Contenidos:

- Aspectos generales. Objetivos de la atención prenatal.
 - Importancia de la valoración nutricional.
 - Frecuencia con la que deben realizarse las atenciones.
 - Exámenes complementarios a indicar y su frecuencia.
 - Instrumentos para la recolección de información y manejo en la atención prenatal.
- Importancia del llenado correcto de los modelos.
- Esquema de la vacunación antitetánica y suplemento vitamínico.

Objetivos:

Brindar una atención integral de salud a las gestantes de forma responsable a través de un control prenatal completo e integral que permita la prevención de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio lo que redundará en beneficio de la familia y la comunidad.

Métodos de enseñanza: Panel

Lugar: Aula

Tiempo de duración: 4 horas.

Orientaciones metodológicas:

La sesión de trabajo comenzará con una reseña de la actividad precedente, esta debe abarcar aproximadamente treinta minutos tomando en cuenta la complejidad de los contenidos abordados en la actividad anterior. Se procederá a la realización de un Panel integrado por un moderador y seis panelistas que abordaran cada uno de los temas del sumario.

Para realizar el panel se tomarán en cuenta los requisitos para su realización y que cada uno de los participantes debe presentar sus ideas sobre el tema de la atención prenatal. Se debe enfatizar en que en esta modalidad los expositores dialogan, conversan, debaten entre sí el tema propuesto, tomando en cuenta la preparación individual de cada panelista.

Los seis integrantes del panel tratarán de desarrollar, a través de la conversación, todos los aspectos posibles del tema, para que el resto de los participantes obtenga una visión lo más completa posible del mismo. El moderador cumple la función de presentar a los miembros del panel, ordenar la conversación, intercalar preguntas aclaratorias, controlar el tiempo de exposición y dirigir coherentemente la actividad.

Una vez finalizadas las presentaciones, cuya duración debe ser de aproximadamente una hora y treinta minutos, para lo que los panelistas pueden auxiliarse de presentación en power point u otro material de apoyo, se promueve el debate del tema entre los restantes miembros del grupo, actividad que continuará siendo conducida por el moderador, pero dando mayor peso a la participación grupal y cuya duración se estima en una hora y treinta minutos aproximadamente.

Durante todo el transcurso de la actividad debe predominar la espontaneidad y el dinamismo como características de esta técnica de grupo, lo que la convierte en una de las de mayor aceptación por los participantes. Los panelistas preparan los siguientes aspectos del tema:

Panelista 1: Control prenatal, concepto, clasificación de los riesgos y enfoques del control prenatal.

Panelista 2: Frecuencia con la que deben realizarse las atenciones y estudios complementarios normados y objetivos de cada uno.

Panelista 3: Evaluación clínica y obstétrica en cada control y evaluación de la interpretación de las tres curvas esenciales en el embarazo.

Panelista 4: Manejo de la paciente con bajo y alto riesgo obstétrico.

Panelista 5: Esquema de vacunación, tratamiento profiláctico con hierro, ácido fólico y vitaminas, sus objetivos.

Panelista 6: Orientaciones generales a tener en cuenta en la atención prenatal.

Propuesta de evaluación:

Una vez concluida las exposiciones se asignarán las calificaciones individuales. Al concluir la actividad se orientará a los participantes que seleccionen y presenten una Historia clínica de una embarazada de su comunidad donde se evidencie la presencia de factores de riesgo. Este proceso conclusivo debe extenderse alrededor de treinta minutos.

5.3.6.4. Cuarta actividad

Temas a impartir:

- Factores de riesgo en el embarazo.
- Patologías asociadas al embarazo. Embarazo en la adolescencia.

Contenidos:

- Conceptos de factores de riesgo.
- Clasificación de los factores de riesgo.
- Patologías asociadas al embarazo. Principales repercusiones.
- Anemias.
- Hipertensión arterial.
- Sepsis urinarias.
- Diabetes Mellitus.
- Embarazo en la adolescencia. Factores o causas que aumentan el riesgo de embarazo en adolescentes.
- Efectos generales del embarazo en adolescentes.
- Acciones para la prevención del embarazo en la adolescencia.
- Estrategia ENIPLA.

Objetivos:

Identificar los riesgos y patologías asociadas presentes en el embarazo para garantizar una asistencia médica de calidad, reforzando en ellos el valor responsabilidad en su actuar diario, y así lograr modificar estilos de vida en las gestantes atendidas, fundamentalmente en la adolescentes y en sus familias, en la visita de campo contribuyendo a la adquisición de habilidades cognoscitiva del profesional, logrando una atención integral a la gestante con riesgo a través de un control prenatal completo.

Métodos de enseñanza: Dramatización

Método de casos.

Lugar: Aula

Tiempo de duración: 4 horas.

Orientaciones metodológicas:

La actividad comenzará con una rememoración de la actividad precedente, que se extenderá aproximadamente durante veinte minutos atendiendo a las características y

complejidad del contenido impartido. Posteriormente, el docente introduce el tema de la actividad, comenta los objetivos y realiza una breve explicación sobre el contenido que se abordará y su importancia.

A continuación, se le propone al grupo comenzar la actividad utilizando una técnica participativa denominada Dramatización o Juego de roles. Para la ejecución de esta técnica se seleccionarán a cinco integrantes del grupo que escenificarán una situación conflictiva de una familia con una gestante adolescente con presencia de factores de riesgo: anemias, infección urinaria y desnutrición, los que dispondrán de quince minutos para su preparación.

Se enfatiza que en el caso se debe representar la falta de comunicación familiar y sensibilidad con la situación que presenta la gestante adolescente, así como la ausencia de grupos de apoyo y responsabilidad paternal. La representación debe extenderse durante veinte minutos. Una vez concluida la representación, se solicitará a los profesionales sus opiniones sobre la conducta que se debe seguir en casos como este.

El uso de esta técnica permite a los participantes asumir una identidad diferente a la suya propia para enfrentarse con problemas reales o hipotéticos, que pueden estar presentes en la comunidad donde laboran. A partir de aquí se debe provocar una reflexión por parte de los cursistas sobre el manejo de las especificidades en estos casos y la importancia de la relación empática para lograr cambios en las actitudes y estilos de vida de los miembros de su comunidad fundamentalmente en un período de gran vulnerabilidad como es el embarazo.

Se propone que la dramatización sea estructurada para lograr que los participantes puedan lograr una descripción bastante detallada de las características de los personajes a representar y de la situación en que se desarrollará la acción, contando con un tiempo previo de preparación antes de la escenificación.

Requisitos para la elaboración del juego de roles o dramatización:

- 1.- El problema o situación debe ser previsto con antelación por el profesor y elaborar un breve guion sobre lo que desea enfatizar.

- 2.- Tanto los personajes como la situación deben reflejar el problema que interese a todos, y este debe ser tomado de la vida real o de la esfera profesional.
- 3.- Entre los miembros del grupo se eligen los actores. Cada personaje tendrá un nombre ficticio, lo que ayuda a identificarse con el papel y reduce la tensión que genera el método.
- 4.- Antes de la representación el resto del grupo debe contar con los criterios de observación a tener en cuenta durante la escenificación.

La discusión y evaluación posterior que se produzca a partir de la representación debe ser el objetivo esencial de la actividad, y para lograrlo no es preciso llegar a un final, será suficiente con que lo escenificado sea significativo para favorecer la comprensión del problema planteado. El proceso de discusión grupal debe abarcar alrededor de veinte minutos. Posteriormente se continuará el tratamiento del contenido de la actividad docente, para lo que se seleccionarán cuatro situaciones problemáticas a partir de las historias clínicas reales que aportaron los participantes.

Las historias clínicas se resolverán a través de las discusiones en los subgrupos y los resultados de estos análisis se presentarán en plenaria con una duración aproximada de cuarenta minutos. El docente reforzará los contenidos fundamentales de la actividad a través de una presentación en power point sobre los aspectos declarados en el sumario, para lo que dispondrá de un total de una hora y cuarenta minutos.

Propuesta de evaluación:

Se otorgarán calificaciones a los miembros del subgrupo en dependencia del aporte y los criterios emitidos en cada situación. Las conclusiones deben ser organizadas por el responsable para un tiempo aproximado de veinte minutos. Para concluir se indica la realización de una revisión bibliográfica por equipos sobre:

Equipo 1: Tabaquismo y embarazo.

Equipo 2: Efectos del alcohol sobre el embarazo.

Equipo 3: Malnutrición y embarazo.

Equipo 4: Efectos del consumo de drogas y otras sustancias durante el embarazo.

5.3.6.5. *Quinta actividad*

Tema a impartir: Mortalidad materna: Causas y sus consecuencias.

Contenidos:

- Concepto.
- Clasificación.
- Situación actual de la muerte materna en el mundo y en Ecuador.
- Evolución de estos indicadores en Ecuador.
- Principales causas y consecuencias de la muerte materna.
- Estrategias para reducir la mortalidad materna.

Objetivos:

Identificar las causas y consecuencias de la muerte materna relacionadas con una inadecuada atención prenatal y se adopten conductas responsables y oportunas para cumplir con las estrategias dirigidas a la reducción de la mortalidad materna

Métodos de enseñanza: Técnica Phillips 66

Conferencia dialogada

Lugar: Aula

Tiempo de duración: 4 horas.

Orientaciones metodológicas:

Se iniciará la actividad realizando un breve resumen de los contenidos abordados en la actividad anterior, para el profesor en un tiempo aproximadamente de diez minutos recordará los principales contenidos abordados. Posteriormente se solicita a un miembro de los subgrupos conformados para la realización de la revisión bibliográfica que expongan en plenaria, los principales elementos encontrados en sus trabajos, para esta actividad se dispone de un total de cuarenta y cinco minutos.

Para el desarrollo de los contenidos incluidos en el sumario de la actividad del día, se propone utilizar la técnica denominada Phillips 66, con el fin de abordar los primeros cuatro puntos del sumario. Esta técnica es una variante de la discusión en pequeños grupos y tiene como objetivo obtener en tiempo corto, las ideas de los participantes sobre un determinado tema, buscando la intervención de todos.

El procedimiento de aplicación del método es muy sencillo, se les pide a los cursistas que se dividan en grupos de 6 personas, cada grupo nombra un jefe de grupo o relator que dirija la discusión interna, para ello, se plantea una pregunta o un tema de discusión a partir del cual cada subgrupo deberá discutir y llegar a conclusiones en 6 minutos. Posteriormente cada subgrupo da a conocer las ideas surgidas durante la discusión, en sesión plenaria, pero evitando las discusiones o críticas. Después que todos los grupos dan a conocer sus ideas iniciales se realiza un breve receso, tras el cual el grupo se reúne durante 6 minutos nuevamente, elaborando otra idea que será presentada, basada en un acuerdo común.

El uso de esta técnica favorece que puedan realizarse varias rondas y permite construir un aprendizaje colectivo a partir de las diversas aristas del problema y favorece el logro de uno de sus objetivos fundamentales relacionados al logro de consensos grupales, acuerdos sobre un tema y elaboración de conclusiones sobre los aspectos discutidos. Para el desarrollo del trabajo en grupos se destinarán cuarenta minutos.

Posteriormente, se presentarán los resultados grupales en la plenaria, para lo que dispondrá de un tiempo aproximado de veinte minutos. Para concluir la actividad, el docente expondrá los restantes puntos del sumario, relacionados a las principales causas y consecuencias de la muerte materna y la necesidad de elaborar estrategias locales, intencionadas y contextualizadas dirigidas a reducir la mortalidad materna. Para esta actividad dispondrá de un tiempo aproximado de una hora y treinta minutos. Finalmente se realizan las conclusiones del tema y del curso y se orienta la evaluación final a realizar en el próximo encuentro, en el que, además, los participantes tendrán la posibilidad de emitir sus criterios.

Sistema de evaluación:

Contemplará la evaluación formativa y sumativa, como resultado de las intervenciones individuales y grupales que se produzcan durante el desarrollo de las actividades. Se fomentará las intervenciones y dinámicas grupales y como culminación de cada actividad docente se indicará a los participantes la realización de un trabajo independiente que complemente los aprendizajes de cada tema y permita sistematizar y consolidar los conocimientos y habilidades obtenidos.

El curso culminará con la aplicación del instrumento de evaluación inicial, se compararán ambos resultados y se realizará una actividad final en la que se socializarán los aprendizajes con la participación de todos los cursistas. Para concluir y lograr la retroalimentación necesaria para los participantes y responsables se aplicará una de las técnicas propuesta por De Bono, estas son técnicas de gran utilización para los trabajos con grupos por su fácil implementación y análisis y porque, a su vez, ofrecen una valiosa y rápida información sobre las valoraciones individuales y grupales en relación a los aspectos solicitados por el docente.

Dentro de ellas se propone la utilización de la técnica denominada: Aspectos Positivos, Negativos e Interesantes, conocidas como P.N.I., por sus siglas y que posibilita que los participantes emitan sus criterios y opiniones en relación a las actividades impartidas. En este sentido, se les explica que los aspectos positivos (P) son los que mayor aporte les reportaron; los negativos (N) aquellos que no cumplieron con todas sus expectativas y los interesantes (I) son los que despertaron atracción por su novedad en relación a la actividad.

Una vez recogidas las tarjetas con las respuestas se intercambian entre los participantes y se procede a su lectura para consolidar las opiniones generadas por el grupo.

Resultados esperados del aprendizaje individual y grupal:

Al finalizar el curso, los participantes serán capaces de:

- Relacionar las problemáticas de la calidad de la atención del control prenatal que se presenta en el mundo y en Ecuador con las referidas a su comunidad para adoptar las conductas médicas pertinentes que garanticen los resultados satisfactorios en la salud del binomio madre-hijo.

- Aplicar los conocimientos adquiridos sobre los cambios generales y locales del embarazo a su accionar diario, atendiendo a las especificidades y características de cada periodo del ciclo gestacional.

- Realizar las acciones de promoción y prevención necesarias que garanticen la disminución de los factores de riesgos que más frecuentemente se presentan en sus áreas de salud con vistas a lograr el desarrollo exitoso del embarazo y la obtención de un recién nacido sano.

- Utilizar adecuadamente las instrucciones contenidas en los manuales de procedimiento aprobados para brindar una atención prenatal de excelencia.

- Realizar acciones concretas y conjuntas por el equipo multidisciplinario de atención a la gestante que contribuyan a la obtención de las metas y propósitos principales dirigida a la disminución de la mortalidad materna e infantil.

- Sistematizar, por las instancias administrativas, la presencia y uso del manual de procedimientos, así como difundir el contenido del mismo a través de la capacitación permanente y continua de todos los profesionales directamente relacionados al cuidado y atención de la gestante y el producto de su concepción.

CONCLUSIONES

Existió un predominio de los profesionales del grupo etario de 31 a 40 años, del sexo femenino, con experiencia laboral de 1 a 4 años y con perfil profesional médico. La mayoría de los encuestados refiere tener conocimientos del contenido del manual de procedimientos para la atención prenatal pero no hace uso del mismo. Los conocimientos sobre la atención prenatal no son satisfactorios, no existiendo relación entre estos, la experiencia laboral y el cumplimiento de las normas.

.

RECOMENDACIONES

- Empezar y promover la capacitación continua y constante al personal de salud (equipo básico) en la atención primaria de salud que está en contacto directo con pacientes embarazadas para promover un mejor seguimiento y control prenatal de calidad. Solo de esta manera lograremos alcanzar las metas establecidas, reducir al máximo la mortalidad materna neonatal.
- Garantizar la distribución del manual actualizado en todas las unidades de salud.
- Presentación de los resultados de este trabajo en eventos científicos, jornadas y revistas médicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Argentina, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.** (2013). Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recuperado de: www.msal.gov.ar/images/.../0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf
- Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C. & Rojas, J. L.** (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-160.
- Atienzo, E. E., Suárez, L., Meneses, M. & Campero, L.** (2016). Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. *Revista Médica Herediana*, 27(3), 131.
- Atun, R., de Andrade, L. O., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P. et al.** (2015). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *MEDICC Review*, 17(S1), 21-39.
- Badinter, E.** (1980). L'amour en plus. *Histoire de l'amour maternel XVIIe-XXe*. París: Siècle.
- Ceccaldi, P. F., Duvillier, C., Poujade, O., Chatel, P., Pernin, E., Davitian, C. & Luton, D.** (2015). Control del embarazo normal. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 51(4), 1-14.
- César, Y. J.** (2013). Anuario de la Estadística: Recursos y Actividades de Salud 2013. *Anual. Quito: INEC, Dirección de Estadísticas Sociodemográficas*.
- Dapuetto, S. T.** (2016). Bases filosóficas del cuidado en obstetricia. *In Crescendo Ciencias de la salud*, 2(2), 584-591.
- Dotto, L. M. G., de Mendonça Moulin, N., & Mamede, M. V.** (2006). Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(5), 682-688.
- Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos.** (2013). Anuario de Estadísticas y Salud: Recursos y Actividades 2013. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2013.pdf

- Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos.** (2011). Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. Quito. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2011.pdf
- Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos.** (2011). Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. Quito. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2011.pdf
- Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos.** (2011). Resultado del censo 2011 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo provincial Napo. Recuperado de: https://www.google.com.ec/search?sourceid=navclient&aq=&oq=resultado+censo+2010+de+poblaci%C3%B3n+y+vivienda+en+el+ecuador+fasciculo+provincial+napo&hl=es&ie=UTF8&rlz=1T4ADFA_esEC451EC452&q=resultado+censo+2010+de+poblaci%C3%B3n+y+vivienda+en+el+ecuador+fasciculo+provincial+napo&gs_l=hp....0.0.4.83552.....0.MHOFTtkZs74.
- Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos.** (2010). Resultado del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo provincial Napo. Recuperado de: https://www.google.com.ec/search?sourceid=navclient&aq=&oq=resultado+censo+2010+de+poblaci%C3%B3n+y+vivienda+en+el+ecuador+fasciculo+provincial+napo&hl=es&ie=UTF8&rlz=1T4ADFA_esEC451EC452&q=resultado+censo+2010+de+poblaci%C3%B3n+y+vivienda+en+el+ecuador+fasciculo+provincia+napo&gs_l=hp....0.0.4.83552.....0.MHOFTtkZs74.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Dirección Nacional de Normatización.** (2015). Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Quito.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública.** (2013). Norma para el cuidado obstétrico y neonatal esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud. Quito.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública.** (2013, octubre). Manual de Atención Integral de Salud. Quito.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública.** (2011). Norma y Protocolo Materno. Quito.

- Ecuador, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** (2008). Componente Normativo Materno. CONASA. Quito.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública.** (2010). Indicadores básicos de Salud Ecuador. Recuperado de: https://www.google.com.ec/search?sourceid=navclient&aq=&oq=indicadores+b%c3%a1sicos+de+salud+ecuador+2010+msp&hl=es&ie=UTF8&rlz=1T4ADFA_esEC451EC452&q=indicadores+b%c3%a1sicos+de+salud+ecuador+2010+msp&gs_l=hp...0.0.3.50060.....0.1KEagSVr1sk.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública.** (2009). Indicadores básicos de salud. Ecuador - Quito. Recuperado de: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=25:situacion-salud.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública.** (2007). Componente Normativo Materno Neonatal. Quito.
- Esquivel, R. M.** (2016). Nivel de satisfacción en Atención Prenatal relacionada con continuidad a sus atenciones en adolescentes primigestas. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Chimbote. *Cientifi-k*, 3(1), 38-48.
- Farnot, U. & Ríos, N. E.** (2013). Mortalidad materna en las primeras décadas del siglo xx. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 69-82.
- Freire, W.** (2015). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años, ENSANUT-ECU 2012. *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública Volumen 2, Número 1-mayo 2015*, 2(1), 117.
- González, R.** (2010). Salud materno-infantil en las américas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(6), 411-421.
- Imbacuán, P. & Geovanna, J.** (2016). Programa de mejoramiento continuo de conocimientos, creencias y prácticas que influyen en el control prenatal en el Centro de Salud Ayora, 2015-2016.
- Kirby, M. A., Palacios, J. B. & Alvarado, V. F.** (2015). Evaluación de los Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia en un Hospital Base del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Revista Médica HJCA*, 7(1), 45-47. Vh
- Knibiehler, Y. & Fouquet, C.** (2000). Histoire des mères du moyen âge a nos jours. *Panoramiques*. París: Montalba.

- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Castro, M. V., Franco-Marina, F., & Santos-Preciado, J. I.** (2011). Avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en Mesoamérica. *salud pública de México*, 53, s395-302.
- Lugones, M., & Ramírez, M.** (2015). Curioso origen y significado de la palabra embarazada. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(1), 90-98.
- Obregón, M.** (2016). Educación Médica continua en profesionales de la salud de una zona rural del Ecuador. *práctica familiar rural*, (2). educación médica continua en profesionales de la salud de una zona rural del ecuador. *Práctica Familiar Rural*, (2).
- Ordoñez, J., Stupp, P, & Monteith, D.** (2004). ENDEMAIN (Encuesta demográfica y de salud materna e infantil): Informe Final. Quito: CEPAR, 2005.
- Organización de las Naciones Unidas.** (2012). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe. Recuperado de: www.un.org/es/millenniumgoals/news.shtml.
- Organización Mundial de la Salud.** (2010). Mortalidad Materna. Recuperado de: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal.../es/.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud.** (2016). About the CLAP/WR- PAHO/WHO. Recuperado de: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=24:about-the-clapwr-pahowho&catid=387&Itemid=122&showall=&limitstart=&lang=en.
- Organización Panamericana de la Salud.** (2012). Ecuador. *Salud en las Américas*. Volumen de Países, 274-288. Recuperado de: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=202&Itemid=.
- Organización Panamericana de la Salud.** (2010). 2do Edición, Washington DC. Salud sexual y reproductiva: Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en la APS.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud.** (2008). Armonización de los sistemas de salud indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Washington D.C.

- Paredes, P. P.** (2016). Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario " Pedro Borrás Astorga". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(3).
- Partridge, S., Balayla, J., Holcroft, C. A., & Abenhaim, H. A.** (2012). Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: a retrospective analysis of 28,729,765 US deliveries over 8 years. *American journal of perinatology*, 29(10), 787-794.
- Pécora, A., San Martín, M. E., Cantero, A., Furfaro, K., Jankovic, M. P., & Llompert, V.** (2008). Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 27(3), 114-119.
- Rigol, R.** (2004). Tratado de Obstetricia y Ginecología. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- Silveira, D. S., Saes, M. D. O., Siqueira, F. C. V., Thumé, E. T., Tomasi, E. T., Duro, S. M. S. & Facchini, L. A.** (2015). Condiciones estructurales para la atención materno-infantil en la Atención Primaria a la Salud en Brasil. En Convención Salud 2015.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.** (2010). Control prenatal del embarazo normal. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. *Elsevier*, 6(12). Recuperado de: www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-9002
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.** (2011). Control prenatal del embarazo normal. Protocolos, S. E. G. O. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 54(6), 330-349.
- Távora, L.** (2015). Mortalidad materna en el Perú, Responsabilidad de todos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 42(3), 17-22.
- Ticona-Rebagliati, D., Torres-Bravo, L., Veramendi-Espinoza, L., & Zafra-Tanaka, J. H.** (2014). Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(2), 123-130.
- Tipiani, O., & Tomatis, C.** (2015). El control prenatal y el desenlace materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(4), 247-252.

- Usiña, J., & Carrera, S.** (2012). Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2013. *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ecuador en cifras*, 30-32.
- Vásquez-López, E., Boschetti-Fentánes, B., Monroy-Caballero, C., & Ponce-Rosas, R.** (2005). Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(2), 57-60.
- Villacís, B., Carrillo, D., & Martínez, A. G.** (2011). Estadística demográfica en el Ecuador: diagnóstico y propuesta. *Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)*.
- Viteri, V.** (2015). Análisis Situacional Integral de Salud del Barrio San Luis, Tena. Manuscrito no publicado, Escuela Politécnica Superior de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- World Health Organization.** (2014). World Health Statistics 2014. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf.
- World Health Organization.** (2002). Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. Genova-Italia. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf.
- Zúñiga, O., María, A., Rodríguez García, C., Ruíz Martínez, A. O., & Vargas Santillán, M.** (2016). Cuidados del Control Prenatal en el Primer Nivel de Atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____; con
CC: _____, acepto de forma voluntaria participar como sujeto de estudio, en
la Investigación: “INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRENATAL PARA
PROFESIONALES. CENTROS DE SALUD URBANO TENA Y SATELITAL. 2015-
2016”; del Autor Dr. Víctor Hugo Viteri Chávez, habiendo sido informado previamente
de los objetivos, metodología y beneficios de la investigación a realizarse.

Firma del participante

Firma del investigador

ANEXO B

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL PRENATAL

Ponga las iniciales de sus nombres y apellidos:

Hora de inicio:

Hora de terminación:

Instrucciones: Marque con una X, según corresponda.

1. - ¿Cuál es su perfil profesional?

a) ___ Médico

b) ___ Obstetrix

2.- ¿Qué edad tiene Ud.?

_____ años cumplidos.

3.- Marque su sexo.

M_____ F_____

4.- ¿Cuántos años de experiencia profesional tiene?

_____ años.

5.- ¿Cuenta con el manual de procedimientos para la atención de la gestante en el control prenatal?

a) ___ Si

b) ___ No

6.- Conoce el contenido del manual de normas y procedimientos para la atención a la gestante?

a) ___ Si

b) ___ No

7.- ¿Usa Ud. el manual de procedimientos para el control prenatal?

- a) Si
- b) No

8.- El control prenatal es un conjunto de procedimientos para identificar factores de riesgo y enfermedades en la gestante.

Señale lo correcto:

- a) Verdadero
- b) Falso

9.- ¿A qué edad gestacional se realiza la detección de los factores de riesgo en las embarazadas? Señale lo correcto:

- a) Durante el segundo trimestre
- b) Durante el tercer trimestre
- c) Durante los dos primeros controles
- d) Durante todo el embarazo

10.-En la paciente embarazada, la toma y valoración de las medidas antropométricas no son necesarios en la identificación de factores de riesgo.

Señale lo correcto:

- a) Verdadero
- b) Falso

11.-En una gestante el examen clínico general se lo hace. Señale lo correcto:

- a) En el primer control
- b) En todos los controles
- c) En cada trimestre del embarazo
- d) Solo si hay una patología añadida

12.- El pap test se lo realiza. Señale lo correcto:

- a) En la primera consulta
- b) En la segunda consulta luego de realizar exámenes de laboratorio
- c) No debe realizarse en una mujer embarazada
- d) Todas son incorrectas

13.- En la gestante, ¿a partir de que semana se hace la evaluación de la pelvis? Señale lo correcto:

- a) ____ A partir de la semana 18
- b) ____ A partir de la semana 26
- c) ____ A partir de la semana
- d) ____ A partir de la semana 36

14.- La medición de la altura uterina para el cálculo de la edad gestacional es más útil entre qué semanas. Señale lo correcto:

- a) ____ Entre las 16 a 24 semanas
- b) ____ Entre las 18 a 30 semanas
- c) ____ Entre las 22 a 34 semanas
- d) ____ Entre las 24 a 36 semanas

15.- La frecuencia cardiaca fetal se la puede tomar con doppler a partir de qué semana de gestación. Señale lo correcto:

- a) ____ A partir de las 8 semanas de gestación
- b) ____ A partir de las 12 semanas de gestación
- c) ____ A partir de las 18 a 20 semanas de gestación
- d) ____ A partir de las 24 semanas de gestación

16.- La ausencia de movimientos fetales a partir de la semana 20 de gestación indicaría. Señale lo correcto:

- a) ____ Error en el cálculo de la edad gestacional
- b) ____ Muerte fetal
- c) ____ a y b son correctas
- d) ____ Solo a es correcta

17.- Entre qué semanas del embarazo es más importante realizar una ecosonografía. Señale lo correcto:

- a) ____ De la 11 a 14 semanas
- b) ____ De la 20 a 24 semanas
- c) ____ De la 32 a 34 semanas
- d) ____ En cualquier semana de la gestación

18.- La biometría hemática, se debe realizar en qué momento de la gestación.

Señale lo correcto:

- a) Antes de las 20 semanas de la gestación
- b) Después de las 20 semanas de la gestación
- c) Antes y después de las 20 semanas de la gestación
- d) Todas son incorrectas

19.- El test de O 'Sullivan para la medición de la glucemia se realiza en qué momento de la gestación. Señale lo correcto:

- a) En la primera consulta
- b) Entre las 24 y 28 semanas
- c) Entre las 32 y 34 semanas
- d) Todas son correctas

20.- En una embarazada la urea y creatinina alterados significaría. Señale lo correcto:

- a) Trastorno hipertensivo gestacional
- b) Nefropatía
- c) a y b son correctos
- d) En una embarazada la urea y creatinina normalmente se elevan

21.- En una embarazada el tiempo de protrombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TTP) alterados indicaría. Señale lo correcto:

- a) En una embarazada solo se eleva el TTP
- b) Síndrome de HELLP o discrasias sanguíneas
- c) a y b son correctas
- d) Ninguna es correcta

22.- En una embarazada a las cuantas semanas de gestación se realiza el examen microscópico de orina. Señale lo correcto:

- a) En el primer control
- b) Entre las 12 y 16 semanas
- c) En el tercer trimestre
- d) Todas son correctas

23.-En una embarazada con presión arterial normal y proteinuria se interpretaría como.

Señale lo correcto:

- a) Infección del tracto urinario
- b) Trastorno hipertensivo gestacional
- c) a y b son correctas
- d) Ninguna es correcta

24.- La toma de ácido fólico se inicia. Señale lo correcto:

- a) Después de las 12 semanas
- b) Antes de las 12 semanas
- c) En el tercer trimestre del embarazo
- d) En cualquier momento del embarazo

25.-En una embarazada, ¿A las cuántas semanas de gestación se indica el control odontológico?

Señale lo correcto:

- a) Desde la primera consulta
- b) De la 18 a 30 semanas
- c) De la 24 a 36 semanas
- d) Todas son incorrectas

ANEXO C

INSTRUCTIVO DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE CONTROL PRENATAL

La puntuación se definió de la siguiente manera:

Pregunta 1 a las 7 no fueron evaluadas, al ser de características sociodemográficas.

Pregunta 8: Concepto de control prenatal.

Esta pregunta consta de 2 alternativas de respuesta, considerando como respuesta correcta la alternativa a. La respuesta incorrecta es la alternativa b. La puntuación máxima es 1 punto.

Pregunta 9: Edad gestacional en la que se realiza la detección de factores de riesgo a embarazadas.

La pregunta consta de 4 posibles respuestas, el ítem c es el correcto. Los ítems a, b, y d son opciones incorrectas. La puntuación máxima es 1 punto.

Pregunta 10: Validez de las medidas antropométricas en la identificación de factores de riesgo en la embarazada.

La pregunta tiene 2 posibles respuestas, la opción a es la correcta. La opción b es incorrecta. Para una puntuación máxima de 1 punto.

Pregunta 11: Realización del examen físico general en la gestante.

Esta pregunta consta de 4 alternativas, tomando b como correcta. Las opciones a, c, y d son incorrectas. La puntuación a obtener es un punto.

Pregunta 12: Realización del pap test.

La pregunta tiene 4 ítems, siendo a el correcto. Los ítems b, c, y d son incorrectos. Para un valor máximo de 1 punto.

Pregunta 13: Semana de evaluación de la pelvis en la gestante.

Esta pregunta posee 4 posibles respuestas, siendo d, la correcta. Las respuestas a, b, y c son incorrectas. La puntuación máxima es un punto.

Pregunta 14: Semanas de más utilidad de la medición de la altura uterina para el cálculo de la edad gestacional.

La pregunta tiene 4 opciones, la opción b es la correcta. Las opciones a, c, y d son incorrectas. Para una puntuación de 1 punto.

Pregunta 15: Semana a partir de la cual se toma la frecuencia fetal con doppler.

Esta pregunta consta de 4 probables alternativas, teniendo b como correcta. Las alternativas a, c, d son incorrectas. Con una puntuación posible de 1 punto.

Pregunta 16: Significado de la ausencia de movimientos fetales a partir de la semana 20.

La pregunta cuenta con 4 respuestas, la opción c es la correcta. Las opciones a, b, y d son incorrectas. Con una puntuación de 1 punto.

Pregunta 17: Semanas más importantes para la realización de ecosonografía en el embarazo.

Esta pregunta tiene 4 alternativas, siendo b la correcta. Las alternativas a, c, y d son incorrectas. Para una puntuación máxima de un punto.

Pregunta 18: Momento de realización de la biometría hemática en la gestante.

Esta pregunta consta de 4 opciones, siendo la opción c la correcta. Las opciones a, b, y d son incorrectas. Con una puntuación de 1 punto.

Pregunta 19: Momento de la gestación del test de O Sullivan para la medición de la glucemia.

La pregunta posee 4 alternativas, siendo d la correcta. Las alternativas a, b, y c son incorrectas. Con una puntuación de 1 punto.

Pregunta 20: Significado de urea y creatinina alterados en la embarazada.

La pregunta presenta 4 opciones, siendo c la correcta. Las opciones a, b, y d son incorrectas. Para una puntuación de 1 punto.

Pregunta 21: Significado de tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina alterados en la embarazada.

Esta pregunta ofrece 4 posibles respuestas, siendo b la correcta. Las opciones a, c, y d incorrectas. Con una puntuación de 1 punto.

Pregunta 22: Semanas de gestación en que se realiza el examen microscópico de orina.

La pregunta tiene 4 alternativas, siendo d) la correcta. Las alternativas a), b), y c) son incorrectas. Con una puntuación de 1 punto.

Pregunta 23: Interpretación de presión arterial normal y proteinuria en la embarazada

Esta pregunta ofrece 4 opciones, siendo b la correcta. Las opciones a, c, y d son incorrectos. Con una puntuación de 1 punto.

Pregunta 24: Inicio de la toma de ácido fólico en la embarazada.

La pregunta tiene 4 respuestas, siendo b la correcta. Las opciones a, c, y d son incorrectas. Con una puntuación de 1 punto.

Pregunta 25: Semana de gestación que se indica el control odontológico en una embarazada.

La pregunta tiene 4 alternativas, siendo a la correcta. Las alternativas b, c, y d son incorrectas. Para una puntuación de 1 punto.

ANEXO D

MORIYAMA

Validación del contenido y apariencia del constructo Evaluación por especialistas

A los _____ días del mes de ____ de 2016

Ciudad Tena, Napo

Respetado/a juez:

Usted ha sido seleccionado/a para evaluar el siguiente constructo/instrumento:

Objetivo:

Que forma parte de la investigación que se titula:

La evaluación del constructo/instrumento es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradeciéndole su valiosa colaboración.

Nombre y apellidos del juez: _____

Formación académica: _____

Especialista: _____

Área de experiencia profesional: _____

Tiempo de experiencia: _____ años Cargo actual: _____

Institución:

Objetivo de la investigación:

Objetivo de la prueba/juicio: _____

Validación del constructo de apariencia y contenido a través de las técnicas cuantitativa y cualitativa:

Cuantitativo: Criterios de Moriyama, aplicados por los especialistas.

Cualitativo: los especialistas emitirán sus observaciones para su respectiva corrección o ajuste del constructo antes de aplicarlo.

Criterios de Moriyama					
Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes claramente definidos	Datos factibles de obtener

Evaluar en cada pregunta los cinco criterios de Moriyama aportándoles los siguientes valores: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 Nada: 0.

1. **Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. **Sensible a variaciones** en el fenómeno: Si usted considera que puede Discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
3. Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente **razonables**: Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. **Componentes claramente definidos:** o sea, si el ítem tiene una definición clara.
5. Si deriva de datos **factibles** de obtener: Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Observaciones:

Evaluarán la sencillez y amenidad del formato:

Evaluarán el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas:

El enunciado de las preguntas es correcto y comprensible.

Todas las preguntas tienen la extensión adecuada.

Si es correcta la categorización de las respuestas

Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas

El ordenamiento interno es lógico.

El tiempo empleado en el llenado: _____: _____

Hora / minutos

Posgradista

Especialista/juez

Bioestadística