



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

*IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL
DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL SERVICIO DE CENTRO
OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE
EL PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE DEL 2011*

*TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER
EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL*

AUTORA:

LIC. SANDRA PATRICIA ENCALADA MALLA

DIRECTORA:

DRA. MARIA DEL CARMEN PIEDRA

LOJA - ECUADOR

2011

Dra.

María del Carmen Piedra.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado "*IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE DEL 2011*" el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, Octubre 2011.

.....

Dra. María del Carmen Piedra.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Loja, Octubre 2011.

.....
Lic. Sandra Encalada Malla
AUTORA

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Sandra Patricia Encalada Malla, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: "Forman parte del Patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional de la Universidad.

Loja, Octubre 2011.

Lic. Sandra Patricia Encalada Malla

AUTORA

DEDICATORIA

A Dios, a mi familia y en especial a mis hijos a quienes más he tenido que desatender por conseguir mi superación personal; así como también a todas aquellas personas que me han apoyado directa e indirectamente en la realización de este trabajo.

SANDRA PATRICIA ENCALADA MALLA

AGRADECIMIENTO

Expreso mis mas sincero agradecimiento al personal Docente y Administrativo del Programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación personal.

Al Personal de Salud del Servicio de Centro Obstétrico del Hospital General Isidro Ayora de Loja, en forma especial a la Enfermera Líder por su apoyo incondicional y predisposición para el desarrollo del presente trabajo.

SANDRA PATRICIA ENCALADA MALLA

INDICE

PRELIMINARES	PAGINAS
Caratula	I
Certificación	II
Autoría	III
Cesión de Derecho	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice	VII
APARTADOS	
Resumen	8
Abstract	11
Introducción	13
Problematización	16
Justificación	12
Objetivos	22
Marco Teórico	24
Diseño Metodológico	58
Resultados	69
Conclusiones	102
Recomendaciones	105
Bibliografía	107
Anexos	110

1. RESUMEN

RESUMEN

El Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja, está ubicado en la Ciudad de Loja, capital de la provincia del mismo nombre, en la parte sur occidental de la misma ciudad. Es una institución perteneciente al Ministerio de Salud Pública, administrado por el Estado, fue creado para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio e internación a la población de la Región Sur del País, y en la actualidad, a las Provincias de Loja, Zamora Chinchipe, parte alta de El Oro y norte del vecino País del Perú.

Para la realización del presente trabajo de intervención se tomó como referencia el Diagnóstico Situacional de Salud del año 2010 en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, aquí se determinó que las usuarias externas no estaban recibiendo diagnóstico y tratamiento oportuno, lo cuál se evidenciaba en el aumento de la morbimortalidad materno neonatal

Por tal razón mi proyecto fue dirigido a “Implementar el Componente Materno Neonatal en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja durante el periodo Abril-Septiembre del 2011”.

Para el desarrollo se utilizó la metodología del Marco Lógico y está dirigido al personal de salud que labora en el servicio de Centro Obstétrico con lo que constituye una herramienta dinámica para diseñar, ejecutar y evaluar los resultados obtenidos, utilizando como instrumentos la matriz de involucrados, árbol de problemas, árbol de objetivos y matriz de Marco Lógico

Los resultados obtenidos a través de este proyecto de acción fueron: El 71% del personal de salud del servicio capacitados en el componente materno neonatal. El 70% del personal aplica el Componente Normativo Materno Neonatal y queda conformado Comité de seguimiento.

Luego de lo ejecutado, se pudo observar un fortalecimiento en la Atención de salud protocolizada a este grupo meta (binomio madre-recién nacido) y una disminución real

del 50% en el número de muertes maternas y neonatales en esta casa de salud.
Cumpliendo así con el objetivo para cual fue creado este proyecto de acción.

2. ABSTRACT

SUMMARY

The Hospital Provincial General Isidro Ayora of Loja is located in the city of Loja, capital of the province of the same name, in the south western part of the same city. It is an institution under the Ministry of Health, administered by the state, was created to provide comprehensive health care to outpatient and inpatient to the population of the southern region, and today, the provinces of Loja, Zamora Chinchipe, upper Gold Country and northern neighbor Peru.

To carry out this intervention work was taken as reference the Health Situation Assessment of 2010 in the service of Central Regional Hospital Obstetric Isidro Ayora of Loja, here we found that external users were not receiving timely diagnosis and treatment, which was evident in the increased maternal and neonatal morbidity.

For this reason my project was aimed at "Implementing the Component Maternal Newborn Service Centre Provincial General Hospital Obstetric Isidro Ayora of Loja in the period April to September 2011."

For development we used the Logical Framework methodology and is intended for health personnel working in the obstetric service center which is a dynamic tool to design, implement and evaluate the results, using the matrix of instruments involved, problem tree, objective tree and logical framework matrix.

The results obtained through this action project were: 71% of health service personnel trained in maternal and neonatal component. 70% of staff applies the normative component and is comprised Maternal and Neonatal Monitoring Committee. After the run, we observed a strengthening in the health care protocolized this target group (mother-newborn) and a 50% real decline in the number of maternal and neonatal health in this house. Thus fulfilling the purpose for which it was created this action project.

3. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION

Las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituyen un grave tema de salud pública en América Latina y por que no decirlo en Ecuador. A pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerablemente en algunos países, en otros (y en algunas áreas vulnerables al interior de los países) se ha progresado poco, y por tanto continúa siendo una agenda inconclusa.

Existen estrategias y medios que pueden ser altamente efectivos, como el conocimiento y la experiencia lo indican, y que son aplicables incluso en aquellos grupos de población que son más vulnerables y susceptibles de enfermar y morir por causas altamente evitables.

El embarazo y el parto tienen riesgo de complicación, especialmente durante el proceso de parto. Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales. La adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro pueden disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido. A su vez, el período neonatal (especialmente inmediatamente después del nacimiento) representa el momento más vulnerable y crítico del primer año de vida.

A través de intervenciones apropiadas y eficaces, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, se puede no sólo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que se contribuye a mejorar la salud, calidad de vida y equidad. Por ello y a pesar del avance aún pendiente, existe cada vez más la convicción de que la reducción de la mortalidad materna y neonatal puede ser paulatina y eficazmente lograda, si se cuenta con un conjunto de estrategias efectivas y coordinadas.

Se necesita fortalecer las intervenciones de salud de la madre, el recién nacido y el niño en base a evidencias, que incluyan información sobre la manera, el lugar, el momento y la razón de las muertes neonatales, a objeto de permitir elaborar mejores políticas y actividades de promoción de la causa, establecer prioridades más focalizadas y aumentar la eficacia programática en los niveles de servicio y de la comunidad. Sin estos componentes será imposible reducir sustancialmente la mortalidad materna y Neonatal.¹

¹ http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

4. PROBLEMATIZACIÓN

PROBLEMATIZACIÓN

Hoy más que nunca los profesionales sanitarios cada vez son más conscientes de la importancia que tiene utilizar una información fiable a la hora de planificar y proporcionar una asistencia sanitaria eficaz.

Es aquí donde la Gestión realizada por dichos profesionales tiene gran importancia a la hora de ejecutar proyectos de intervención que ayuden a mejorar la calidad de atención sanitaria que se brinde a los usuarios/as que demanden de nuestros servicios.

Es indiscutible también, la prioridad que tiene ejercer un liderazgo eficaz para examinar las situaciones desde una perspectiva amplia, y para resolver problemas sanitarios en beneficio de todas las personas implicadas, pues como personal de salud nuestra intervención debe tener una actitud ética, atenta, vigilante y preventiva ante cualquier evento que pueda afectar la salud de los usuarios/as más aún si se trata de la vida de madres y recién nacidos.

Actualmente, la mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad. Uno de cada cinco embarazos y una de cada diez muertes maternas ocurre en adolescentes. Más de la mitad de las muertes infantiles en menores de un año ocurren en el momento o alrededor del nacimiento.²

En las últimas décadas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y

² <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/5.%20Manual%20de%20Estandares.pdf>

tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural.³

A nivel local esta realidad no está muy alejada de las estadísticas nacionales; pues de acuerdo a los datos estadísticos del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja la tasa de mortalidad materna en el año 2010 alcanzó EL 0.2% y la tasa de mortalidad neonatal fue de 6,9%, lo cual es un factor alarmante.

Este problema fue motivo de preocupación a nivel Central, pues entre los retos del Ministerio de Salud Pública constan reducir las muertes infantiles por causas prevenibles, y disminuir las muertes maternas⁴, situación que no se estaba cumpliendo en nuestra casa de salud debido a que tanto el área de Neonatología como de Centro Obstétrico no reunía las especificaciones técnicas para cada servicio, así como también no se contaba con equipos con tecnología avanzada ni tampoco se estaba brindando atención protocolizada tanto para la madre como para el recién nacido ya que el Personal de Salud tenía limitado conocimiento sobre el Componente Normativo Materno Neonatal.

Por lo tanto, como parte integrante del equipo de salud de esta casa asistencial y en vista de la problemática originada a partir del incremento de las muertes maternas y neonatales en el año 2010 he creído intervenir con el proyecto: Implementación del Componente Normativo Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja durante el periodo Abril-Septiembre del 2011; con este proyecto se pretende disminuir la morbi-mortalidad materna neonatal.

³ <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/5.%20Manual%20de%20Estandares.pdf>

⁴ Sacoto A Fernando. Situación de Salud en el Ecuador. FESALUD. Quito, 2009, p.106.

5. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

La Salud Materna, es el bienestar físico, emocional y social vinculado al embarazo, el parto y el post parto⁵. Para mantener esta condición y lograr reducir las tasas de morbi-mortalidad materna, permitiendo que todo recién nacido goce de salud al comienzo de su vida, se debe incrementar el acceso y la atención oportuna de calidad y calidez a la mujer embarazada para lo cual como eje fundamental se debe invertir en el fortalecimiento del Talento Humano Capacitado, ya que como mínimo el personal sanitario que prestará un servicio en el campo de obstetricia y neonatología debe poseer la capacidad de hacer lo siguiente: ayudar a las mujeres y al recién nacido durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal normales; detectar las complicaciones; y tener la capacidad de referir a las mujeres y los recién nacidos para que reciban atención de niveles mas altos, si se requiere. De sobra esta decir que hacer que el personal sanitario de cualquier nivel puedan aplicar normas profesionales acordadas, universalmente aceptadas y basadas en evidencias, representa un solo eslabón en la cadena necesaria para lograr que todas las mujeres y los recién nacidos puedan beneficiarse de una atención capacitada. El uso de normas para la atención puede ayudar a determinar las competencias verdaderas (conocimientos, aptitudes y actitudes) que requiere el personal que va a realizar determinada prestación. Tales normas deben basarse en teoría fundamentada y en investigación que tenga una perspectiva de género, interculturalidad, tener visión familiar y comunitaria.

Por ende las normas y protocolos para la atención de prestaciones del embarazo, parto y postparto así como del recién nacido deben constituirse en el instrumento diario de consulta para lograr la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de una condición dada ya que permitirá identificar con anterioridad un posible riesgo y referir al nivel superior de complejidad con oportunidad, entendiéndose que la atención de la mujer embarazada es un proceso continuo y por niveles, inicia con el cuidado intrafamiliar y

⁵ <http://unfpa.org/public/site/lac/pid/4570>

comunitario, continúa con las acciones de atención primaria y secundaria donde normalmente debe culminar el proceso con la atención del parto y la asistencia del nacimiento seguro, ocasionalmente se identifican complicaciones es solo aquí donde el tercer nivel interviene con lo cual se establece claramente una RED de atención materna-neonatal. Al actuar así se eleva la calidad y calidez de las prestaciones, se mejora la oportunidad de acceso de las usuarias que lo requieren, se optimizan los servicios y se eleva la satisfacción de las/los usuarios.⁶

Por lo antes indicado es imperiosa la necesidad de diseñar y ejecutar proyectos de intervención para disminuir la morbi-mortalidad del binomio madre/recién nacido y con ello mejorar la calidad de atención mediante la implementación del Componente Materno Neonatal que propone el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en donde se estandariza las normas y protocolos de atención de acuerdo al nivel de complejidad.

⁶ <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/2.%20Componente%20Normativo%20Materno%20CONASA.pdf>

6. OBJETIVOS

OBJETIVOS

GENERAL:

Implementar el Componente Normativo Materno Neonatal mediante la capacitación del personal de Salud para brindar diagnóstico y tratamiento oportuno y con ello mejorar la calidad de atención a las usuarias que demandan de este servicio.

ESPECÍFICOS:

1. Capacitar al personal de salud sobre Componente Normativo Materno Neonatal
2. Aplicar el Componente Normativo Materno Neonatal en la atención a las usuarias
3. Conformar un comité para el seguimiento de la aplicación de la estrategia.

7. MARCO TEORICO

MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1 MEMORIAS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA



En el Sónodo Diocesano celebrado en Loja en 1596 nació la idea de construir un hospital, bajo el patrocinio de San Cosme y San Damián, y a cargo del Ayuntamiento. Dicho Hospital se fundó mediante Real Cédula, cuyo original se perdió, pero, por referencias de ella en otros documentos, se sabe que el Cabildo de Loja fue su patrono, y que las donaciones fueron la base económica de su existencia. Aparte de algunos datos accidentales sobre la mencionada entidad, anteriores a 1790, sólo desde ese año se ha podido establecer una cronología de su existencia, ya que en esa fecha asomó un informe

del Presbítero Vicente Carrión y Piedra, director del Hospital quien le dió vida y protección durante muchos años-, en el que señala la calamitosa situación que sería el denominador común de esa casa de salud en los años venideros, al referirse a ella como miserable depósito de enfermedades humanas, que no se ha mirado con la caridad debida, desperdiciándose sus rentas o aprovechándose las".

En 1810 se halló el acta de una visita al Hospital realizada por el Corregidor y Justicia Mayor de Loja, Tomás Ruiz Gómez de Quevedo, que confirma su lamentable estado (como en 1790), ya que se sostenía "de la piedad de los patricios", y con una pequeña ayuda del Cabildo, cuya intervención fue nula, según informaron sus comisionados. En ese documento y en el del Corregidor también se describen el abandono y la miseria del Hospital, que subsistió únicamente gracias a la titánica labor que el sacerdote Carrión realizó gratuitamente durante 40 años. Cuando éste finalmente renunció, casi al final de su existencia, la institución fue clausurada (1820) y ocupada por una guarnición militar. De esa forma, el Real Hospital de Loja culminó su primera etapa.⁷

Desde el año 1820 en el que se lo clausuró, fue reabierto en 1822. Se adquiere en propiedad una casa para el servicio del hospital, y fue Bolívar quien en su visita a Loja dándose cuenta de esta necesidad, recomendó al Sr. Manuel Carrión Riofrío, la gestión para la adquisición de la casa. Aunque el servicio sigue deficiente ya que no había quien auxilie a los enfermos en su abandono y es aquí donde las virtuosas matronas Rosa Maldonado, Leonor Paladines y Rosa Peña prestan sus servicios gratuitos.

Es en Febrero de 1871, cuando el Hospital logra estabilizar sus servicios; aunque en lo económico pese a la abnegada gestión de sus dirigentes alcanza únicamente para la atención de 16 pacientes y pagar una mínima remuneración a los empleados.

⁷ <http://loja.gov.ec/loja/Hospital>

En 1888, se hacen cargo del hospital las Hermanas de la Caridad, siendo lo Superiora Sor María Marcenac. Y fue Sor Isabel Canquil, superiora durante toda su vida, la garantía del funcionamiento del Hospital.

Así llegamos en síntesis a la última etapa, desde 1912 hasta estos días. En ese tiempo la casa de salud estaba situada en el centro de la ciudad, y en función conjunta con la escuela de niñas de las Hermanas de la Caridad, siendo un centro de infección y una inicu irresponsabilidad esa concurrencia en un mismo local, por lo tanto es el Inspector de la Junta de Beneficencia, Sr. Manuel Veintimilla quien solicita la construcción de un nuevo hospital en otro lugar. Y luego de superar muchas dificultades se procede a la construcción del nuevo hospital, asistiendo a la ceremonia de la colocación y bendición de la primera piedra el ilustrísimo Obispo de Loja Carlos María de la Torre, por invitación de la Junta de Beneficencia, dando la asignación para la construcción a los Señores Manuel y Víctor Samaniego el 18 de Octubre de 1915 y se inauguró y entró en funcionamiento el 24 de Mayo de 1921 con el nombre de "Hospital San Juan de Dios".

Con el pasar de los años, con la cuantiosa demanda de pacientes y por el espacio físico inadecuado las autoridades de esa época se ven en la necesidad de solicitar la construcción de un nuevo hospital y por acuerdo ministerial, esta Unidad Operativa de Salud fué creada mediante Decreto Legislativo No. 084 del 6 de junio de 1967, publicado en el Registro Oficial No. 149 del 16 del indicado mes y año, se creó el Ministerio de Salud Pública.

En Decreto Supremo No. 232 del 14 de abril de 1972, publicado en el Registro Oficial No. 48 del mismo mes y año, se suprimen las Juntas y Asistencias Sociales del País y se incorporan al Ministerio de Salud Pública, todos los hospitales con sus patrimonios respectivos.

Los pacientes del antiguo Hospital fueron trasladados a esta unidad el 25 de julio de 1979 y se prestó atención al público el 2 de agosto del mismo año, en donde se constituyó en su inauguración oficial.

7.1.2 CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA

La aprobación de la Nueva Constitución en el año 2008 en su Art. 32 menciona que “La salud es un derecho que garantiza el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; así como el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. Dichos servicios de salud se regirán por principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”⁸

Siendo el Ministerio de Salud Pública el organismo rector, conjuntamente con el Sistema Nacional de Salud y comprometidos con los grupos vulnerables y en riesgo, se ha visto en la necesidad de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario sin dejar de lado la medicina ancestral y alternativa.

Dichas políticas de salud se han puesto en marcha a nivel de todo el país así como también en el Hospital General Isidro Ayora de Loja, tiempo en el cual a través de un sinnúmero de acciones hemos venido incidiendo de forma positiva y significativamente sobre el estado de salud y bienestar de la población Lojana.

Según el grado de complejidad de los problemas de salud a intervenir, nuestro Hospital es de complejidad intermedia; es decir de 2do nivel de atención. Provee atención de salud ambulatoria de especialidades, de referencia y de hospitalización en varias especialidades y con algunas subespecialidades de acuerdo al perfil epidemiológico del área de influencia y emergencias; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, medicina física y de rehabilitación; y realiza docencia y/o investigación.

⁸ new.paho.org/ecu/

Esta Institución, es una Entidad del Sistema de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, implementado para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población de la Región Sur del País, así como del área de influencia, cuyos servicios externos cubren un radio de acción hasta el ámbito familiar. Es además un centro de formación profesional de personal médico y de enfermería, así como de investigación bio – social.

Cumple funciones de docencia universitaria, semi-abierta, zonal. Actualmente tiene una dotación normal de 243 camas destinadas para una población urbana actual de 110.633 (76,6%) habitantes, para el área rural de 33.860 (23,4%), y con una cobertura a nivel de su provincia como de las partes altas de las provincias de El Oro y de Zamora Chinchipe. Dentro de las funciones generales que viene cumpliendo esta institución tenemos las siguientes:

- Planificar, ejecutar, coordinar y controlar las actividades de salud en su área;
- Desarrollar acciones encaminadas al fomento y protección de la salud;
- Ejercer actividades de protección específicas de salud;
- Brindar atención de recuperación de salud;
- Cumplir con las actividades de rehabilitación de la salud;
- Efectuar docencia intra y extra hospitalaria e interinstitucional;
- Realizar investigaciones dentro de las áreas médicas y administrativas;
- Coordinar con los niveles superiores e inferiores dentro del sistema de regionalización de servicios, las acciones técnicas, científicas y administrativas correspondientes; y,
- Supervisar y prestar asistencia técnica a las unidades operativas de menor complejidad en su área.

Esta Entidad de salud cuenta con 7 pisos distribuidos por servicios: Subsuelo (aulas de docencia), Planta baja (comedor, lavandería, mantenimiento, anfiteatro); Primer piso

(Farmacia, Central telefónica, Área administrativa, consulta externa, departamento de diagnóstico, emergencia, estadística, fisiatría, imprenta, biblioteca); Segundo piso (Gineco obstetricia, Centro Obstétrico, Neonatología, Patología); Tercer piso (Centro quirúrgico, Central de esterilización, Cirugía, UCI, Unidad de quemados, Unidad de Hemodiálisis, Área Jurídica); Cuarto piso (Clínica, Pediatría) y Quinto piso (vacío) .

Con respecto a los servicios médicos que brinda el Hospital los agrupa en las especialidades de:

Traumatología	➤ Cirugía Pediátrica
Fisiatría	➤ Neonatología
➤ Psicología	➤ Gastroenterología
➤ Otorrinolaringología	➤ Obstetricia
➤ Cirugía Plástica	➤ Ginecología
➤ Oftalmología	➤ Terapia Intensiva
➤ Dermatología	➤ Reumatología
➤ Cardiología	➤ Pediatría
➤ Neurocirugía	➤ Neumología
➤ Nefrología	

En Cuanto a los Servicios especiales para el Diagnóstico y Tratamiento que ayudan a determinar y/o confirmar los diversos problemas de salud de los usuarios que acuden a esta dependencia están básicamente constituidos por:

- Laboratorio Clínico
- Laboratorio de Anatomo-Patológico
- Imagenología
- Endoscopía
- Electrocardiograma

Los Programas de Salud que actualmente esta ejecutando el Hospital son: Ley de Maternidad Gratuita (Control prenatal, postnatal, Parto, cesárea, Embarazo molar, Aborto espontáneo,

Embarazo Ectópico, Sepsis, Preeclampsia, Eclampsia, Hemorragias, Planificación familiar: métodos definitivos y de barrera); atención a la infancia (control del Niño sano, Desnutrición, parasitosis, EDA, IRA), VIH/SIDA, DOTS (Detección de sintomáticos respiratorios de Tb y AH1N1), DOC (Detección oportuna del Cáncer).

Recursos Humanos.

El Hospital cuenta con aproximadamente 512 funcionarios profesionales, no profesionales y técnicos. Los mismos son: Médicos Tratantes (48) y Residentes (24), Enfermeras (46), Auxiliares de enfermería (181), Tecnólogos médicos (6), Médicos en Psico-rehabilitación (2), Licenciadas y doctoras en Trabajo Social (5), Químico Farmacéutico (1), Odontólogos (4), Obstetra (1), Lic. Laboratorio clínico (4), Doctores y Lic. en Derecho (12), Ing. Comerciales (7), Lic. y Doctores en Contabilidad (10), Sacerdotes (1), Nutricionista (1), Ing. Alimentos (1), Economista (1), Ing. Sistemas (1), Servicios Generales (8), Trabajadores (148), Internos de medicina y enfermería.

7.1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

Nº orden	CAUSAS	TOTAL DE CASOS	%
1	Neumonía	824	8.57
2	Enfermedad Diarreica Aguda	463	4.82
3	Aborto Incompleto	328	3.41
4	Síndrome de dificultad respiratoria	292	3.04
5	Esterilización tubárica	263	2.74
6	Amenaza de parto prematuro	238	2.48
7	Colelitiasis	220	2.29
8	Traumatismo craneoencefálico	207	2.15
9	Hipertensión arterial	185	1.93
10	Amenaza de aborto	162	1.69

Fuente: Archivo estadístico del HGIAL. Año 2010

Tasa de Morbilidad se ubica en 22 casos por mil habitantes.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DEL HOSPITALARIA (HGIAL)

Nº orden	CAUSAS	TOTAL DE CASOS	%
1	Síndrome de dificultad respiratoria	51	22.08
2	Neumonía grave	24	10.39
3	Accidente cerebro vascular	14	6.06
4	Traumatismo craneoencefálico	11	4.76
5	Hemorragia subaracnoidea	8	3.46
6	Insuficiencia cardíaca congestiva	7	3.03
7	Diabetes mellitus tipo II	7	3.03
8	Parto distócico	4	1.73
9	Infarto agudo del miocardio	4	1.73
10	Intoxicación por órganos fosforados	4	1.73

Fuente: Archivo estadístico del HGIAL. Año 2010

Tasa de mortalidad se ubica en 0.53 muertes por mil habitantes.

7.1.4 CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO

VISIÓN:

El servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial General Isidro Ayora para el 2014, es un servicio organizado, con normas, reglamentos actualizados y definidos, cuenta con suficiente personal medico, de enfermeras, auxiliares, y de apoyo, responsables, comprometidos y capacitados de acuerdo a las exigencias de los últimos avances tecnológicos, y con un ambiente de trabajo agradable en donde predomina principalmente el respeto y las buenas relaciones interpersonales; los mismos que garantizan una atención

de calidad, calidez, eficiencia y ética profesional, que satisfaga plenamente las necesidades de las usuarios.

MISIÓN:

El servicio de Centro Obstétrico garantiza el acceso universal y permanente a servicios de salud de calidad y con calidez; considerando principios de equidad, universalidad, identidad cultural para brindar atención a las usuarias en período de labor de parto, parto, post parto inmediato, así como también a pacientes sometidas a legrados y cesáreas; aplicando normas y procedimientos establecidos, con personal profesional capacitado, infraestructura física adecuada, equipo tecnológicos modernos y materiales e insumos suficientes con la única finalidad de satisfacer las necesidades de las usuarias y con ello mejorar la calidad de vida de las demandantes.

UBICACIÓN:

El servicio de Centro Obstétrico se encuentra ubicado en la parte posterior del segundo piso del Hospital General Provincial Isidro Ayora, formando un solo ambiente con el área de Neonatología, es una unidad técnica administrativa, ejecuta acciones de salud, dirigidas a usuarias en el período de labor de parto, parto, post parto inmediato, revisión de cavidad uterina, legrado y post legrado, cesárea y post cesárea; y en algunos casos postquirúrgico (Histerectomía).

Los cuidados de Enfermería que se proporcionan a las pacientes siguen una secuencia apropiada sin interrupciones durante las veinte y cuatro horas del día. El personal que labora en este servicio tantos médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, internos de medicina e internos de enfermería forman un solo equipo de salud, contribuyendo con sus conocimientos, destrezas y habilidades para identificar necesidades y problemas, en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías existentes en esta área.

7.1.5 COORDINACIÓN INTERDEPARTAMENTAL:

Este departamento tiene relación con diferentes servicios, a través de la Enfermera Líder, quien se encarga de coordinar mediante oficios, memorandos, recetas, reportes, solicitudes, informes, llamadas telefónicas, etc. con los diferentes departamentos como son: laboratorio, Radiología, Emergencia, Consulta Externa, Gineco obstetricia, Neonatología, Unidad e Terapia Intensiva, Centro Quirúrgico, Central de Esterilización así como también con las áreas de mantenimiento, alimentación, hotelería, limpieza, lavandería, sin dejar de lado áreas administrativas (Coordinación de enfermería, Administración, Recursos Humanos, Dirección y Subdirección).

Cabe mencionar que el departamentos que tiene relación directa con el área de centro obstétrico es el área de **gineco- obstetricia** en donde se realiza el ingreso de las pacientes para la valoración respectiva por parte del médico de turno y se efectúan exámenes complementarios (Sangre, EMO, ECO) para posteriormente transferirlas al servicio de centro- Obstétrico para la atención de partos, cesáreas, legrados, revisión de cuello, y otros procedimientos propios de esta área.

El departamento de **Neonatología**, guarda también estrecha relación con el servicio de Centro Obstétrico, puesto que en esta área se reciben a todos los recién nacidos productos de partos normales o cesáreas, cuando se requiere de un anestesista se coordina con el departamento de **Centro Quirúrgico**, quien es el encargado de avisar al anestesista de turno. El departamento de **Central de Esterilización**, también tiene relación con el servicio de centro Obstétrico, pues esta área proporciona el instrumental y equipos de ropa estéril que se utilizan en las diferentes intervenciones.

Existen otros servicios de apoyo, con los cuales se coordinan diferentes actividades de acuerdo a las necesidades de nuestro servicio, una de estas áreas es el departamento de **lavandería** el cual proporciona el lavado de la ropa que se utiliza en las pacientes, otro servicio de apoyo es el departamento de **alimentación** quienes proveen la alimentación para las pacientes y personal de turno, la medicación que se utiliza en las pacientes la

proporciona el departamento de **farmacia** a través del programa de maternidad gratuita, el descargo de la medicación se la realiza por cada paciente en los recetarios del hospital con firmas de los médicos de turno y sellos destinados para este programa, gracias a este programa se a podido implementar stock de medicamentos para sala de partos , cesárea y legrados; este departamento también proporciona insumos y materiales que son solicitados cada ocho días a través de recetas. El departamento de **bodega** es el que proporciona mensualmente, material de escritorio y de limpieza.

Otros departamentos con quien coordina el servicio de Centro Obstétrico es el departamento de **administración**; quien es el encargado de gestionar los pedidos de compra a través del proveedor sobre insumos, equipos y materiales que se requieran y no existan en bodega.

Al departamento de **estadística** sé envían mensualmente informes sobre la producción mensual del departamento (partos, cesáreas, legrados). Al departamento de **Recursos humanos** se reporta faltas, atrasos, calamidades domesticas, calendario de vacaciones del personal que labora en este servicio, mediante informes diarios que se envía el departamento de **coordinación de enfermería**.

Con el departamento de **contabilidad** mantiene relación para solicitar las bajas de equipos, instrumentales y lencería que han cumplido su vida útil.

Las relaciones interpersonales en su mayoría con el resto de las áreas y departamentos que coordinan con este servicio son de forma armónica lo cual permite que se cumplan las diferentes actividades planificadas, pese a que no existe un plan estratégico en el servicio.

7.1.6 INFRAESTRUCTURA FÍSICA:

En lo referente a la **Planta Física**, este servicio se encuentra distribuido de la siguiente forma:

- Dos cuartos pequeños destinados para vestidores del personal tanto de mujeres como de varones con sus respectivos cancelos y baños.
- Área designada como estación de enfermería
- Una sala destinada para oficina de enfermera líder.
- Sala predestinada para la residencia de los Internos de Medicina.
- Sala de Utería limpia.
- Una sala de labor de parto. Adjunto un baño que utilizan los pacientes
- Una sala de recuperación con su respectivo baño.
- Una sala de atención de partos, adjunto un lavabo para manos e instrumental.
- Un quirófano para cesárea, adjunto un lavabo para manos e instrumental.
- Un quirófano para legrado, adjunto un lavabo para manos e instrumental (Inhabilitado)
- Un baño destinado para lencería sucia y placentas.

7.1.7 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA:

Los **Recursos Humanos** con los que cuenta el servicio son:

- Un médico jefe de servicio el mismo que depende del director o subdirector del hospital a su vez coordina las actividades de los médicos tratantes, residentes, internos de medicina.
- Una enfermera líder que cumple funciones administrativas y de cuidado directo al paciente; es la responsable de la organización, coordinación y administración de los servicios de enfermería tanto de las enfermeras miembros de equipo como de auxiliares de enfermería; depende de la jefe de enfermeras.
- Cuenta con 3 enfermeras de planta y dos contratadas encargadas del cuidado directo a las pacientes.

- Catorce auxiliares de enfermería con nombramiento y 2 contratadas, quienes realizan funciones y actividades de acuerdo a las necesidades del servicio en forma rutinaria.
- Tres Internas de enfermería que cumplen horarios rotativos y que también son responsables del cuidado directo a la paciente.

El personal de enfermería se encuentra distribuido por turnos rotativos que cubren las veinte y cuatro horas del día distribuidos de la siguiente manera:

Mañana de 07:00 a 13:00 horas

Tarde de 13:00 a 19:00 horas

Noche de 19:00 a 07:00 horas.

La distribución del personal de enfermería lo realiza la líder del servicio, la misma que elabora el horario de los diferentes turnos rotativos tanto de enfermeras como de las auxiliares de enfermería.

7.1.8 NORMAS GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO OBSTETRICO:

Hasta la actualidad no existe un manual de normas y procedimientos en esta área, considerando que estas serían de gran ayuda como respaldo del personal que labora en este departamento creemos que ayudarían a mejorar el trabajo en una forma oportuna y eficaz para las pacientes, hasta la presente fecha las actividades y procedimientos que se realizan se los ha considerado como parte de rutina desde hace muchos años, cuando se trata de realizar procedimientos nuevos en los cuales el personal de enfermería y auxiliar no se encuentra capacitado, se solicita ayuda de los médicos pos.-graditas, residentes, y médicos tratantes que orientan al personal para realizar este tipo de procedimientos.

Luego de haber realizado la caracterización del servicio de centro obstétrico podemos determinar que nuestra organización corresponde a una unidad técnica administrativa de

tipo formal, burocrática maquinal, donde se trabaja en forma rutinaria, no cuenta con una normatización, ni estandarización de normas y procedimientos, lo que perjudica notablemente en el desenvolvimiento del trabajo de sus miembros.

La supervisión del trabajo tanto de enfermeras como del personal auxiliar lo realiza la líder del servicio a través de la supervisión directa, además toma decisiones en lo que se refiere a permisos, convocatorias a reuniones de trabajo en coordinación con la coordinadora General de enfermeras.

7.1.9 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CENTRO OBSTÉTRICO AÑO 2010

CESÁREAS

DIAGNÓSTICO	TOTAL DE PTES	%
EAT + Cesárea Anterior	422	36,70%
EAT + SFA	132	11,50%
EAT + HTA inducida (Preeclampsia; Eclampsia, Síndrome Hellp)	91	7,90%
EAT + PP	89	7,80%
EAT + DCP	83	7,20%
EAT + RPM	77	6,68%
EAT + Distocia de Presentación	63	5,46%
EAT + Oligohidramnios	41	3,55%
EAT + Labor de parto prolongado (Detención de dilatación)	36	3,13%
Otras causas	116	10,08%
TOTAL	1150	100%

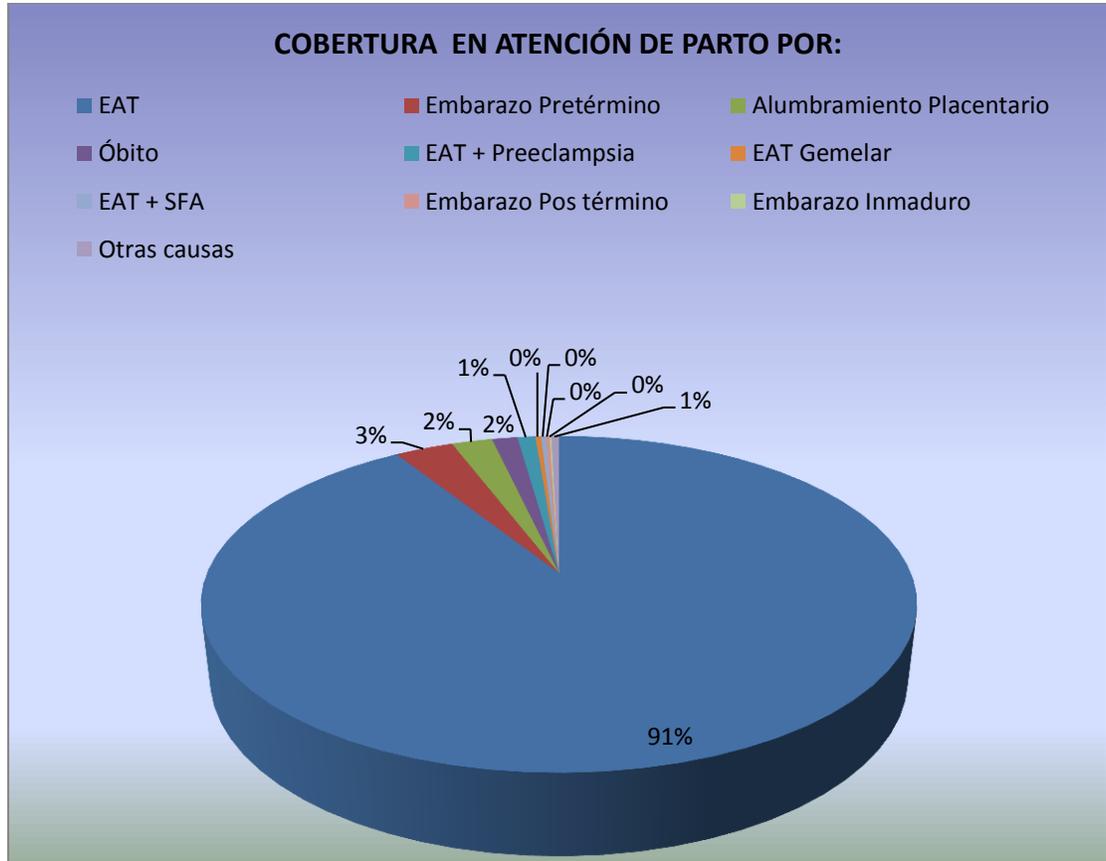


Fuente: Archivo estadístico del HGIA y Libros de Registro de Cesáreas 2010

Elaborado por: Enfermera Líder y Enfermeras rotativas y estudiantes de Especialidad Gerencia y Planificación estratégica.

PARTOS

DIAGNÓSTICO	TOTAL DE PTES	%
EAT	1786	91,02%
Embarazo Pretérmino (28 sem-36 semanas)	62	3,16%
Alumbramiento Placentario	43	2,19%
Óbito	27	1,37%
EAT + Preeclampsia	19	0,96%
EAT Gemelar	6	0,30%
EAT + SFA	5	0,25%
Embarazo Pos término (42 semanas)	4	0,20%
Embarazo Inmaduro (20-27 semanas)	2	0,10%
EAT + Placenta Previa	1	0.050%
EAT + Cesárea Anterior	1	0.050%
Embarazo Pretérmino Gemelar	1	0.050%
Embarazo Pretérmino + Placenta Previa	1	0.050%
EAT + Eclampsia	1	0.050%
EAT + Diabetes + Producto macrosómico	1	0.050%
Embarazo Gemelar Inmaduro	1	0.050%
EAT + Hipertensión inducida por el embarazo	1	0.050%
TOTAL	1962	99,95%



Fuente: Archivo estadístico del HGIA y Libros de Registro de Partos 2010

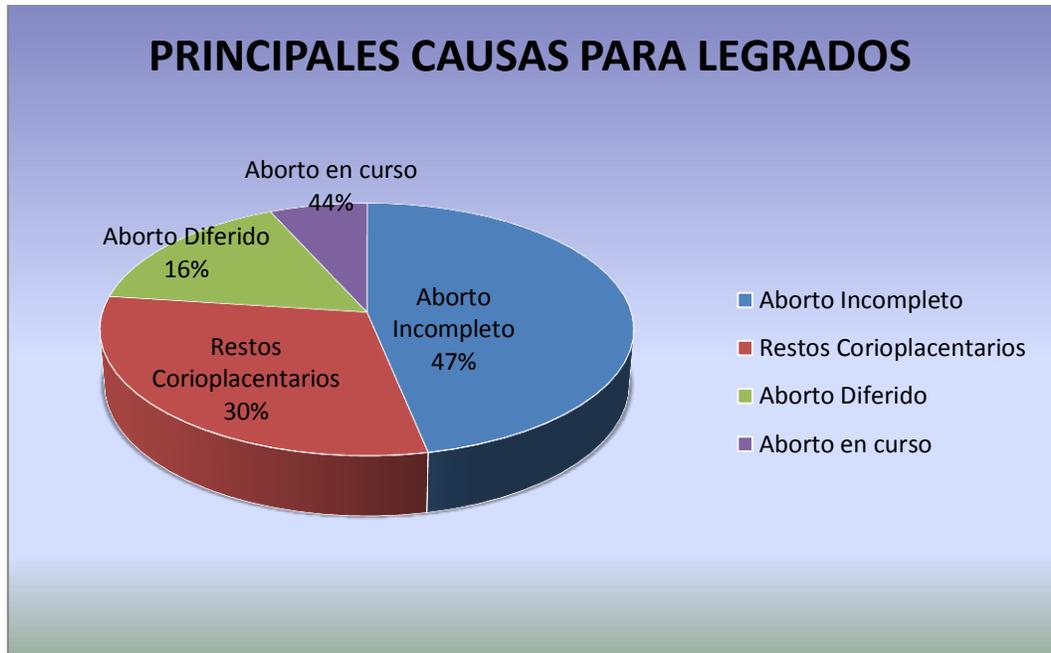
Elaborado por: Enfermera Líder y Enfermeras rotativas y estudiantes de Especialidad Gerencia y Planificación estratégica.

LEGRADOS

DIAGNÓSTICO	TOTAL DE PTES	%
Aborto Incompleto	306	37,22%
Restos Corioplacentarios	198	24,08%
Aborto Diferido	106	12,89%
Aborto en curso	44	5,35%
Huevo Anembrionario	39	4,74%
Retención Placentaria	22	2,67%
Hiperplasia Endometrial	19	2,31%
Hemorragia Disfuncional	17	2,06%
Desgarro de Cuello	15	1,82%
Otras causas	56	6,81%
TOTAL	822	99,99%

Fuente: Archivo estadístico del HGIA y Libros de Registro de Partos 2010

Elaborado por: Enfermera Líder y Enfermeras rotativas y estudiantes de Especialidad Gerencia y Planificación estratégica.



Fuente: Archivo estadístico del HGIA y Libros de Registro de Partos 2010

Elaborado por: Enfermera Líder y Enfermeras rotativas y estudiantes de Especialidad Gerencia y Planificación estratégica.

7.2 MARCO CONCEPTUAL

Para una mejor comprensión puedo indicar que el presente marco conceptual se lo ha dividido en dos partes: la primera consiste en destacar la importancia de un líder, como su desempeño influye en sus colaboradores y su relación directa con la organización a la que representa; la segunda consiste en la definición y aspectos conceptuales tomando en consideración las definiciones más importantes que contiene el proyecto.

7.2.1 GERENTE O LIDER EN SALUD

Actualmente toda Institución especialmente del sector salud debe contar con un equipo directivo con liderazgo suficiente, comprometido y capaz de generar confianza y credibilidad en los miembros de su organización.⁹ Por tal razón es imprescindible contar con un Líder eficaz que transforme la organización en función de los requerimientos del entorno, dibuje una visión, comprometa a la gente con el cambio, le entusiasme con su visión y reconozcan a sus colaboradores como los protagonistas de los resultados.

Para obtener una respuesta activa y eficaz de los colaboradores es obligado saber gestionar comportamientos, manejar sistemas de refuerzos y recompensar las actitudes positivas. También es recomendable mantener una evaluación constante del rendimiento, evolución y resultados de los individuos que demuestre el compromiso de todos con sus objetivos.

Resulta esencial la capacidad de los directivos para influir positivamente en sus colaboradores y que éstos cambien sus comportamientos. Ninguna persona cambia si no ve que sus superiores lo han hecho ya. También es vital que la gente se comprometa, se implique en el proceso y lo sienta de su propiedad, que participe y se sienta valorado.

⁹ CASADO José Manuel. El Directorio del Siglo XXI. Ediciones Gestión 2000, S.A-Barcelona, 2001.

Por lo tanto, todo Gerente debe cumplir con responsabilidad su desempeño para alcanzar resultados junto con su equipo de trabajo, sin dejar de lado la satisfacción de sus colaboradores, para conseguir esta última en términos prácticos se deberá tomar en cuenta que estos deberán tener una alta calidad de vida laboral que ofrece al individuo cosas tales como: salario justo, condiciones seguras de trabajo, oportunidades para aprender y aplicar habilidades nuevas, un espacio para desarrollarse y progresar en su trayectoria profesional, protección de los derechos individuales y orgullo por el trabajo mismo y por la organización.¹⁰

Si todo lo antes planteado se cumpliera a cabalidad esto se vería reflejado en nuestro desempeño laboral, ya que más del 90% de las personas que trabajan en las instalaciones de salud interactúan directamente con los usuarios. Un porcentaje alto de los trabajadores de la salud, posee una calificación profesional y por tanto cuenta con un alto potencial para generar ideas e innovaciones, trabajar en equipos auto dirigidos y asimilar técnicas complejas como la de análisis y solución de problemas.¹¹

Los sistemas de salud están conformados por actividades muy diversas en cuanto al tipo de servicios que ofrecen, tecnologías que utilizan, especialidades de sus ejecutores, proceso y micro procesos que se ejecutan simultáneamente y que incluso se contradicen, actividades que se repiten o que dejan de hacerse, riesgos para el que presta el servicio y para el que lo recibe y muchas más. Todo esto hace muy compleja la posibilidad de que la alta dirección llegue a conocer, analice y resuelva con eficiencia el enorme surtido de fallas, problemas e insuficiencias que se producen y que encarecen el servicio perjudicando su calidad.¹²

En las últimas décadas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la

¹⁰ SCHERMERHORN, JR. Jhon R. Administración. Limusa 2009.

¹¹ RAMOS María Cristina. Guía Didáctica Gerencia Integral en Salud. Editorial de UTPL 2009.

¹² *Ibíd*em

salud materna y neonatal, en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural. Con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se ha implementado nuevos mecanismos de asignación y gestión local de recursos financieros, así como importantes procesos de participación y veedurías ciudadanas que nos permiten asegurar que tenemos el conocimiento estratégico y la voluntad política para cambiar radicalmente esta inequidad e injusticia social.¹³

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, trabaja permanentemente para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población ecuatoriana a través de sus servicios de salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario. Para ello, se basa en los siguientes fundamentos legales: La Constitución Política del Ecuador, en especial en su artículo 42; en la Ley Orgánica de salud, en su artículo N° 1, 6 y 7, que indica que “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”, y en su artículo N° 10: “quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos de salud individual y colectiva”.¹⁴

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en su artículo N°2. La Ley de Maternidad Gratuita¹ (reformada) que en su artículo N° 1 dice: “Toda mujer ecuatoriana tiene derecho

¹³ MSP. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materna neonatal. Agosto 2008.

¹⁴ *Ibíd.*

a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva.¹⁵

La calidad de la atención en salud es el resultado de una definición adecuada de los contenidos de atención, es decir normas y estándares actualizados y basados en evidencia científica y de la ejecución apropiada de los procesos de la atención a los/as usuarias de acuerdo a esas normas. Un sistema de garantía de calidad se inserta en la estructura funcional del ente rector (MSP) que normatiza los procesos de atención, establece estándares e indicadores de calidad, define un mecanismo de monitoreo y de mejoramiento continuo de la calidad, y desarrolla una cultura de calidad orientada hacia la satisfacción del/a usuario/a. Dos aspectos básicos de la calidad de la atención son la Calidad Técnica, que se refiere a que los contenidos técnicos y la ejecución de la atención de salud deben ceñirse a las normas basadas en la evidencia científica, y la Calidad percibida por el usuario, que se refiere más bien a cómo la usuaria/o percibe aspectos relativos al trato interpersonal, tiempos de espera, comodidades, limpieza, satisfacción con la atención recibida, etc.¹⁶

Ahora bien, en lo correspondiente a la salud materna e infantil, el MSP ha propuesto la Implementación del Componente Normativa Materno Neonatal; el cumplimiento de esta norma es de carácter obligatorio y será aplicada en todas las unidades públicas del sector salud del país que brinden este tipo de servicios, incluyendo los servicios comunitarios en el proceso de atención; la provisión de servicios contempla la planificación familiar, la atención prenatal, atención del parto, atención del puerperio y la atención del recién nacido/a. La atención integral incluye acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.¹⁷

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/5.%20Manual%20de%20Estandares>

¹⁷ maternoinfantil.org/archivos/A67.PDF

7.2.2 DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Aborto, Es todo nacimiento con un peso del producto de la gestación menor de 500 g.; en los casos que no existe el peso, se considera aborto a todo nacimiento menor de 22 semanas de gestación.¹⁸

Alumbramiento, es la expulsión de la placenta y sus anexos, esto se produce posterior a la salida del feto, en un periodo de tiempo comprendido de 15 minutos con manejo activo y hasta los 30 minutos sin manejo activo.

Amenorrea, ausencia de la menstruación por más de 90 días.

Anemia, recuento de eritrocitos por debajo 3,000,000 por milímetro cúbico, con hematocrito inferior al 30%; y cuyos niveles de hemoglobina no alcanzan los 10 gramos por ciento.

Alojamiento Conjunto, estrategia que se caracteriza por ubicar al recién nacido y su madre en la misma habitación, con el propósito de favorecer el apego precoz, permanente y promover así la lactancia materna exclusiva.¹⁹

Alto Riesgo Reproductivo, cuando en caso de presentarse un embarazo el producto o la madre o ambos pueden sufrir lesión, daño o muerte o cuando posterior a ese embarazo pueden quedar secuelas que van incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva futura.²⁰

¹⁸ <http://es.scribd.com/doc/52526071/4/Definicion-y-Aspectos-conceptuales>

¹⁹ www.scribd.com/doc/13677021/Parte-1 -

²⁰ [www.unfpa.org.ni/.../...](http://www.unfpa.org.ni/.../)

Atención Prenatal, es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido/a.²¹

Atención Prenatal precoz, se denomina así al control iniciado durante el primer trimestre del embarazo.

Calidad de atención, es la secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios, se considera también como el tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional individual a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado.

El Control de la Calidad se posesiona como una estrategia para asegurar el mejoramiento continuo de la calidad. Programa para asegurar la continua satisfacción de los clientes externos e internos mediante el desarrollo permanente de la calidad del producto y sus servicios.²²

Capacidad técnica, son los Conocimientos, habilidades y destrezas que poseen los recursos humanos y que son puestos en función de la atención para garantizar la resolución de los problema de salud de la población que demanda los servicios de salud.

Continuidad, es la capacidad que posee la institución de salud, para garantizar el control y seguimiento del usuario (a) de su atención, sea ésta de nivel ambulatorio o de internamiento.

Cobertura, es el indicador que nos refleja la cantidad relativa (%) del grupo de población a la que va orientada una actividad.

²¹ Ibidem.

²² www.monografias.com

Daño, es el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo.

Defunción fetal, es la muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. La defunción puede determinarse por la circunstancia de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.²³

Distocia del canal del parto, son aquellas alteraciones que sobrevienen cuando la alteración del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea, en este caso se denominan distocias óseas. También pueden ser ocasionadas por las partes blandas del canal y se denominan distocias de partes blandas.²⁴

Dips, son caídas transitorias de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) producidas por las contracciones uterinas. Se clasifican en dips tipo I o desaceleración temprana; dips tipo II o desaceleraciones tardías y dips umbilicales o desaceleraciones variables.

Edad Gestacional, es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.

Embarazo, es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación.

²³ Ibidem.

²⁴ www.slideshare.net/julk34/normas-7544876 - Estados Unidos

Factor de Riesgo, es la probabilidad aumentada que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir influenciada por características o condicionantes, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados.

Globo de seguridad de Pinard, es la contracción uterina **sostenida** posterior a la expulsión de la placenta, que se produce en el puerperio inmediato. Su formación y permanencia previene el sangrado uterino y puede ser estimulado realizando masaje uterino externo hasta percibir que el útero logra una contracción firme y sostenida.

Indicador, es una característica o variable que se puede medir. Se define como “una noción de vigilancia en salud”. Es un número, una tasa, un índice, un porcentaje o una razón que nos permite una vez obtenida, medir la magnitud del fenómeno.²⁵

Indicadores de Salud, son los datos más importantes del estado de salud y bienestar de la población. Las fuentes para estos datos provienen del censo general, de estadísticas vitales y de los sistemas de información.

Lactancia Materna, alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.

Muerte Materna (defunción materna): Es el fallecimiento de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes de terminado el embarazo, independiente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.²⁶

²⁵ www.cienciaytrabajo.com

²⁶ www.saludcolombia.com/actual/salud50/informe.htm

Mortalidad Materna.- número de defunciones maternas por 100,000 mujeres en edad reproductiva definida como 15 a 44, 10 a 44 o 15 a 49 años.

Mortalidad (o defunción) materna por causas obstétricas directas, son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias anteriormente mencionadas.²⁷

Mortalidad (o defunción) Materna de causas obstetricias indirectas, son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.²⁸

Muerte neonatal tardía, es la que ocurre después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad es un enfoque gerencial que busca el desarrollo organizacional ordenado y planificado, orientado a la satisfacción de las necesidades del/a usuario/a y del cumplimiento de normas técnicas, organizando, identificando y mejorando todos los aspectos de los procesos de atención en los servicios de salud.

Norma, se denomina a toda aquella ley o regla que se establece para ser cumplida por un sujeto específico en un espacio y lugar también específico. Las normas son las pautas de ordenamiento social que se establecen en una comunidad humana para organizar el comportamiento, las actitudes y las diferentes formas de actuar de modo de no entorpecer el bien común.

²⁷ portal.ccss.sa.cr/portal/.../portal/.../Definiciones:Hoja4

²⁸ www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=1217

Nacimiento vivo, es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre (independientemente de la duración del embarazo) de un producto de concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquiera otra señal de vida, tal como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si ha cortado o no el cordón umbilical y está o no desprendida la placenta.²⁹

Nacimiento a término, es aquel que ocurre entre las 38 y las 42 semanas de gestación.

Nacimiento postérmino, es aquel que ocurre después de las 42 semanas de gestación.

Nacimiento pretérmino, nacimiento que ocurre entre las 22 y 31 semanas de gestación.

Parto, el acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal.

Parto de Bajo Riesgo, se considera parto de bajo riesgo, el de toda embarazada que al iniciar trabajo de parto espontáneo, cumple con 37 a 41 semanas cumplidas de gestación, si se estima que el peso fetal es de entre 2,500 y 4,000 gramos, si en el interrogatorio y examen físico no se determinan complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo reales o potenciales de muerte perinatal o asfixia, contando además con un niño/a en presentación cefálica y con membranas íntegras.³⁰

Parto a término, es cuando el feto ha cumplido el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo entre las 37 y las 41 semanas cumplidas de amenorrea.

²⁹ www.colegiomatronasdechile.cl/programa/archivos/redir.asp?Id=517

³⁰ www.slideshare.net/julk34/normas-7544876 - Estados Unidos

Parto Postérmino, es cuando el parto ocurre en la semana 42 o más tarde.

Periodo Perinatal, periodo que transcurre desde las 22 semanas de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 gr.) y termina 7 días completos después del nacimiento.

Periodo Neonatal, periodo que transcurre desde el nacimiento y termina a los 28 días completos después del mismo. Se subdivide en neonatal precoz (0-7 días) y neonatal tardío (8-27 días).

Peso al Nacer, es la primera medición del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento hecha después del nacimiento. Para los nacidos vivos el peso debe ser tomado preferiblemente dentro de la primera hora de vida antes de que ocurra la pérdida postnatal significativa de peso.

- Bajo Peso al Nacer: Peso al Nacer menor de 2,500 gramos
- Muy Bajo Peso al Nacer: Peso al Nacer menor de 1,500 gramos
- Peso al Nacer extremadamente bajo: Peso al Nacer menor de 1,000 gramos³¹

Planos de Hodge, son planos paralelos que parten de formaciones anatomopélvicas fáciles de determinar el descenso en el canal del parto, o sea el “encajamiento” de la cabeza fetal en determinados puntos de la pelvis materna, permiten conocer a qué altura del a pelvis se encuentra el polo fetal.³²

Periodo intergenésico, periodo comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto), y el inicio del actual.

Posición, es la relación que guarda el occipucio del producto con el lado izquierdo o derecho de la pelvis materna. Las posiciones son dos: derecha e izquierda.

³¹ www.deis.gov.ar/definiciones.htm

³² www.scribd.com/doc/.../Definición-y-Aspectos-conceptuales

Presentación Fetal, es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándolo en gran parte, y que puede evolucionar por sí misma dando lugar a un mecanismo de parto. Las presentaciones son cefálicas y pelvianas.

Protocolos, o guía de práctica clínica es un instrumento de diseño de la calidad de la atención que explicita las normas de actuación que ayudan a profesionales y usuarios a decidir la forma más efectiva, eficiente y satisfactoria posible, frente a problemas específicos de promoción, prevención y restauración de la salud, sirviendo además como guía para la evaluación de la calidad en los casos en que el protocolo sea aplicable."³³

Puerperio fisiológico, se denomina así al periodo de transformaciones progresivas de orden anatómicas y funcionales, que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se manifiesta por un proceso de involución hasta casi regresar al estado de no embarazo, a excepción de la glándula mamaria. El período del puerperio se extiende hasta los 60 días.³⁴

Recién Nacido con peso adecuado para su edad gestacional, producto de la concepción que nace con peso comprendido entre el percentil 10 y el 90 de la curva de peso intrauterino, de acuerdo a su edad gestacional, independientemente de la duración de la misma.

Riesgo, es la posibilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño.

Riesgo reproductivo, es la probabilidad (grado de peligro) que tienen tanto la mujer **no embarazada** en edad fértil, como su producto potencial de experimentar lesión, daño o muerte en caso de presentarse un embarazo.

³³ www.cfnavarra.es/salud/publicaciones

³⁴ www.slideshare.net/.../puerperio-mary - Estados Unidos

Satisfacción del usuario(a), La satisfacción del cliente es definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió, o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario

La calidad percibida es definida como una evaluación efectuada por el usuario de la excelencia general del producto. De este modo, la calidad percibida es una variable evaluativa, en que algunos modelos plantean que el estándar es un ideal o bien una evaluación basada en la experiencia previa con el sistema de salud³⁵

Situación Fetal, se denomina así a la relación existente entre el eje del ovoide fetal, el eje del ovoide uterino y el eje longitudinal de la madre. Los tipos de situación fetal son longitudinales, transversos y oblicuos

Variedad de Posición, es la relación que guarda el occipucio con la extremidad, de los principales diámetros maternos. El occipucio puede estar en contacto con la eminencia iliopectínea, la extremidad del diámetro transversal, la articulación sacroilíaca, el pubis o el sacro, resultando la variedad de posición anterior, transversa, posterior, pública o sacra respectivamente.³⁶

Ventosa Obstétrica, es un método cuyo principio se basa en la extracción del ovoide cefálico mediante una ventosa adherida a su cuero cabelludo que, por presión negativa, permite tracción del producto.

³⁵ http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200013&script=sci_arttext

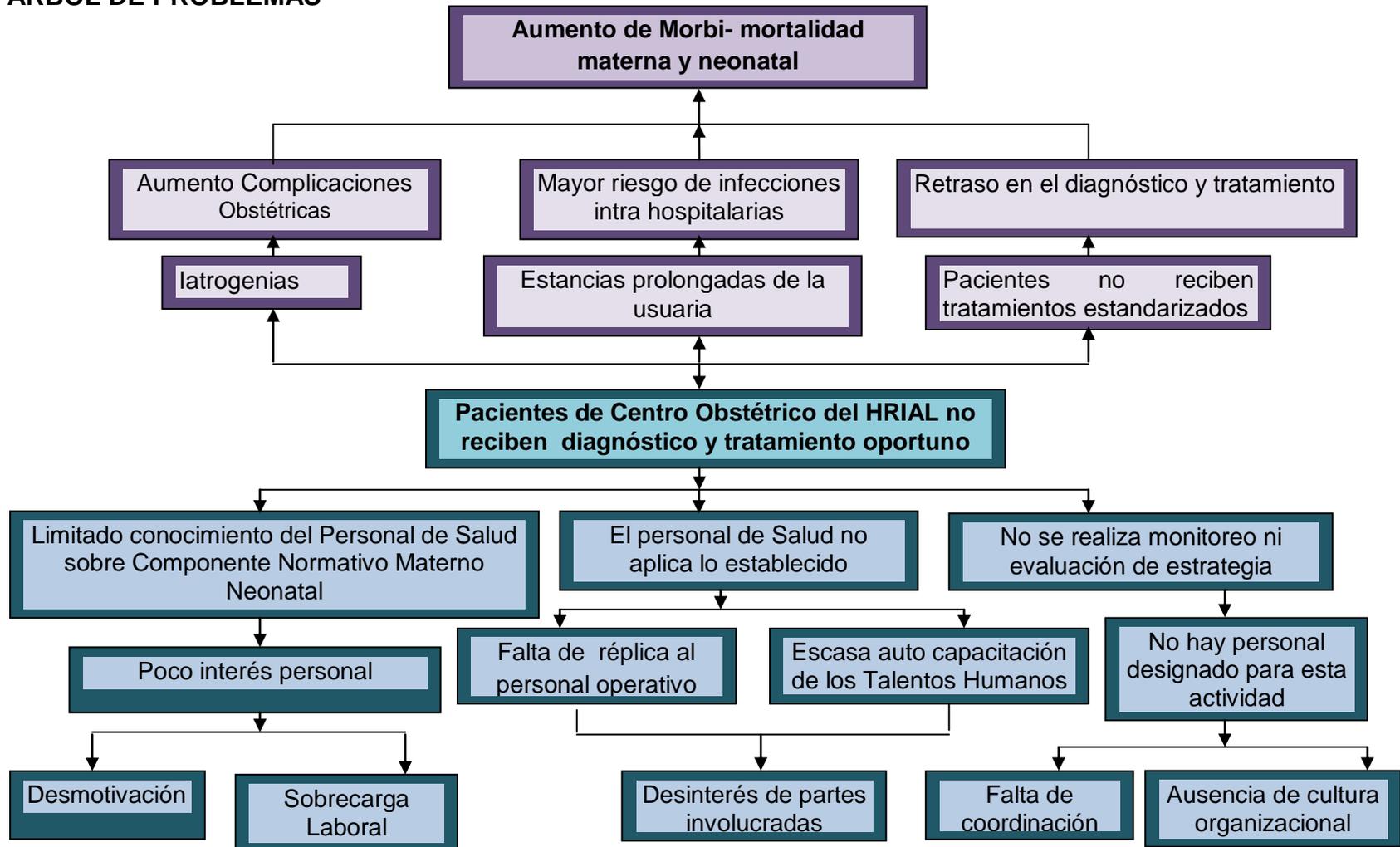
³⁶ clasesylibros.files.wordpress.com/2011/03/normativa-011

8. DISEÑO METODOLÓGICO

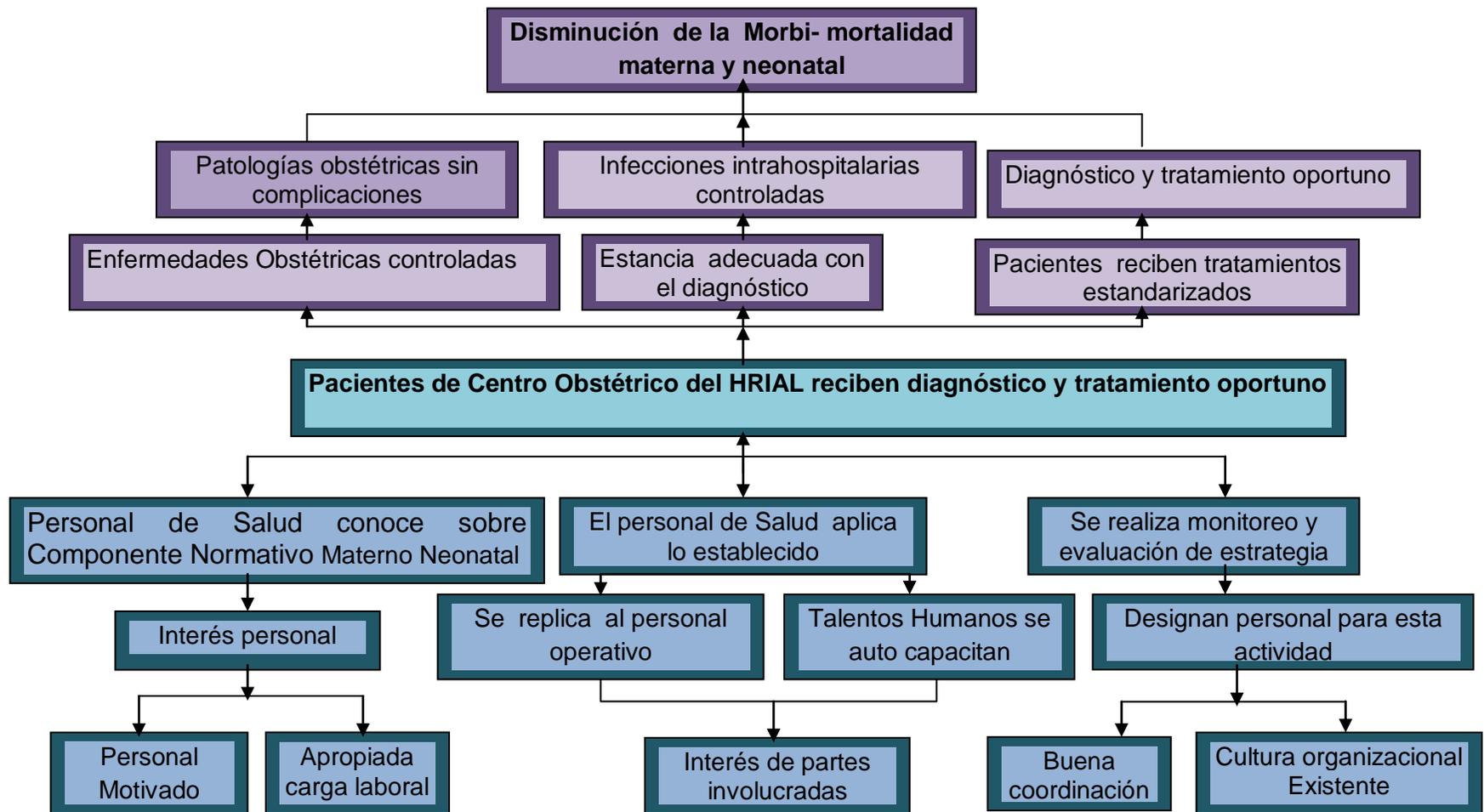
8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Usuaris que acuden a recibir Atención en el Departamento de Centro Obstétrico del HRIAL.	Recibir tratamiento oportuno de acuerdo al Componente Materno Neonatal.	Demandar atención médica de Calidad.	Complicaciones Obstétricas y Neonatales.
Personal Médico del Departamento de Centro Obstétrico y Neonatología del HRIAL.	Brindar un tratamiento oportuno y de calidad para mejorar la atención a las usuarias que acuden a este servicio.	Según el artículo 10, de la Ley Orgánica de Salud indica que todas personas del sistema de salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento del Componente Materno Neonatal - Falta de capacitación - No se realiza monitoreo ni evaluación de estrategia.
Personal Profesional de Enfermería del Departamento de Centro Obstétrico Neonatología del HRIAL	Colaborar con el personal médico para brindar una atención adecuada a las usuarias que acuden a este servicio, y de esta manera disminuir las complicaciones materno – neonatales.	Personal de Enfermería Comprometido a mejorar la Calidad de atención.	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento del Componente Materno Neonatal. - Falta de capacitación - No se realiza monitoreo ni evaluación de estrategia.
Personal no profesional de Enfermería del Departamento de Centro Obstétrico y Neonatología del HRIAL	Brindar un atención de calidad y oportuna a las usuarias externas mediante la utilización de normas protocolos establecidos por el MSP	Personal auxiliar de Enfermería se capacita y aplica las normas y protocolos del MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento del Componente Materno Neonatal. - Falta de capacitación.

8.2 ARBOL DE PROBLEMAS



8.3 ARBOL DE OBJETIVOS



8.4 MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Implementar el componente materno neonatal garantizando un tratamiento oportuno.</p>	<p>El 60% de las usuarias son atendidas protocolizadamente hasta Septiembre del 2011.</p>	<p>Levantamiento de línea de base sobre percepción de la calidad de atención.</p> <p>Observación directa</p>	<p>Autoridades apoyan la propuesta</p>
<p>PROPÓSITO</p> <p>Disminuir la morbi-mortalidad materna neonatal.</p>	<p>Disminuir en un 50% las muertes materno-neonatales en el servicio de centro obstétrico.</p>	<p>Registros existentes: libro de partos, legrados y cesáreas, perfil epidemiológico del servicio. Historia Clínica.</p>	<p>Personal de salud concientizado en brindar atención de calidad</p>

COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS			
Personal de Salud se Capacita sobre el Componente Normativo Materno Neonatal	El 100% del personal de salud del servicio capacitados en el componente materno neonatal hasta Septiembre 2011.	Convocatorias de las capacitaciones Lista de asistentes Fotografías	Personal involucrado capacitado y motivado a participar
El Personal de Salud aplica el componente Normativo Materno Neonatal	El 70% del personal aplica el Componente Normativo Materno Neonatal hasta Septiembre del 2011	Historia Clínica Encuesta dirigida al personal de salud Manual normativo impresora	Participación propositiva del personal.
Conformación de Comité de seguimiento para la aplicación de la estrategia.	El 100% del Comité conformado hasta Septiembre del 2011.	Actas de conformación Convenios establecidos	Coordinación interdepartamental

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
A1			
Taller de capacitación sobre: Normativo Neonatal			
1.1 Recepción del Recién nacido: - Valoración de escala de Apgar - Valoración de escala de Capurro	Médico Postgradistas de Neonatología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 2 (02-05-2011)	Datashop Computadora Pizarra Fotocopias de normativa
Evaluar necesidad de reanimación neonatal	Médico Postgradistas de Neonatología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 2 (09-05-2011)	Material de oficina (Marcadores, hojas de papel boon, etc.)
Taller de capacitación sobre: Normativo Materno			
Referencia y Contra referencia	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 2 (15-05-2011)	Datashop Computadora Pizarra
Protocolo de Manejo de la Diabetes Gestacional	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 2 (23-05-2011)	

Protocolo de Manejo de Transtornos Hipertensivos Gestacionales	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 3 (06-06-2011)	
Protocolo de Manejo del Shock Hipovolémico en Obstetricia	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 3 (13-06-2011)	
Protocolo de Manejo de Hemorragia de la 2da y 3 era etapa de la Labor de parto	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 3 (20-06-2011)	
Protocolo de Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas.	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 3 (27-06-2011)	Datashop Computadora Pizarra
Protocolo de Manejo de Trabajo de Parto Pretérmino.	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 3 (27-06-2011)	

Protocolo de Manejo de la Muerte Fetal.	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 3 (28-06-2011)	
Protocolo de Manejo del Parto Normal	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 3 (28-06-2011)	
Protocolo de Manejo de Inducción y Conducción de Labor de Parto	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 3 (29-06-2011)	
Protocolo de Manejo del Trabajo de Parto Distócico	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 3 (30-06-2011)	
Protocolo de Manejo Quirúrgico de la Embarazada con indicación de Cesárea	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 3 (30-06-2011)	
Protocolo de manejo del parto vaginal después de una cesárea previa	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 4 (01-07-2011)	

A2			
Abastecimiento continuo de formularios requeridos para la aplicación del componente materno neonatal	Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto) Jefes departamentales	Mes 4 y 5 (07-08/2011)	Historia clínica Material de oficina Computadora Impresora
Taller práctico de manejo de casos clínicos	Médico Postgradistas de Ginecología Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto) Jefes departamentales	Mes 4 (08-07-2011)	Material oficina Computadora Impresora
Práctica de reanimación neonatal	Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto) Jefes departamentales	Mes 2 (09-05-2011)	Formulario Encuestas aplicadas Material de oficina Computadora Impresora
Entrega del componente materno neonatal.	Lic. Sandra Encalada (Autora del Proyecto)	Mes 2 (02-05-2011)	Material de oficina Computadora Impresora

A3			
Conformación del Comité	Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto) Autoridades institucionales Personal de salud	Mes 4 (08-07-2011)	Material de oficina Computadora Impresora
Elaborar formatos para el seguimiento y evaluación del proyecto	Miembros del Comité	Mes 5 (05-08-2011)	Material de oficina Computadora Impresora Fotocopias de encuestas
Evaluación de la aplicación del componente	Miembros del Comité Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 5 (12-05-2011)	Material de oficina Computadora Impresora
Informe Final del proyecto	Lic. Sandra Encalada (Autora del proyecto)	Mes 5 (19-08-2011)	Material de oficina Computadora Impresora Encuestas

9. RESULTADOS

Luego de haber desarrollado el proyecto puedo indicar los siguientes resultados:

RESULTADO 1.

PERSONAL DE SALUD SE CAPACITA SOBRE EL COMPONENTE NORMATIVO NEONATAL.

Para lograr que el personal de Centro Obstétrico se capacite sobre el Componente Materno Neonatal realicé las siguientes actividades:

1.1 Se convocó a todo el personal de Centro Obstétrico para el día 18 de Abril del presente año para la Socialización del Proyecto de intervención. (Anexo 1 Convocatoria socialización del proyecto)

Con la colaboración de la Enfermera Líder del Departamento de Centro Obstétrico en mencionada fecha y contando con la presencia del personal de salud (Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería) se llevo a cabo la socialización del Proyecto: "Implementación del Componente Normativo Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja durante el periodo Abril- Septiembre del 2011". **(Anexo 2 Acta de la socialización del proyecto)**

En esta reunión se indicó la importancia de conocer y aplicar los protocolos del Componente Materno-Neonatal establecidos por el MSP en las usuarias que acuden a recibir atención en este servicio y su influencia en el mejoramiento de la calidad de atención que se viene brindando.

Luego de la deliberación de los protocolos a tratarse en este proceso de capacitación se procedió a realizar el cronograma de las capacitaciones quedando establecido de la siguiente manera:

TEMA	FECHA	EXPOSITORES
Talleres de Capacitación sobre: NORMATIVO NEONATAL		
Recepción del Recién nacido: - Valoración de escala de Apgar - Valoración de escala de Capurro	Lunes 02-05-2011	Dr. Omar González Médico Postgradista de Pediatría
Evaluar necesidad de reanimación neonatal	Lunes 09-05-2011	Dr. Omar González Médico Postgradista de Pediatría
Talleres de Capacitación sobre: NORMATIVO MATERNO		
Referencia y Contra referencia	Lunes 16-05-2011	Lic. Sandra Encalada
Protocolo de Manejo de la Diabetes Gestacional	Lunes 23-05-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de Manejo de Transtornos Hipertensivos Gestacionales	Lunes 06-06-2011	Dra. Diana Jiménez Médico Postgradista GO
Protocolo de Manejo del Shock Hipovolémico en Obstetricia	Lunes 13-06-2011	Dr. Bladimir Murillo Médico Postgradista GO
Protocolo de Manejo de Hemorragia de la 2da y 3 era etapa de la Labor de parto	Lunes 20-06-2011	Dra. Carla Rojas Médico Postgradista GO
Protocolo de Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas.	Lunes 27-06-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de Manejo del Trabajo de Parto Pretérmino.	Lunes 27-06-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de Manejo de la Muerte Fetal. Protocolo de Manejo de Atención del Parto Normal	Martes 28-06-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO

Protocolo de Manejo de Inducción y Conducción de Labor de Parto	Martes 29-06-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de Manejo del Trabajo de Parto Distócico. Protocolo de Manejo Quirúrgico en pacientes embarazadas que serán sometidas a cesárea	Miércoles 30-06-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de manejo del parto vaginal después de una cesárea previa	Miércoles 01-07-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO

1.2 Talleres de capacitación sobre: Componente Normativo Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública. (Anexo 3 Registro de asistencia, fotografías)

MEMORIA TECNICA N° 1

TALLER DE CAPACITACIÓN:

COMPONENTE NORMATIVO NEONATAL

GRUPO META: PERSONAL DE CENTRO OBSTETRICO DEL HPIAL.

EVENTO: TALLER DE CAPACITACIÓN

FECHA: Lunes 02 de Mayo del 2011

Lunes 09 de Mayo del 2011.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 30 personas

LUGAR: Sala del departamento.

TEMAS:

TEMA	FECHA
Recepción del Recién Nacido: Valoración de Escala de Apgar Valoración de Escala de Capurro	Lunes 02 de Mayo del 2011
Evaluar Necesidad de Reanimación neonatal	Lunes 09 de Mayo del 2011.

NÚMERO DE HORAS: 3 HORAS

EXPOSITORES: Dr. Omar Gonzales (Médico Postgradista Pediatría)

FACILITADOR RESPONSABLE: Lic. Sandra Encalada

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar los protocolos estandarizados por el Ministerio de Salud Pública en lo correspondiente a la Recepción y Reanimación Neonatal en el Servicio de Centro

Obstétrico para realizar una intervención de salud oportuna y evitar en lo posible complicaciones posteriores.

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:

En este taller de capacitación se contó con un grupo mayoritario del personal de salud, los cuales se mostraron muy interesados y comprometidos para brindar una mejor calidad de atención al RN evitándole complicaciones posteriores a su nacimiento.

La metodología utilizada fue la video conferencia; posteriormente a esto el profesional médico invitado realizó una exposición determinándose luego, que habían algunas falencias tanto en la recepción del RN como en su reanimación; situaciones como las siguientes: no se esperaba los 3 minutos que indica la norma para el clampeo del cordón umbilical, no se estaba realizando el apego precoz y tampoco la lactancia materna. Las razones para no realizar estas actividades según los asistentes se debió al desconocimiento de mencionadas normas.

Así mismo se destacó la importancia de mantener las normas de asepsia y antisepsia en la recepción y reanimación del RN, el llenado de los formularios de RN norma y/ o patológico y de identificar correcta e inmediatamente a su nacimiento al neonato con la respectiva manilla y tarjeta.

AGENDA DEL TALLER:

09h00	Presentación y Bienvenida
09h15	Exposición de los Temas
11h00	Discusión de los contenidos
11h30	Acuerdos y Compromisos
12h00	Conclusiones y Recomendaciones
12h15	Coffe Break

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- Cumplir con el Normativo establecido por el MSP en la recepción y reanimación neonatal.
- Contar con el equipo técnico y humano necesario para proporcionar atención neonatal adecuada.
- Realizar el pinzamiento tardío del cordón umbilical con el fin de evitar la anemia neonatal.
- Facilitar el apego precoz (madre-recién nacido) y Lactancia Materna.
- Cumplir con las Normas de Asepsia y antisepsia en la atención de la Madre y Recién Nacido, ya que esto asegurará la disminución de la morbi-mortalidad materna-neonatal.
- Llenar correctamente la tarjeta y manilla de identificación tanto del Recién nacido como de la Madre para evitar la desconfianza e incertidumbre por parte de la usuaria y familiares, lo cual pondría en riesgo la imagen del Departamento e Institución de salud.
- Registrar correctamente los datos completos del RN en el Formulario 016 y/o 014

MEMORIA TECNICA N° 2**TALLER DE CAPACITACIÓN:****COMPONENTE NORMATIVO MATERNO**

GRUPO META: PERSONAL DE CENTRO OBSTETRICO DEL HPIAL.

EVENTO: TALLER DE CAPACITACIÓN

FECHA: Del 16 Mayo al 01 de Julio del 2011.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 30 personas por taller

LUGAR: Sala del departamento.

TEMAS:

TEMA	FECHA
Referencia y Contra referencia	Lunes 16-05-2011
Protocolo de Manejo de la Diabetes Gestacional	Lunes 23-05-2011
Protocolo de Manejo de Transtornos Hipertensivos Gestacionales	Lunes 06-06-2011
Protocolo de Manejo del Shock Hipovolémico en Obstetricia	Lunes 13-06-2011
Protocolo de Manejo de Hemorragia de la 2da y 3 era etapa de la Labor de parto	Lunes 20-06-2011
Protocolo de Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas.	Lunes 27-06-2011
Protocolo de Manejo del Trabajo de Parto Pretérmino.	Lunes 27-06-2011
Protocolo de Manejo de la Muerte Fetal. Protocolo de Manejo de Atención del Parto Normal	Martes 28-06-2011
Protocolo de Manejo de Inducción y Conducción de Labor de Parto	Martes 29-06-2011
Protocolo de Manejo del Trabajo de Parto Distócico. Protocolo de Manejo Quirúrgico en pacientes embarazadas que serán sometidas a cesárea	Miércoles 30-06-2011
Protocolo de manejo del parto vaginal después de una cesárea previa	Miércoles 01-07-2011

NÚMERO DE HORAS: 3 HORAS POR CADA TALLER

EXPOSITORES:

Dr. Marco Medina (Médico Tratante de GO)

Dra. Diana Jiménez (Médico Postgradista de GO)

Dr. Bladimir Murillo (Médico Postgradista de GO)

Dra. Carla Rojas (Médico Postgradista de GO)

Lic. Sandra Encalada (Enfermera Miembro de equipo de CO)

FACILITADOR RESPONSABLE: Lic. Sandra Encalada

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar los protocolos estandarizados por el Ministerio de Salud Pública en lo correspondiente al Componente Materno en el Servicio de Centro Obstétrico para realizar una intervención de salud oportuna y disminuir la mortalidad Materna.

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:

La metodología utilizada fue la video conferencia, en donde se conto con la participación mayoritaria de los asistentes. Los materiales utilizados fueron datashop, computador y material audiovisual. En cuanto al espacio físico, la sala estuvo acorde con la necesidad del taller.

Luego de la video conferencia el expositor dio paso a la participación y comentarios de los asistentes aquí se determinó que al referirnos al protocolo de inducción y conducción la utilización de la oxitocina no era la correcta, y esto había conllevado a una serie de complicaciones en la usuaria como son: desgarros cervicales, atonía e hipotonía uterina, hemorragias posparto etc.

Al hablar del protocolo de manejo del parto vaginal después de una cesárea esto no se estaba realizando ya que toda paciente con cesárea previa era intervenida quirúrgicamente.

Los demás protocolos del componente Materno en su gran mayoría se estaban aplicando conforme lo indica el Ministerio de Salud Pública.

En todos los protocolos del Componente Materno Neonatal nos indica la importancia del apoyo psicológico y de la información que se debe brindar a la paciente y familiares sobre su estado de salud por esta razón el personal capacitado estará más atento para cumplir con estas actividades.

AGENDA DEL TALLER:

09h00	Presentación y Bienvenida
09h15	Exposición de los Temas
11h00	Discusión de los contenidos
11h30	Acuerdos y Compromisos
12h00	Conclusiones y Recomendaciones
12h15	Coffe Break

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

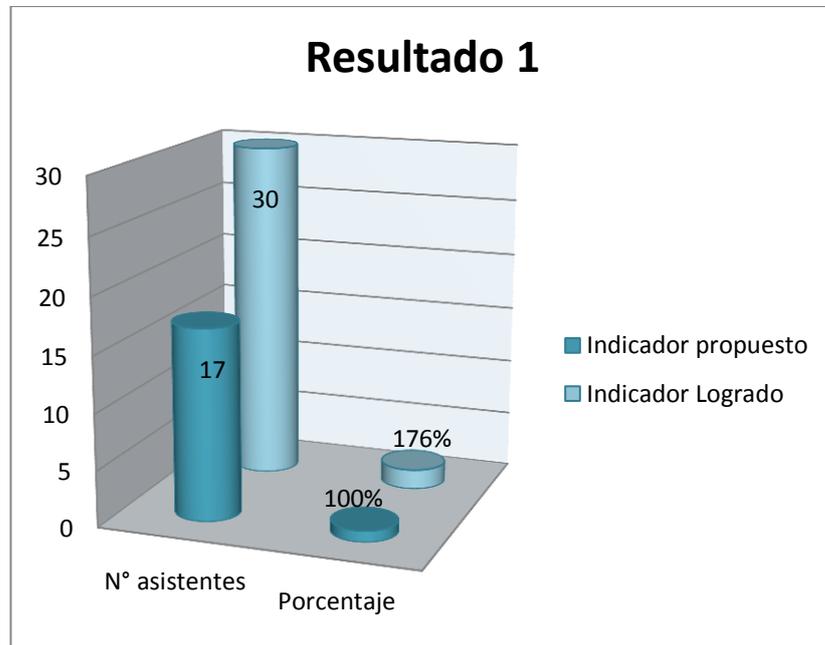
- Garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de la mujer.
- Aplicar los protocolos asistenciales para un diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Brindar atención de salud a la mujer con enfoque intercultural.
- Proporcionar apoyo psicológico a la usuaria externa durante el proceso de su atención.
- Mantener el apego precoz e inicio de la lactancia materna lo cual nos ayudará a la contracción uterina y prevenir la hemorragia postparto.
- Informar a la paciente sobre los procedimientos a llevarse a cabo durante su permanencia en este servicio.
- Revisar que los formularios para la atención de la usuaria estén correctamente llenados (Historia Clínica).
- Proveer en lo posible medidas de seguridad, higiene y confort a las usuarias.
- Trabajar en equipo para la atención protocolizada de las pacientes que demandan de nuestros servicios.
- Mantener las normas de asepsia y antisepsia durante la atención de salud.
- Llenar correctamente y con letra legible los Libros de registros existentes en el servicio (Libro de partos, legrados y cesárea).
- Equipar las salas de parto, legrado y quirófano con los materiales e insumos necesarios.

- Tomando en consideración el riesgo vital de la paciente y de su producto, el personal de enfermería se compromete a asistir en la intervención quirúrgica aún cuando esté cerca del cambio de turno.
- En caso de medicación que no contemple la maternidad gratuita, y que se disponga en el servicio se evitara el pertinente descargo.
- Mantener informados a los familiares sobre el o los procedimientos a realizarse, estado de la paciente y el tiempo de recuperación para ser trasladada a hospitalización.
- Disponer del equipo interdisciplinario completo antes de realizar un procedimiento.

ANALISIS DEL RESULTADO 1:

“Personal de Salud se Capacita sobre el Componente Normativo Materno Neonatal” cuyo indicador fue el siguiente: El 100% del personal de salud del servicio capacitados en el componente materno neonatal hasta Septiembre 2011.

Indicador 1	N° asistentes	Porcentaje
Indicador propuesto	17	100%
Indicador Logrado	30	176%



Elaborado por: Lic. Sandra Encalada

Puedo indicar que del 100% del personal de salud convocado del servicio asistió un 71%; la inasistencia se observó más en el personal auxiliar de enfermería; no así con el personal profesional de enfermería que asistieron y participaron activamente en mencionado plan de capacitación.

Entre las limitaciones para no contar con la presencia de la mayoría del personal auxiliar de enfermería fue que las mismas mantenían una estabilidad laboral con más de 25 años de servicio y estaban próximas a jubilarse, por lo tanto no mostraron interés por capacitarse.

Dentro de las potencialidades puedo destacar la participación total y desinteresada de la Enfermera Líder del servicio, de las Enfermeras Rotativas, de los expositores Médicos Tratantes y Postgradistas de Gineco-Obstetricia y Neonatología, así como también la colaboración propositiva de los docentes del III Módulo de Enfermería y X Módulo de Medicina, quienes al conocer sobre el proyecto solicitaron sean incluidos sus alumnos en mencionado proceso puesto que aquellos están cerca de realizar el

año de internado rotativo lo cual servirá de base para su desenvolvimiento en dichos servicios.

Si bien es cierto, que durante las capacitaciones no asistió el 100% del personal de salud del servicio; cabe señalar que se logró superar el indicador propuesto por la presencia tanto de los estudiantes de enfermería y medicina los cuales se incorporaron al proceso.

Por lo tanto, el proceso de capacitación fue motivante y despertó muchas expectativas en los asistentes durante el desarrollo de los mismos. Para incentivar a que el personal de salud siga participando en el Proyecto y de alguna manera retribuir su asistencia a las capacitaciones se realizó la entrega de un recuerdo a cada uno al final del proceso.

RESULTADO 2.

EL PERSONAL APLICA EL COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL.

Para dar cumplimiento a este resultado se realizó las siguientes actividades:

2.1 Abastecimiento continuo de formularios requeridos para la aplicación del componente materno neonatal

Mediante oficio dirigido al Encargado del Departamento de Publicaciones se solicitó conjuntamente con las autoridades del servicio el abastecimiento continuo de formularios con la finalidad de disponer y llenar correctamente los formularios en todas las usuarias que demandan de nuestros servicios y con ello aplicar lo establecido el Componente Normativo.

FORMULARIOS	DENOMINACIÓN
Form. 003	Examen Físico
Form.005	Evolución y Prescripciones Médicas
Form. 8	Control de Ingesta y Eliminación
Form. 013 A	Solicitud Histopatológico
Form. 017	Protocolo Operatorio
Form. 019	Sala de Recuperación
Form. 024	Autorización, Exoneración y retiro
Form. 051	Atención Perinatal
Form. 016	RN Normal
Form. 014	RN Patológico

El abastecimiento de mencionados formularios ha sido permanente, logrando de esta manera la que el personal médico y de enfermería disponga de los mismos para el registro correcto de la atención en formularios de la historia clínica.

2.2 Taller practico de manejo de casos clínicos

MEMORIA TECNICA N° 3

TALLER PRÁCTICO:

COMPONENTE NORMATIVO MATERNO

GRUPO META: PERSONAL DE CENTRO OBSTETRICO DEL HPIAL.

EVENTO: TALLER PRACTICO

FECHA: Viernes 8 de Julio del 2011

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 20 personas

LUGAR: Sala del departamento.

TEMAS: PRESENTACIÓN DE MANEJO DE CASOS CLINICOS

- Protocolo de atención de Parto Normal
- Protocolo de atención en paciente con pre eclampsia.

NÚMERO DE HORAS: 2 HORAS

EXPOSITORES: Dr. Marco Medina (Médico tratante GO)

FACILITADOR RESPONSABLE: Lic. Sandra Encalada

OBJETIVO GENERAL:

Fomentar la aplicación de los protocolos estandarizados por el Ministerio de Salud Pública para la Atención del Parto Normal y paciente con pre eclampsia en el Servicio de Centro Obstétrico.

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:

La metodología utilizada para la presentación de la temática fue la video conferencia con la posterior presentación del caso clínico en donde deliberó y discutió sobre el tratamiento que fue dado a la paciente en relación a la normativa propuesta.

En cuanto a la atención del parto normal en lo que se refiere al protocolo de inducción y conducción no era el adecuado por parte de algunos Galenos pero los demás parámetros contemplados en este protocolo si estaban cumpliéndose.

En el caso del protocolo de manejo de la preeclampsia en la parte médica y de enfermería se está cumpliendo en su mayoría.

Los materiales utilizados fueron datashop, computador, material audiovisual y material de oficina. **(Anexo 4 Registro de asistencia, fotografías)**

AGENDA DEL TALLER:

09h00	Bienvenida
09h15	Exposición de los Casos clínicos.
10h15	Discusión de los contenidos
11h00	Conclusiones y Recomendaciones
11h15	Coffe Break

Acuerdos y compromisos:

- Continuar con la presentación y análisis de casos clínicos para fortalecer el cumplimiento en la práctica del Normativo propuesto por el Ministerio de salud.
- En toda la normativa consta el apoyo psicológico y la información oportuna para la usuaria y familiares sobre el estado de salud, por ello se hace necesario mejorar en estos parámetros.
- Utilizar correctamente el protocolo de inducción y conducción en la atención del parto.

2.3 Práctica de reanimación neonatal**MEMORIA TECNICA N° 4****TALLERES PRACTICOS****COMPONENTE NEONATAL**

GRUPO META: PERSONAL DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HRIAL.

EVENTO: TALLER PRACTICO

FECHA: Lunes 9 de Mayo del 2011

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 20 personas

LUGAR: Sala de reuniones del departamento.

TEMA: REANIMACIÓN NEONATAL

NÚMERO DE HORAS: 1 HORA

EXPOSITOR: Dr. Omar Gonzales (Médico Postgradista Neonatología)

FACILITADOR RESPONSABLE: Lic. Sandra Encalada

OBJETIVO GENERAL:

Realizar en forma práctica la reanimación neonatal con el propósito de colaborar en caso necesario y cuando las circunstancias lo requieran para evitar complicaciones posteriores en el Recién Nacido.

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:

La metodología utilizada fue esencialmente práctica, en donde se contó con la participación proactiva de los asistentes.

Los materiales utilizados fueron maniquí de RN, Laringoscopio, Tubos endotraqueales, guantes quirúrgicos, Bolsa y máscara, tanque de oxígeno.

AGENDA DEL TALLER:

09h00	Bienvenida
09h15	Taller práctico
10h00	Conclusiones y Recomendaciones
10h15	Coffe Break

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- Colaborar con el médico Neonatólogo en la recepción del Recién Nacido.

- Poner en práctica lo establecido en los protocolos de recepción del RN y reanimación neonatal.
- Contar con los insumos y materiales necesarios para mencionados protocolos.

2.4 Entrega del Componente materno neonatal.

Para la consecución de esta actividad se imprimieron 25 Guías del Componente Materno Neonatal, los cuales fueron entregados en la reunión convocada para la socialización del proyecto al personal de salud del servicio el día 18 de Abril del presente.

Una de estas Guías reposará en el Servicio de Centro Obstétrico para que sirva como medio de consulta a todo el personal que labora en el mismo.

ANÁLISIS DEL RESULTADO 2.

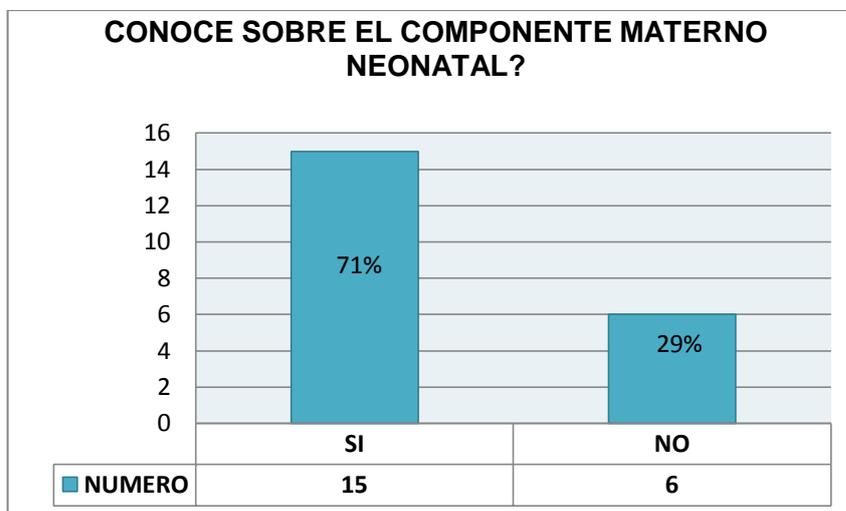
“El personal aplica el componente normativo materno neonatal”, cuyo indicador fue el siguiente: El 70% del personal aplica el Componente Normativo Materno Neonatal hasta Septiembre del 2011.

Para evaluar la aplicación del Componente Normativo se realizó una Encuesta la cual fue dirigida al Usuario Interno (Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería), obteniéndose los siguientes resultados:(**Anexo 7 Encuesta dirigida al usuario Interno**)

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA AL USUARIO INTERNO.

1.- Conoce sobre el componente Materno Neonatal elaborado por el Ministerio de Salud Pública.

ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	71%
NO	6	29%

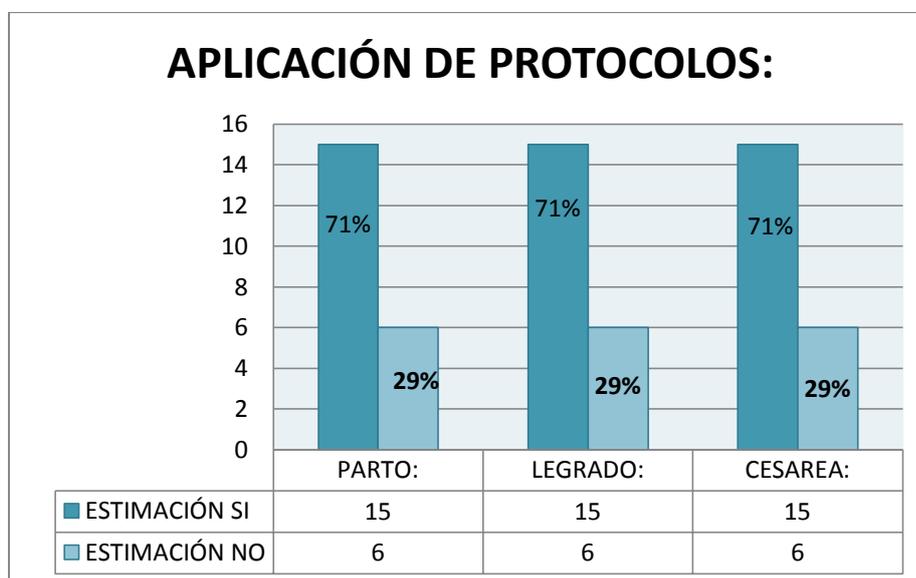


Elaborado por: Lic. Sandra Encalada

Del 100% de las personas encuestadas el 71% que corresponde a 15 personas conocen sobre el Componente, mientras que el 29% que pertenece a 6 personas desconocen sobre la temática aduciendo que entre una de las principales razones para no asistir a las capacitaciones es por encontrarse próximas a su jubilación y no creen necesario capacitarse.

2.- **Aplica Ud. los protocolos establecidos por el MSP en los diferentes procedimientos que se realizan.**

DESCRIPCIÓN	ESTIMACIÓN			
	SI	%	NO	%
PARTO:	15	71%	6	29%
LEGRADO:	15	71%	6	29%
CESAREA:	15	71%	6	29%



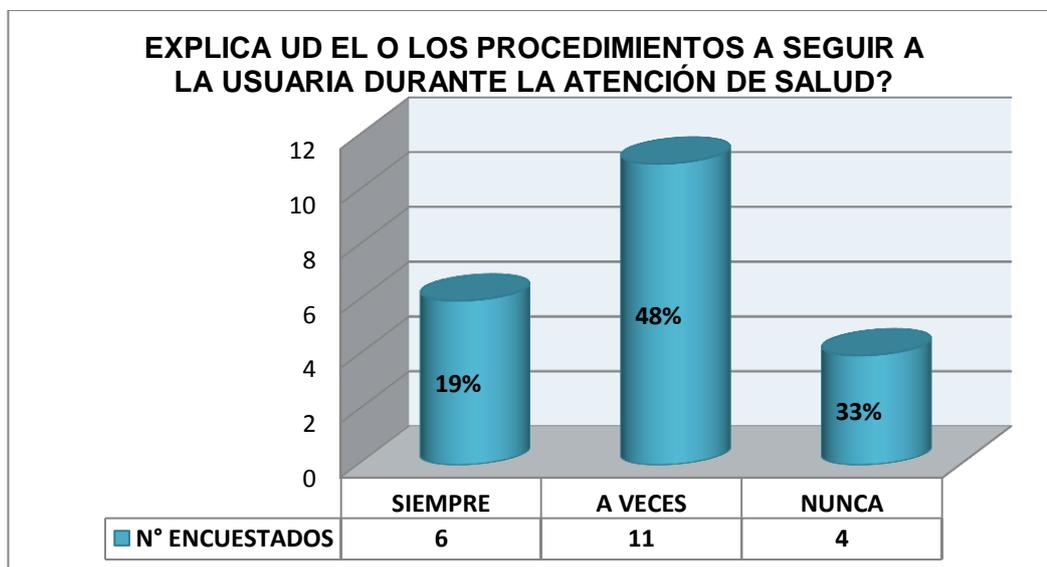
Elaborado por: Lic. Sandra Encalada

En lo correspondiente a esta pregunta se puede destacar que en lo relacionado a la Aplicación de los protocolos se los está aplicando en un 71 % que corresponde a las personas que asistieron a los talleres de capacitación; mientras que el 29% restante manifestaron no estar aplicando mencionados protocolos ya que no habían asistido a la capacitación por las razones antes mencionadas.

Por lo tanto se puede indicar que el compromiso adquirido en el proceso de capacitación por parte del personal de salud se está cumpliendo.

3. Explica Ud. el o los procedimientos a seguir a la usuaria durante la atención de salud.

ESTIMACIÓN	N° ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	19%
A VECES	11	48%
NUNCA	4	33%

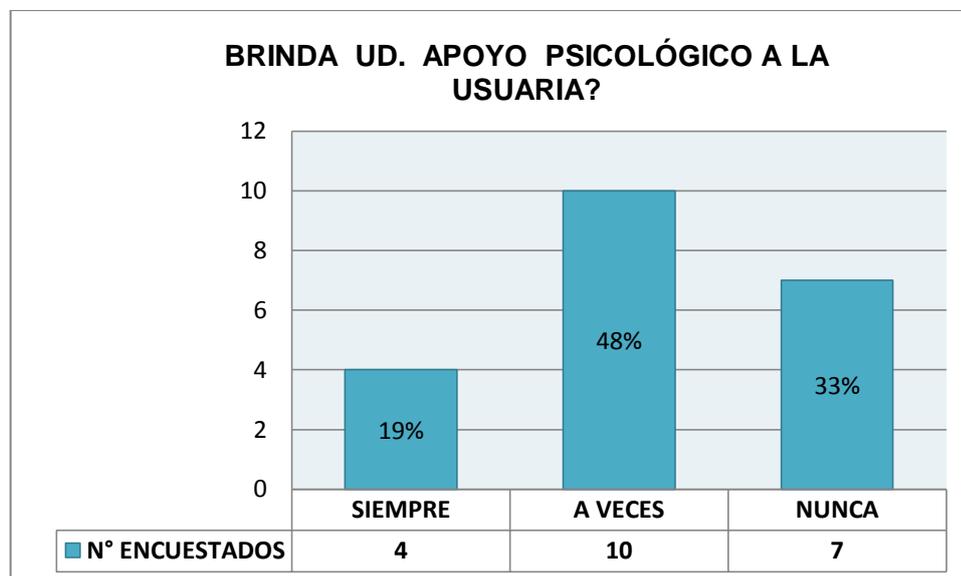


Elaborado por: Lic. Sandra Encalada

Luego de aplicada la encuesta se deduce que en lo referente a esta pregunta el 19% sumado al 48% del personal de salud que labora en el servicio de Centro Obstétrico explica a la usuaria sobre el o los procedimientos que le ven a realizar, es decir que el compromiso que se adquirió durante la capacitación se lo está efectuando. Mientras que el 33% de los encuestados manifiestan que nunca informan a la paciente sobre mencionados procedimientos.

4. ¿Brinda Usted apoyo psicológico a la usuaria?

ESTIMACIÓN	N° ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SIEMPRE	4	19%
A VECES	10	48%
NUNCA	7	33%

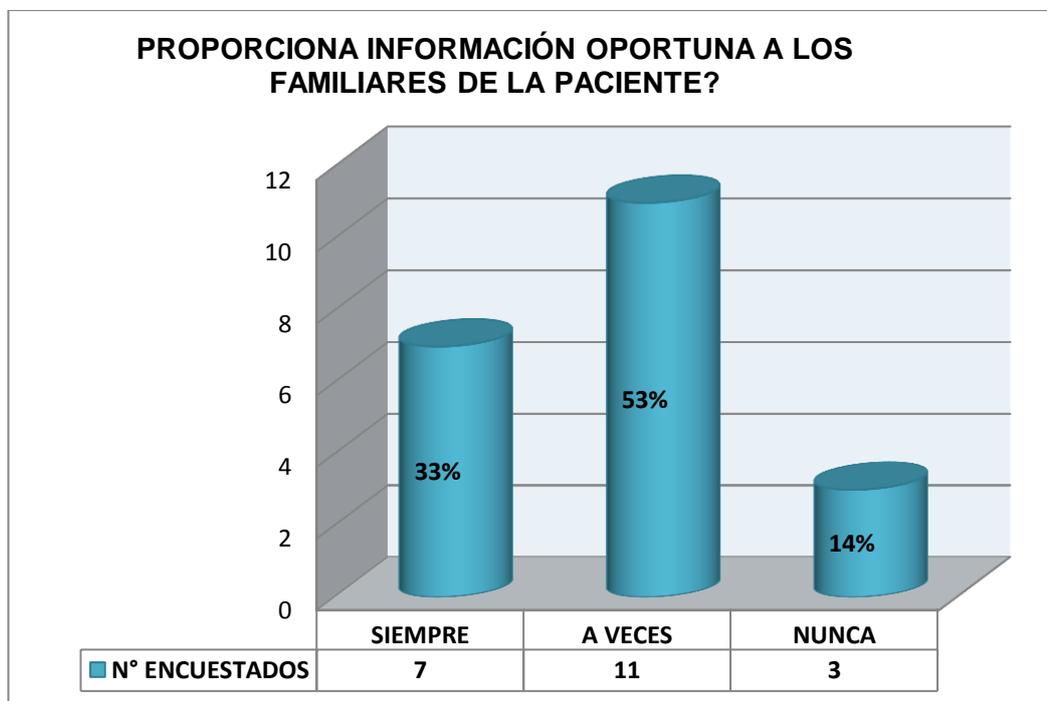


Elaborado por: Lic. Sandra Encalada

En lo referente a esta pregunta el 19% sumado al 48% del personal de salud que labora en el servicio de Centro Obstétrico brinda apoyo psicológico a la usuaria. Mientras que el 33% de los encuestados manifiestan que no lo hacen.

5. Proporciona información oportuna a los familiares de la paciente?

ESTIMACIÓN	N° ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SIEMPRE	7	33%
A VECES	11	53%
NUNCA	3	14%



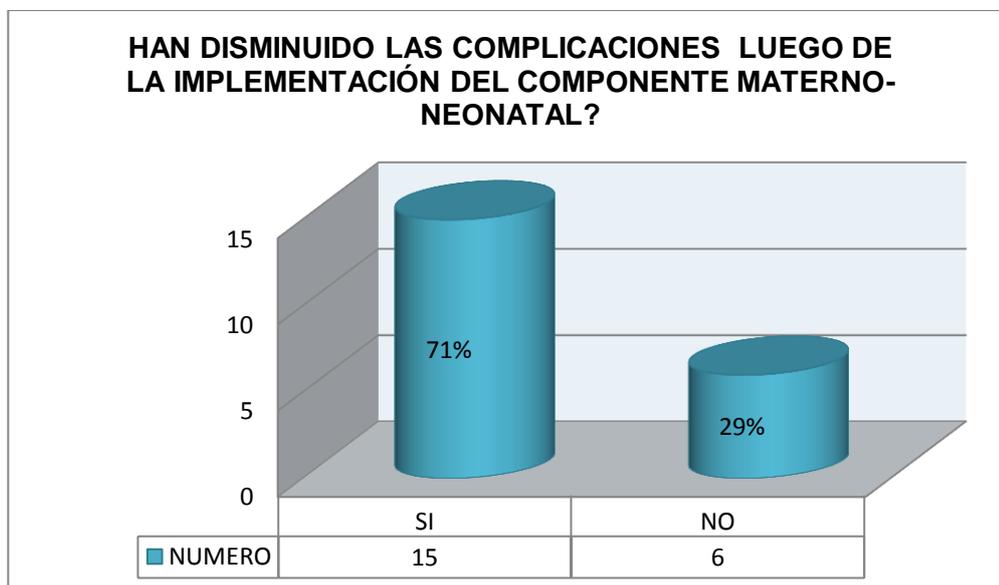
Elaborado por: Lic. Sandra Encalada

En lo referente a esta pregunta el 33% sumado al 53% del personal de salud que labora en el servicio de Centro Obstétrico proporciona información oportuna a los familiares de la paciente, de esta manera se logra mayor confianza del usuario externo con el equipo de salud.

Mientras que el 33% de los encuestados manifiestan que no lo hacen.

6. Cree Ud. Que han disminuido las complicaciones en las usuarias que recibieron atención en este servicio con la Implementación del Componente Materno-Neonatal?

ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	71%
NO	6	29%



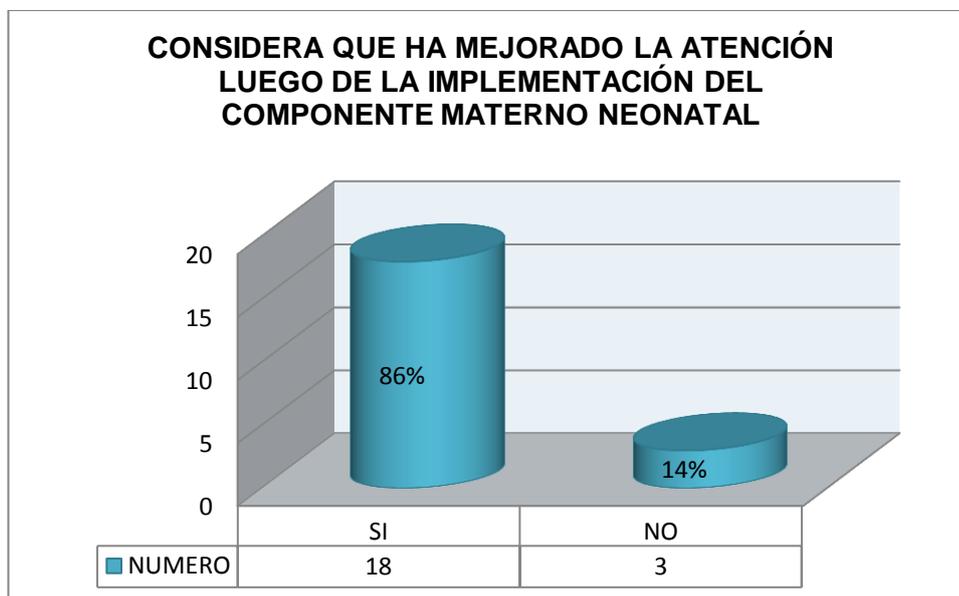
Elaborado por: Lic. Sandra Encalada

El 71% del personal de salud encuestado afirma que han disminuido las complicaciones que anteriormente se presentaban en la usuaria externa. Esto es un indicativo para continuar con la sostenibilidad del proyecto

Mientras que el 29% de los encuestados manifiestan que no habido disminución de las complicaciones.

7. Considera que ha mejorado la atención luego de la Implementación del Componente Materno Neonatal.

ALTERNATIVA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	18	86%
NO	3	14%



Elaborado por: Lic. Sandra Encalada

De las 21 personas encuestadas el 86% (18 personas) indica que luego de la Implementación de las Normas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública ha mejorado la calidad de atención, siendo este un factor alentador como responsable directa de la ejecución del proyecto de intervención.

Las otras 3 personas que corresponde al 14% indican no observar cambio alguno.

RESULTADO 3.

CONFORMACIÓN DE COMITÉ DE SEGUIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA.

Para dar cumplimiento a este resultado se realizo las siguientes actividades:

3.1 Conformación del Comité

Contando con la presencia de la Enfermera Líder, Enfermeras Rotativas, Médicos Tratantes, Postgradistas de Gineco Obstetricia y Personal Auxiliar de Enfermería del Servicio, se llevo a efecto la reunión de trabajo para la Conformación del Comité de

Seguimiento para la aplicación de la estrategia, cuya agenda de trabajo fue la siguiente:

AGENDA DE TRABAJO	
09h00	Bienvenida
09h15	Constatación del Quórum
09h30	Análisis del Proyecto
10h15	Conformación del Comité
11h00	Varios
11h15	Cofee Break

Luego de la Bienvenida se reiteró a los asistentes sobre los compromisos adquiridos durante la Implementación del Componente Materno Neonatal y se destacó la importancia de la conformación del Comité para lograr el sostenimiento del proyecto, así como también las funciones que desempeñaría durante el seguimiento y evaluación de la Aplicación del Normativo.

Luego de una deliberante discusión se designó a las personas que conformarían este mencionado Comité quedando de la siguiente manera: **Anexo** (Acta de Conformación del Comité)

Lic. Narcisa Cumbicus Enfermera Líder CO	PRESIDENTA
Dr. Marco Medico Medico Tratante de GO	VICEPRESIDENTE
Lic. Noemí Muñoz Enfermera Miembro de Equipo	SECRETARIA
Dr. Ángel Jiménez Medico Tratante de GO	VEEDOR

Además se acordó una próxima reunión para el día viernes 5 de agosto a partir de las 09h00am con la finalidad de elaborar los formatos los mismos que servirán para dar seguimiento y evaluar el Proyecto.

3.2 Elaborar formatos para el seguimiento y evaluación del proyecto.

Una vez conformado el Comité para la Evaluación de la Estrategia, el día viernes 5 de Agosto se mantuvo una reunión de trabajo en la cual se procedió a definir los formatos los mismos que se utilizarán para realizar el seguimiento de este proceso. **(Anexo 8)**

Para la elaboración de estos formatos se utilizó los indicadores que aplica el Ministerio de Salud Pública para determinar la calidad de atención MATERNO PERI-NEONATAL, ya que estos están directamente relacionados con las normas y protocolos., y son los siguientes:

INDICADOR # 1: Insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta, el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) para la atención de la salud materna y del recién nacido - Año: 2011

INDICADOR # 2: Embarazadas en cuyo control prenatal en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) se realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma - Año: 2011

INDICADOR # 3 A: Partos atendidos en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) en los que se graficó correctamente el partograma y se controló la labor- Año: 2011

INDICADOR # 3 B: Partos atendidos en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de las curvas del partograma- Año: 2011

INDICADOR # 4: Partos vaginales atendidos en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) en los que se administró 10 UI. de Oxitocina, como parte del manejo activo del tercer periodo del parto - Año: 2011

INDICADOR # 5: Post partos inmediatos atendidos en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) en los que se realizó actividades seleccionadas según la norma en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas - Año: 2011.

INDICADOR # 6: Recién Nacidos en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) en los que se realizó y registró en la HCP por lo menos 11 actividades seleccionadas de la norma - Año: 2011

INDICADOR # 7 A: Partos en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) que fueron atendidos por médicos/as u obstetrices - Año: 2011

INDICADOR # 7 B: Recién Nacidos en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) que fueron atendidos por médicos/as - Año: 2011

INDICADOR # 8 A: Pacientes con Pre eclampsia y Eclampsia, que fueron manejadas de acuerdo a la norma en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 8 B: Pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 8 C: Pacientes con Infección de causa Obstétrica que fueron manejadas de acuerdo a la norma en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 8 D: Partos Pretérmino con Corticoides prenatales. Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 8 E: Partos Pretérmino con Nifedipina como Uteroinhibidor. Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 8 F: Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas, manejadas de acuerdo a norma. Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 9 A: RN con infección, manejados de acuerdo a la norma, en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 9 B: RN con Trastornos Respiratorios, manejados de acuerdo a la norma, en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 9 C: RN con Prematurez, manejados de acuerdo a la norma. Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 10: Letalidad por complicaciones obstétricas directas, en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 11 Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) - Año: 2011

INDICADOR # 12: Complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) de las esperadas - Año: 2011

INDICADOR # 13: Muertes maternas ocurridas en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) que tienen un proceso de investigación epidemiológica - Año: 2011

Una vez conocidos los indicadores el Comité de seguimiento definió los parámetros para la evaluación del proceso quedando estipulados los siguientes:

- La aplicación de este formato estará a cargo de las Enfermeras rotativas del servicio de Centro Obstétrico a todas las usuarias que reciban atención de salud, el mismo que será entregado mensualmente a la Presidenta del Comité.
- Será responsabilidad del Comité realizar la evaluación semestralmente; los resultados obtenidos serán dados a conocer al personal de salud de Centro Obstétrico y Neonatología.
- Para la evaluación el Comité escogerá 30 historias clínicas al azar de las pacientes que han sido atendidas en ese semestre y utilizará cualquier indicador para comprobar si se están aplicando las normas y protocolos estandarizados
- Si al realizar la evaluación se determina que no se aplicado los indicadores al menos al 65% de las pacientes que han sido atendidas en ese semestre, será inmediatamente motivo de supervisión para analizar las causales.
- La lista de indicadores serán ubicados en un área de fácil acceso y visibles para facilitar el registro de la Enfermera.

3.3 Evaluación de la Aplicación del Componente

Una vez determinados los indicadores y los parámetros para la evaluación, el Comité se reunió el día 11 de Agosto para aplicar la primera evaluación correspondiente al mes de Julio llegándose a obtener los siguientes resultados:

- Se aplicó la evaluación tomando 30 historias clínicas de usuarias que recibieron atención médica en el servicio de Centro Obstetrico en el mes de Julio de 2011.
- Se utilizó el indicador # 3 A Partos atendidos en el Hospital General Isidro Ayora (LOJA) en los que se graficó correctamente el partograma y se controló la labor **(Anexo 9)**.
- Se determinó que de las 30 usuarias atendidas en este periodo, se había registrado correctamente el partograma y se controló la labor de parto a 21 pacientes alcanzando un 70%.

3.4 Informe final del Proyecto.- Para realizar este Informe he tomado en consideración lo siguiente:

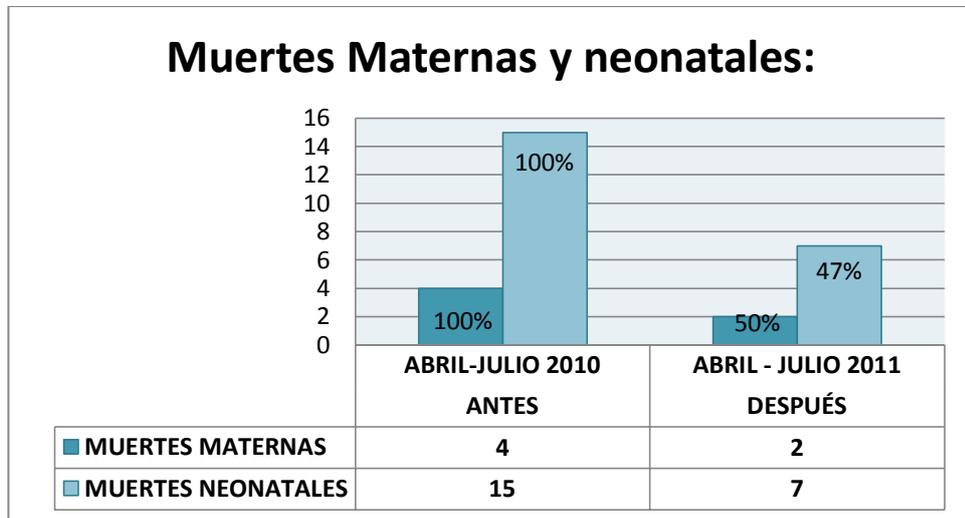
ANÁLISIS DEL PROPÓSITO

El propósito del proyecto de acción es Disminuir la Morbi-mortalidad Materna Neonatal en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja.

El indicador es: Disminuir en un 50% las muertes materno-neonatales en el servicio de centro obstétrico.

Para este análisis recurriremos a registros existentes en el Departamento de Estadística, en el Servicio de Neonatología y Centro Obstétrico.

ESTIMACIÓN	ANTES ABRIL-JULIO 2010	DESPUÉS ABRIL - JULIO 2011
MUERTES MATERNAS	4	2
MUERTES NEONATALES	15	7



Fuente: Registro de Neonatología y Centro Obstétrico

Elaborado por: Lic. Sandra Encalada

Este indicador se logró conseguir alcanzando el 50% en la disminución de las muertes maternas neonatales, esto se debe a tres razones fundamentales:

- Al compromiso adquirido durante la capacitación por parte del personal Médico y de Enfermería para brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno a las usuarias que acuden a recibir atención en este servicio.
- A la implementación del Componente Normativo Materno Neonatal en la atención protocolizada de las usuarias.
- Y a la gestión realizada por parte de las autoridades institucionales y departamentales para la adquisición de equipos e insumos necesarios en la atención de las usuarias.

Con respecto a las muertes maternas cabe indicar que una de ellas ya llegó al servicio de Emergencia sin signos vitales y la otra paciente tuvo un diagnóstico de Síndrome HELLIP la cual a las 2 horas de su ingreso falleció no permitiendo al equipo de salud disponer del tiempo necesario para su intervención.

En relación a las muertes neonatales es preciso reconocer la gestión de la Enfermera Líder actual, quien ha realizado su trabajo de manera eficiente lo que se ve reflejado en la disminución de la tasa de mortalidad neonatal.

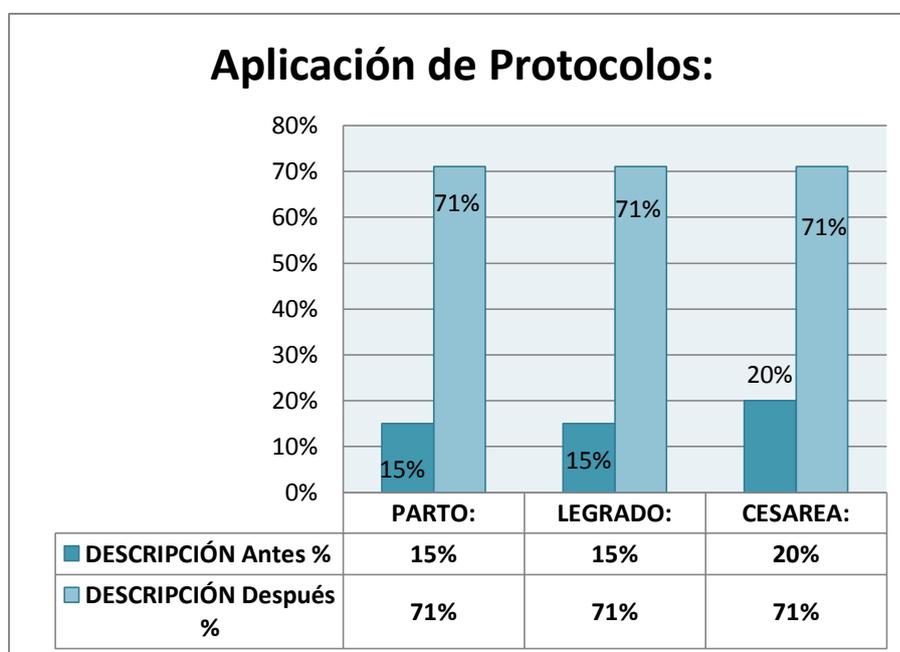
ANÁLISIS DEL FIN

El fin es el de Implementar el componente materno neonatal garantizando un tratamiento oportuno.

El indicador establece el 60% de las usuarias son atendidas protocolizadamente hasta Septiembre del 2011.

Para el análisis recurrimos a encuestas realizadas antes de la ejecución del proyecto y a otras efectuadas luego de concluido. Se analiza lo siguiente:

Aplica Ud. los protocolos establecidos por el MSP en los diferentes procedimientos que se realizan.



Elaborado por: Lic. Sandra Encalada

Al analizar los resultados previos, en los que se investigo la calidad de atención encontramos que entre el 15 y 20% el personal de salud aplicaba los protocolos del MSP.

Al finalizar el trabajo de intervención y volver a aplicar la misma encuesta se encontró que se había mejorado hasta el 71%, alcanzando el objetivo planteado cuyo indicador era de que el 60% de los usuarios estaría atendidas protocolizadamente.

10. CONCLUSIONES

- Mediante la participación activa de la Enfermera Líder, Enfermeras Rotativas Médicos tratantes de GO, Personal Auxiliar de Enfermería Docente y estudiantes del 3er Módulo de la Escuela de Enfermería y 10mo modulo de Medicina se logró **Implementar el Componente Materno Neonatal** en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja, con la finalidad de garantizar un Diagnóstico y Tratamiento oportuno a las usuarias que acuden a recibir atención profesionalizada en este servicio.
- Revisando los libros estadísticos existentes en el servicio de Centro Obstétrico y Neonatología y los datos proporcionados por el departamento de Estadística de esa Casa de Salud he podido determinar que luego de la implementación de las normas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud, se ha reducido en un 50% la Morbimortalidad materno neonatal.
- En cuanto al proceso de capacitación del 100% del personal convocado asistieron el 71% (4 Médicos Tratantes GO, 6 Enfermeras y 7 Auxiliares de Enfermería); los participantes del taller mostraron una actitud positiva y se concientizaron sobre la importancia de conocer y aplicar Los Protocolos Normativos del Componente. Es preciso indicar que la Docente del 3er Módulo de la Escuela de Enfermería y el del Décimo Módulo de la Escuela de Medicina en vista de la importancia del proyecto solicitó sean incorporados a mencionadas capacitaciones sus alumnos logrando con la presencia de los mismos alcanzar el indicador propuesto.
- Mediante la observación directa y la encuesta dirigida al usuario interno he podido determinar que luego de la Capacitación sobre las Normas y Protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública, se están aplicando los mismos en la atención de las usuarias disminuyéndose notoriamente complicaciones que pueden ser prevenibles y con ello reduciendo la morbi-mortalidad Materna y Neonatal.
- Con respecto al Comité, este queda conformado para dar seguimiento y sostenibilidad al Proyecto, el mismo que aplicó ya una primera evaluación del

proceso, dando como resultado que se ha logrado la Implementación del Componente Normativo Materno Neonatal mediante la capacitación del personal de Salud para mejorar la calidad de atención a las usuarias que demandan de este servicio.

11. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades departamentales se continúe con la atención protocolizada que consta en la Normativa del Componente Materno Neonatal.
- Cumplir a cabalidad con los protocolos establecidos en el Componente Materno Neonatal en cada uno de los padecimientos de salud que se presenten en mencionados servicios con el propósito de disminuir la morbilidad madre recién nacido.
- Rescatando las sugerencias del personal de salud involucrado en lo que se refiere a los proceso de capacitaciones se de continuidad a los mismo ya que esto nos ayudará a fortalecer y actualizar los conocimientos del equipo de salud y con ello nuestra intervención en el mejoramiento de la calidad de atención.
- En vista que quedan elaborados los formatos para el monitoreo y evaluación de la estrategia se recomienda su aplicación ya que de ello dependerá la toma de decisiones, así como también nos podrá proporcionar una información verídica de los logros alcanzados y de la sostenibilidad de aquellas intervenciones positivas.

12. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA:

1. CASADO José Manuel. El Directorio del Siglo XXI. Ediciones Gestión 2000, S.A. Barcelona 2001.
2. CHIAVENATO Idalberto. Administración de Recursos Humanos. Mac Garw Hill. 8va. Edición 2007.
3. es.wikipedia.org/wiki/Legrado. Consultado 13-08-2011
4. es.wikipedia.org/wiki/Cesárea. Consultado 13-08-2011
5. GONZÁLEZ Martín. Comportamiento Organizacional .México. Editorial Patria 2009.
6. http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf
Consultado 15-08-2011
7. <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/5.%20Manual%20de%20Estandares.pdf>
Consultado 15-08-2011
8. http://www.monografias.com/trabajos27/parto-embarazo/parto_embarazo.shtml#parto. Consultado 15-08-2011
9. <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat.htm>. Consultado 17-08-2011
10. <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/5.%20Manual%20de%20Estandares.pdf>
Consultado 17-08-2011
11. <http://unfpa.org/public/site/lac/pid/4570> Consultado 17-08-2011
12. <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/2.%20Componente%20Normativo%20Materno%20CONASA.pdf> Consultado 17-08-2011
13. <http://loja.gov.ec/loja/Hospital> Consultado 10-08-2011
14. <http://es.scribd.com/doc/52526071/4/Definicion-y-Aspectos-conceptuales>
Consultado 10-08-2011
15. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-2282004000200013&script=sci_arttext
maternoinfantil.org/archivos/A67. Consultado 10-08-2011
16. LADEWIG W Patricia Enfermería Maternal y del Recién Nacido Editorial 2006.
17. MALDONADO B. Mariana. Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos Para la Salud: Trabajo de Grado II. Loja Editorial UTPL 2009.

18. PIEDRA María del Carmen. Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de Grado I. Loja Editorial UTPL 2009.
19. portal.ccss.sa.cr/portal/.../portal/.../Definiciones:Hoja4 Consultado 10-08-2011
20. RAMOS María Cristina. GERENCIA INTEGRAL EN SALUD. Loja Editorial UTPL 2009.
21. SACOTO A Fernando. La Atención de la Salud en el Ecuador. Quito FESALUD 2009.
22. SCHERMERHORN John. "Administración", México. Editorial Limusa Wiley 2005.
23. clasesylibros.files.wordpress.com/2011/03/normativa-011 Consultado 13-08-2011
24. new.paho.org/ecu/ Consultado 10-08-2011
25. www.scribd.com/doc/13677021/Parte-1 - Consultado 12-08-2011
26. [www.unfpa.org.ni/.../...](http://www.unfpa.org.ni/.../) Consultado 12-08-2011
27. www.monografias.com Consultado 12-08-2011
28. www.slideshare.net/julk34/normas-7544876 - Estados Unidos Consultado 12-08-2011
29. www.cienciaytrabajo.com Consultado 12-08-2011
30. www.saludcolombia.com/actual/salud50/informe.htm Consultado 08-08-2011
31. www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=1217 Consultado 08-08-2011
32. www.colegiodematronasdechile.cl/programa/archivos/redir.asp?ld=517 Consultado 08-08-2011
33. www.slideshare.net/julk34/normas-7544876 - Estados Unidos Consultado 08-08-2011
34. www.deis.gov.ar/definiciones.htm Consultado 08-08-2011
35. www.cfnavarra.es/salud/publicaciones Consultado 08-08-2011
36. www.slideshare.net/.../puerperio-mary - Estados Unidos Consultado 08-08-2011

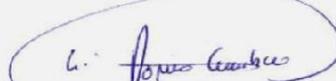
13. ANEXOS

ANEXO 1.

**CONVOCATORIA PARA LA SOCIALIZACIÓN DEL
COMPONENTE MATERNO NEONATAL**

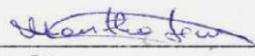
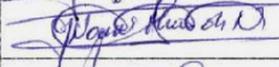
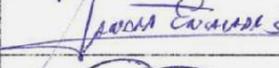
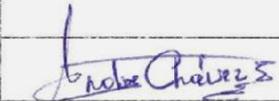
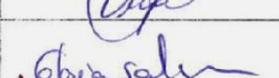
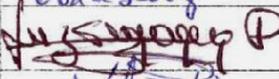
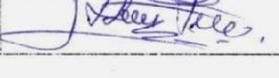
SE CONVOCA DE CARÁCTER OBLIGATORIO AL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTETRICO A LA SOCIALIZACION DEL COMPONENTE MATERNO NEONATAL EL MISMO QUE SE LLEVARÁ A CABO DESDE EL DIA 02 DE MAYO HASTA EL DIA 01 DE JULIO/ 2011.

ATENTAMENTE


LIC. NARCISCA CUMVICUS

HOSPITAL PROVINCIAL GEN.
"ISIDRO AYOF"
CENTRO OBSTETR.
LOJA - ECUADOR

LIDER DEL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO

NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCION	FIRMA
Lic. Martha León	Miembros de Equipo	
Lic. Ruth Ocampo	ENFERMERA	
Lic. Ximena Carrión	Enfermera	
Lic. Noemí Muñoz	Enfermera	
Lic. Sandra Encalada	ENFERMERA	
Int Enf. Diana Maza	INTERNA DE ENFERMERIA	
Int. Enf. Dilma Rodríguez	MATERNIDAD.	
Int. Enf. Andrea Chávez	Int. Enfermería	
Int. Enf. Tania Cabrera	INTERNA DE ENFERMERIA	
Sra. Livia Córdova	AUX. ENF.	
Sra. Fanny Aguiñaca	AUX. ENF.	
Sra. Doris Requelme	AUX. ENF.	
Sra. Gloria Salazar	Aux. Enf.	
Sra. Luz Serrano	Aux. Enf.	
Sra. María Peña	Aux. Enfermería	

Sra. Silvia Rodríguez	Dux. Enfermería	Silvia Rodríguez
Sra. Yolanda Correa	Aux. Enfermería	Yolanda Correa
Sra. Norma Silva	Aux. Enfermería	Norma Silva
Sra. Yesenia Córdova	Aux. Enfermería	Yesenia Córdova
Sra. Miriam Pinos	Señor de Capur.	Miriam Pinos
Sra. Cumanda Tandazo	Cumanda Tandazo	Cumanda Tandazo
Sra. Cándida Godoy	Aux. Enr.	C. Godoy

ANEXO 2.

ACTA DE SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO

ACTA DE SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO

A los dieciocho días del mes de Abril del presente año en el Servicio de Centro Obstétrico, contando con la presencia del personal de salud de dicho departamento, se llevo a cabo la socialización del Proyecto: **“Implementación del Componente Normativo Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja durante el periodo Abril-Septiembre del 2011”**.

Contando con la aprobación y el compromiso de los participantes se coordino las actividades a llevarse a cabo, quedando estructurado el cronograma de las capacitaciones de la siguiente manera:

TEMA	FECHA	EXPOSITORES
Talleres de Capacitación sobre: NORMATIVO NEONATAL		
Recepción del Recién nacido: - Valoración de escala de Apgar - Valoración de escala de Capurro	Lunes 02-05-2011	Dr. Omar González Médico Postgradista de Pediatria
Evaluar necesidad de reanimación neonatal	Lunes 09-05-2011	Dr. Omar González Médico Postgradista de Pediatria
Talleres de Capacitación sobre: NORMATIVO MATERNO		
Referencia y Contra referencia	Lunes 16-05-2011	Lic. Sandra Encalada
Protocolo de Manejo de la Diabetes Gestacional	Lunes 23-05-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de Manejo de Transtornos Hipertensivos Gestacionales	Lunes 06-06-2011	Dra. Diana Jiménez Médico Postgradista GO
Protocolo de Manejo del Shock	Lunes 13-06-2011	Dr. Bladimir Murillo

Hipovolémico en Obstetricia		Médico Postgradista GO
Protocolo de Manejo de Hemorragia de la 2da y 3 era etapa de la Labor de parto	Lunes 20-06-2011	Dra. Carla Rojas Médico Postgradista GO
Protocolo de Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas.	Lunes 27-06-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de Manejo del Trabajo de Parto Pretérmino.	Lunes 27-06-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de Manejo de la Muerte Fetal. Protocolo de Manejo de Atención del Parto Normal	Martes 28-06-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de Manejo de Inducción y Conducción de Labor de Parto	Martes 29-06-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de Manejo del Trabajo de Parto Distócico. Protocolo de Manejo Quirúrgico en pacientes embarazadas que serán sometidas a cesárea	Miércoles 30-06-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO
Protocolo de manejo del parto vaginal después de una cesárea previa	Miércoles 01-07-2011	Dr. Marco Medina Médico Tratante GO

Para constancia de lo programado firman los asistentes:

Loja, 18 de Abril del 2011.

NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCION	FIRMA
Dr. NARESA CARRERA	MD. C. OBSTETRICIA	<i>[Firma]</i>
Martha León	Miembro de Equipo	<i>[Firma]</i>
Dr. Angel B. Jiménez F	MED. TRATAMIENTO G.O	<i>[Firma]</i>
Jimena Carrion	Ent. Contratada	<i>[Firma]</i>
Jesenia Cordova	Aux. Enfermeria CONTRATADA	<i>[Firma]</i>
Ruth Ocampo	MIEMBRO DE EQUIPO	<i>[Firma]</i>
Doris REQUELME	AUX. ENFERMERIA	<i>[Firma]</i>
Norma Silva	Aux: Enfermeria	<i>[Firma]</i>
Dr. Modestino Morillo	MED. DE POSGRADO	<i>[Firma]</i>
Dra. Violeta Torres	Med. Postgrado	<i>[Firma]</i>
Lic. Norma Huico	Lic en Enfermeria	<i>[Firma]</i>
Lic. Sandra Encalada	Enfermera	<i>[Firma]</i>
E/E Solis Esjinozo	Estudiante de Enfermeria	<i>[Firma]</i>
E/E Ghyna Comacho	Estudiante de Enfermeria	<i>[Firma]</i>
E/E. Diana González.	Estudiante de Enfermeria.	<i>[Firma]</i>
CRISTINA M. LLANA J.	ESTUDIANTE - ENFERMERIA	<i>[Firma]</i>
Emerita Montano	Estudiante - Enfermeria	<i>[Firma]</i>
Gina Deluzuriaga T.	Estudiante de Enfermeria	<i>[Firma]</i>
Candida Godoy	Aux. Enfermeria	<i>[Firma]</i>
Luz Marina Sandoval	Aux. Enfermeria	<i>[Firma]</i>
Ornela Fajardo Edna Chantón	Aux. Enfermeria Enfermera	<i>[Firma]</i>

ANEXO 3.

**FOTOGRAFÍAS Y REGISTRO DEL PERSONAL QUE
ASISTIO A LA CAPACITACIÓN SOBRE EL
COMPONENTE MATERNO NEONATAL**



Foto N°1
Tema: Referencia y Contra referencia
Expositora. Lic. Sandra Encalada



Foto N°2
Tema: Parto Pretérmino
Expositor. Dr. Marco Medina

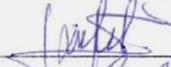
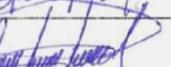
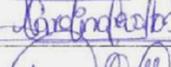
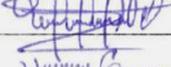
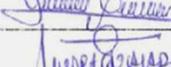
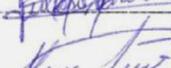


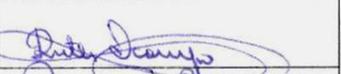
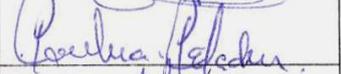
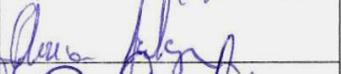
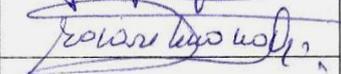
Foto N°3
Personal de Salud De Centro Obstétrico que asistió a la capacitación

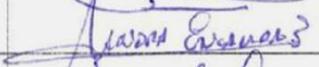
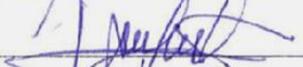
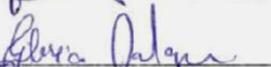
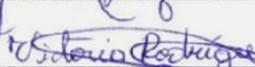
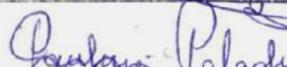
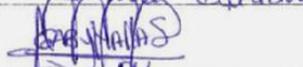
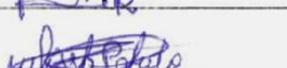
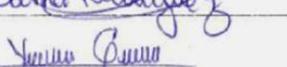
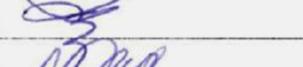


Foto N°4
Estudiantes del Tercer Módulo de Enfermería y Décimo de Medicina que asistieron a la capacitación

Para constancia firman los asistentes.

NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCION	FIRMA
Jimena Carrion	Enfermera	
Edha Chaniba Díaz	Enfermera	
Victoria Rodríguez	Jnt/Enfermería	
Noemi Huízar	Enfermera	
Dora Vázquez	Est. Enfermería	
Berilda Duchesne	Est. Enfermería	
Beatriz Flores	Est. Enfermería	
Verónica Patiño	Est. Enfermería	
Mariuxi Guamán	Est. Enfermería	
María Bravo	Est. de Enfermería	
Cristhina Chillozatto	Est. Enfermería	
Yadira Medina	Est. de Enfermería	
GABRIELA MASIA	EST. ENFERMERIA	
Stefania Galva	Est. Enfermería	
Carolina Cevallos S.	Est. Enfermería	
Janina L. Apdo B.	Est. Enfermería	
Vanessa Liliana Gonzalez	Est. Enfermería	
Yalena Guerrero C.	Est. Enfermería	
SANDRA ENCARNACION MORA	ENFERMERA	
Jenny Poma C.	Est. Enfermería	
Julissa Pardo P.	Est. Enfermería	
Miriam Pein	func de enfer	

NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCIÓN	FIRMA
RUTH OCAMPO	ENCUERNERA	
Paulina Paladín	As. Exp.	
Clarita Pérez	As. Exp.	
Diana Jiménez	Docente	
Pro. Maricarmy Alvarado	Jueces	

NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCION	FIRMA
Eury Ocampo	ENFERMERA	
Sandra Encalada	ENFERMERA	
Jimena Garrón	Enfermera	
Maria Peña	AN. Ef.	
Le Noemi Huesos	Enfermera	
Gloria Saldaña	Aux. Enfermera	
Victoria Rodríguez	Int. enfermería	
Jana Paladini	Aux. Enf.	
GABRIELA NALLA	ESTUDIANTE DE ENFERMERIA	
Julissa Pardo	ESTUDIANTE D' ENFERMERIA	
Sumonda Taudago	Auxiliar Enfermería	
Silvia B Rodríguez	Aux. Enfermería	
Yalena Guerrero	Estudiante de Enfermería	
Jenny Poma	ESTUDIANTE DE ENF.	
Yadira Medina	Estudiante de Enfermería	
Dora Vásquez	Estudiante de Enfermería	
Mariuxi Guzmán	Estudiante de Enfermería	
Verónica Patiño	Estudiante de Enfermería	
Silvana González	Enfermera	
Ramon Mesa	NUTRICIONISTA	
Ebb G Estrella M	Est. Medicina xtrada	
Laura Maldonado	Est. Medicina Humana	

NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCION	FIRMA
SANDRA ENCALANA MALLA	ENFERMERA	
Maria Peris	Asst Enfermería	
Lira Kocou Flores	Enfermera	
Erika Ocampo	ENFERMERA	
Alcides Pizarro	Sur ab cargo	
Victoria Rodríguez	Int de Enfermería	
GABRIELA MALLA	EST. ENFERMERIA	
Yodira Medina	Est. Enfermería	
Dora Vásquez	Est. Enfermería	
Benilda Pacheco	Est. Enfermería	
Mariuxi Guamón	Est Enfermería	
Carolina Cevallos	Est. Enfermería	
Cintya Chilbollo	Est. Enfermería	
Yalena Guerrero	Est. Enfermería	
Vanessa Miliana González	Est. Enfermería	
Verónica Patiño	Est. Enfermería	
Beatriz Flores Chávez	Est. Enfermería	
Robb Estrella JM	Estudiantes Medicina x moda	
Martón M Nivia J	Estudiante Medicina x M	
Edipson Eres	Estudiante Medicina x	
Rosa Viviana Orozco	Estudiante Medicina	
Laura Maldonado	Est. Medicina Humana	

Jimena Carrión Enfermera

Luz M. Serrano Asst Enfermería

ANEXO 4.

**FOTOGRAFÍAS Y REGISTRO DE ASISTENCIA DEL
PERSONAL QUE ASISTIÓ A LA PRESENTACIÓN DE
CASOS CLÍNICOS**



Foto N°1
Tema: Protocolo de atención del Parto Normal
Expositor. Dr. Marco Medina



Foto N°2
Personal de Salud que asistió a la presentación de manejo de casos clínicos

Para constancia firman los asistentes.

NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCION	FIRMA
Victoria Rodríguez	Int / Enfermería	Victoria Rodríguez
Alexa Salazar	Aux. Enfermería	Alexa Salazar
Paulina Pabalan	Aux. Enfermería	Paulina Pabalan
Miguel Pizarro	Aux. de B. y Farmacia	Miguel Pizarro
Lic. Jimena Garrón	Enfermera	Jimena Garrón
Yalena Guerrero	Estudiante. Enfermería	Yalena Guerrero
Verónica Patiño	E/E	Verónica Patiño
Cynthia Chillogallo	Estudiante / Enfermería	Cynthia Chillogallo
Beucela Huachuga	Est. Enfermería	Beucela Huachuga
Mariuxi Guamán	Est. Enfermería	Mariuxi Guamán
Dora Vásquez	Est. Enfermería	Dora Vásquez
GABRIELA MAILLA	EST. ENFERMERIA	GABRIELA MAILLA
Yodiro Medina	Est. Enfermería	Yodiro Medina
Vanessa González L.	Est. Enfermería	Vanessa González L.
Julissa Pardo P.	EST. ENFERMERIA	Julissa Pardo P.
Jenny Poma	Est. Enfermería	Jenny Poma
Beatriz Flores Chavez	Est. Enfermería	Beatriz Flores Chavez
Maria Tena	Aux. Enfermería	Maria Tena
Romy Orango	ENFERMERA	Romy Orango
Xosé M. Sarmiento	Aux. de enfermería	Xosé M. Sarmiento

ANEXO 5.

**FOTOGRAFÍAS Y REGISTRO DE ASISTENCIA DEL
PERSONAL QUE ASISTIÓ AL TALLER PRÁCTICO DE
REANIMACIÓN NEONATAL**



Foto N°1
Tema: Reanimación neonatal
Participante: Lic. Nohemí Muñoz



Foto N°2
Tema: Ejercicio de Reanimación Neonatal en Maniquí

ANEXO 6.

**FORMATO DE LA ENCUESTA DIRIGIDA AL USUARIO
INTERNO DEL SERVICIO DE CENTRO OBSTETRICO
DEL HPGIAL LUEGO DE LA CAPACITACIÓN DEL
COMPONENTE MATERNO NEONATAL.**

5. Proporciona información oportuna a los familiares de la paciente?

Siempre () A veces () Nunca ()

6. Cree Ud. Que han disminuido las complicaciones en las usuarias que recibieron atención en este servicio con la Implementación del Componente Materno-Neonatal?

SI () NO ()

7. Cree Ud. que ha mejorado la atención luego de la Socialización del Componente Materno Neonatal.

SI () NO ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 7.

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ

A los ocho días del mes de Julio, se lleva a cabo la reunión con el personal de salud involucrado para dar lugar a la conformación del Comité para el Seguimiento y Evaluación de la Implementación del Componente Materno Neonatal en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja.

Luego de una exhaustiva deliberación de los asistentes queda conformado dicho Comité con los siguientes integrantes:

<p>Lic. Narcisa Cumbicus Enfermera Líder CO</p>	<p>PRESIDENTA</p>
<p>Dr. Marco Medico Medico Tratante de GO</p>	<p>VICEPRESIDENTE</p>
<p>Lic. Noemí Muñoz Enfermera Miembro de Equipo</p>	<p>SECRETARIA</p>
<p>Dr. Ángel Jiménez Medico Tratante de GO</p>	<p>VEEDOR</p>

Para constancia firman los asistentes:

NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCION	FIRMA
José M. Neusa Ceballos	LICENCIADA EN OBSTETRICIA	José Ceballos
Dr. Ángel B. Jiménez	MEDICO TRATANTE	Ángel Jiménez
Lic. Eum. Campo	MIEMBRO DE EQUIPO	Eum. Campo
Norica Silva	Aux. Enfermería	Norica Silva
Rosa Moracho	Estudiante de Enfermería	Rosa Moracho
F.K. Diana González	Estudiante de Enfermería	Diana González
Mo. del Cisne Apud	Docente UNL	Mo. del Cisne Apud
María Victoria Córdoba	Estudiante de Enfermería	María Victoria Córdoba
CRISTINA M. LUEVA J.	ESTUDIANTE-ENFERMERA	Cristina Lueva
Ghyna Camacho	Estudiante de enfermería	Ghyna Camacho
Gina D. Luzuriaga T.	Estudiante de Enfermería	Gina Luzuriaga
Emeita Montañón	Estudiante de Enfermería	Emeita Montañón
Hilda Toledo	Estudiante de Enfermería	Hilda Toledo
VERÓNICA SERRANO	Estudiante de Enfermería	Verónica Serrano
Elizabeth Ssalima	Estudiante de Enfermería	Elizabeth Ssalima
Henry Salama	Estudiante de Enfermería	Henry Salama
IBELIO SACA AÑAZCO	ESTUDIANTE DE ENFERMERIA	Ibelio Saca
Enma Lucía Quiñipe L.	Estudiante de Enfermería	Enma Lucía Quiñipe
Valeria Campo Ardónes	Estudiante de Enfermería	Valeria Campo Ardónes
Lic. Noemi Muñoz	Lic. Enfermería	Noemi Muñoz
Candida Godoy	Aux. Enfermería	Candida Godoy
Mijang P. Soto	aux. de enfermería	Mijang P. Soto

Olivia Selgeu	Auxiliar Enf.	Dra. Helen
Jimena Carrion	Enf. Controladora	[Signature]
Mario Ponce	Aux. Enferm.	[Signature]
Dra. Violeta Torres	Postg. Gineco-Obst.	[Signature]
Dra. Marika Castillo	Marika Castillo	Gineco-Obstetricia
Diana Jimenez A	Diana Jimenez Posgrado	Gineco-Obstetricia
Lic. Susana Guzman	ENFERMERA	[Signature]
Martha Leon	Niembas Equipo	[Signature]
Demunbi Tambayo	Aux. Enfermeria	[Signature]
Mrs. Marcela Sandoval	Mult. Experiencia	[Signature]
Edha Quimbay	Enfermera	[Signature]
Jawna Paladini	Aux.	Paulina Paladini

ANEXO 8.

**FORMATOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA
APLICACIÓN DE NORMAS Y PROTOCOLOS
ESTANDARIZADOS**

ANEXO 9.

**EVALUACIÓN MES DE JULIO DEL 2011 APLICADA POR
EL COMITÉ DE SEGUIMIENTO**

