



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL

**“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL
SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI, DEL CANTON CENTINELA
DEL CONDOR, ZAMORA CHINCHIPE, 2009 – 2010”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MASTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL.

AUTORA.

Lic. Lidia Rodríguez.

DIRECTORA:

Mgs. Janneth Ludeña.

ZAMORA - ECUADOR.

2010

CERTIFICACIÓN

Dra.

Janneth Ludeña Jaramillo.

DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Que ha sido supervisado el presente trabajo titulado” MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI, DEL CANTÓN CENTINELA DEL CONDOR, ZAMORA CHINCHIPE, 2009 – 2010 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, septiembre 2010

.....
Dra. Janneth Ludeña Jaramillo.

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 autora.

Loja, septiembre del 2010.

Lic. Lidia Rodríguez Godoy.

1102736152

CESIÓN DE DERECHO

“Yo Lidia Rodríguez 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 realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional de la Universidad.

Zamora, Septiembre del 2010.

Lic. Lidia Rodríguez Godoy.

1102736152

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con mucho cariño a los seres que amo y respeto en mi vida. A Ulvio mi querido esposo; quien supo comprenderme y ayudarme en los momentos más difíciles; a mis hijos Anabel y Anderson que son el regalo más grande que Dios me brindo, personas a las que a pesar de amar tanto no les pude brindar todo mi tiempo, a mi madre ser insuperable, a mis hermanos dedico este trabajo como prueba de mi triunfo.

Lidia

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero 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 profesional.

A la Dra. Janneth Ludeña catedrática de la Universidad y Directora de Tesis, por su valiosa colaboración quien en todo momento estuvo presta a dirigir mi trabajo, constituyéndose en una verdadera guía, al personal del Subcentro de Salud de Zumbi por la predisposición para colaborar en ejecución del mismo.

LA AUTORA.

INDICE DE CONTENIDOS.

PRELIMINARES.	PÁGINAS
Carátula:	i
Certificación:	ii
Autoría:	iii
Cesión de Derecho:	iv
Dedicatoria:	v
Agradecimiento:	vi
Índice:	vii

APARTADOS	PÁGINAS
1. RESUMEN.	1
2. ABSTRAC.	3
3. INTRODUCCIÓN.	5
4. PROBLEMATIZACIÓN.	10
5. JUSTIFICACION.	15
6. OBJETIVOS.	17
7. MARCO TEORICO.	19
7.1. Marco Institucional.	20
7.1.1. Aspectos Geográficos del lugar.	20
7.1.2. Dinámica Poblacional.	21
7.1.3. Misión de la Institución.	21
7.1.4. Visión de la Institución.	22
7.1.5. Organización Administrativa.	22
7.1.6. Servicios que presta la institución.	24
7.1.7. Datos estadísticos de cobertura (estado de salud Enfermedad de la población).	25
7.1.8. Características Geo-físicas de la Institución.	31
7.1.9. Políticas de la institución.	31
7.2. Marco Conceptual.	32
7.2.1. La Calidad de la Atención en salud.	32

7.2.1.1. Principios Básicos.	32
7.2.1.2. Definiciones.	34
7.2.1.3. Dimensiones de la calidad.	36
7.2.1.4. Importancia de la calidad para la salud en el Marco de la Ley.	38
7.2.1.5. Garantía de la calidad.	39
7.2.1.5.1. Mecanismos de Garantía de la calidad.	40
7.2.1.5.2. Pirámide de Garantía de la calidad.	40
7.2.2. Ley de Derechos y Amparo al paciente.	44
7.2.2.1. Capítulo I definiciones.	44
7.2.2.2. Capítulo II Derechos del paciente.	45
7.2.2.3. Capítulo III Amparo al paciente en situaciones de emergencia.	46
7.2.2.4. Capítulo IV Sanciones por falta de atención en situaciones de emergencia.	47
7.2.2.5. Capítulo V Aplicación de la Ley.	47
7.2.3. Atención Integral a los Adolescentes en Salud.	48
7.2.3.1. Derecho a la Salud.	49
7.2.3.1.1. Garante de derechos.	49
7.2.3.1.2. Corresponsabilidad.	50
7.2.3.1.3. Sujeto de derecho.	50
7.2.3.2. El Modelo Integral de Salud Familiar, Comunitaria e interculturalidad; MAIS-FCI.	50
7.2.3.2.1. Enfoque de atención primaria de Salud, Familiar y Comunitaria.	51
7.2.3.2.2. El enfoque de derecho como parte del Modelo de Atención.	52
7.2.3.2.3. Enfoque de Género.	52
7.2.3.2.4. Enfoque Intercultural.	52
7.2.3.2.5. Enfoque Intergeneracional.	53
7.2.3.3. Servicios de atención Integral.	54
7.2.3.3.1. Servicio Diferenciado.	54
7.2.3.3.2. Atención Amigable.	54
7.2.3.3.3. Grupo Programático.	54
7.2.3.3.4. Organización de la Red de Servicios de Atención en Adolescentes.	55

7.2.4. Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia.	57
7.2.5. Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia.	64
7.2.6. Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia.	66
7.2.6.1. El Proceso de Atención Integral.	68
7.2.7. Atención Integral del Adulto Mayor.	71
7.2.7.1. Marco Jurídico.	71
7.2.7.2. Proceso Salud Enfermedad.	73
7.2.7.3. Grandes Síndromes geriátricos.	74
7.2.7.4. Valoración precoz y diagnóstico de la Fragilidad.	75
7.2.8. Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria y Nutrición.	75
7.2.8.1. Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional.	76
7.2.8.2. Programa Integrado de Micronutrientes.	76
7.2.8.3. Programa de Educación Alimentaria Nutricional.	77
7.2.8.4. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición.	77
7.2.8.5. Estrategias para fortalecer estos programas.	78
8. DISEÑO METODOLÓGICO.	79
8.1. Matriz de Involucrados.	82
8.2. Árbol de Problemas.	84
8.3. Árbol de Objetivos.	85
8.4. Matriz de Marco Lógico.	86
8.5. Cronograma de ejecución.	93
8.6. Presupuesto y fuentes de financiamiento.	94
8.7. Sostenibilidad.	95
8.8. Monitoreo y evaluación.	94
9. RESULTADOS.	97
10. CONCLUSIONES.	113
11. RECOMENDACIONES.	116
12. BIBLIOGRAFIA.	118
13. ANEXOS.	121

1. RESUMEN.

El presente Proyecto de Intervención con enfoque de marco lógico se origina como respuesta al grado de insatisfacción del usuario externo que acude al Subcentro de Salud de Zumbi debido a la desorganización del servicio, deficientes relaciones interpersonales e interdepartamentales, falta de normas y procedimientos internos de enfermería, escasa aplicabilidad de normas y guías del Ministerio de Salud Pública, horarios mal definidos, irrespeto a las costumbres y tradiciones, desmotivación del personal e inadecuada distribución de ambientes, que se constituyen en factores pre disponentes para violentar e irrespetar los derechos del paciente generando un trato inadecuado, tiempos de espera prolongados, irrespeto a la cultura, costumbres y tradiciones.

Esta problemática fue identificada a través de la observación directa y la aplicación de una encuesta a los usuarios externos donde del total de encuestados el 60 % ha tenido problemas en la Orientación del servicio, el 70% no le brindaron una atención oportuna, el 61% no fue orientado sobre su tratamiento, el 75% de los encuestados no le entregaron toda la medicina, el 59 % de los encuestados no recibió una atención adecuada por parte del personal de la unidad, siendo más marcada en el profesional médico, el 55 % de los encuestados recibió un trato descortés, al 60% de los encuestados no le solucionaron su problema de salud, el 65% han esperado tres horas o más desde que ingreso a la unidad hasta que recibió la atención.

Esta visualización fortaleció el diseño y ejecución de un Proyecto de **Mejoramiento de la calidad de atención en el Subcentro de Salud de Zumbi**, partiendo inicialmente de la organización del servicio, distribución del recurso humano, capacitación al personal, diseño un manual de normas y procedimientos de enfermería, y reuniones bimensuales del personal. Acciones que nos permitieron conseguir que del total de usuarios que acuden al Subcentro de Salud, el 80 % salen satisfechos de la atención brindada, el 80% del personal de salud brinda atención de calidad, aplica normas y guías del MSP y el Manual de Normas y procedimientos de enfermería. El 80% de los servicios se encuentran organizados, señalizados y funcionales, cumpliéndose de esta manera el propósito y el fin del presente proyecto.

2. ABSTRACT

This Intervention Project logical framework approach comes as a response to dissatisfaction external user goes to Sub Health Zumbi due to disruption of service, poor interpersonal and interdepartmental relationships, lack of standards and procedures of nursing , limited applicability of standards and guidelines of the Ministry of Public Health, ill-defined schedules, disrespect for the customs and traditions, lack of motivation of staff and inadequate distribution of environments, which are pre-disposing factors to violate and disrespect the rights of patients will inadequate treatment, long waiting times, lack of respect for the culture, customs and traditions.

This problem was identified through direct observation and implementation of a survey of external users where the total respondents, 60% had problems with service orientation, 70% not provided timely care, 61% was not focused on treatment, 75% of respondents gave him all the medicine, 59% of respondents did not receive adequate attention from the staff of the unit, being more pronounced in healthcare, 55% of respondents received a rude treatment, 60% of respondents do not solve your health problem, 65% had waited three hours or more after admission to the unit until he received attention.

This view reinforced the design and implementation of a project Improving the quality of care at the Health Sub Zumbi, initially based service organization, distribution of human resources, staff training, design a manual of rules and nursing procedures, and staff meetings twice a month. Actions that allowed us to get the total users who come to the Health Sub, 80% leave satisfied with the care provided, 80% of health staff provides quality care, standards and guidelines apply the MSP and the Manual of Standards and nursing procedures. 80% of services are organized, marked and functional thus fulfilling the purpose and aim of this:

3. INTRODUCCIÓN

El mejoramiento de la calidad de los Servicios de Salud, junto con la búsqueda de la equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la provisión de estos servicios, han sido uno de los principios rectores de la reforma del sector salud desde la I Cumbre de las Américas en 1994.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ISSFA, ISSPOL, ONG, etc., que actúan independientemente solapándose en ocasiones sus actuaciones.

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zona rural y urbana marginal, población multiétnica en su mayoría.

En la región de las Américas, la Reforma del Sector Salud y del desarrollo de las políticas sanitarias se producen en contexto de apertura económica, consolidación democrática y ajuste estructural de los Estados. Procesos que han influido en los mecanismos y estrategias orientadas a mejorar el acceso de la población a los sistemas de protección social, especialmente en la década de los 90, donde se intensificaron estos procesos

La reforma en salud, es un movimiento internacional que tiene diversas expresiones y modalidades, que surge como respuesta a los cambios sociales y económicos que vienen experimentando los países desde la década de los Ochenta. Estas reformas tienen como finalidad transformar los sistemas de salud, para satisfacer las necesidades de toda la población mediante la búsqueda de la equidad, la eficiencia y la calidad.

“El régimen de salud tomo 1.Capitulo 1 del derecho a la salud y su protección en su artículo 1.Principios y finalidad cuyo texto dice la presente ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud

consagrado en la constitución política de la república y la ley. Se rige por los principios de Equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

El Art.6.Responsabilidades del Ministerio de Salud Publica numeral 3 que textualmente manifiesta, 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.”

Varios técnicos del sector consideran que el proceso debía contar con lo que se denominó la Reforma Mínima, a través de la cual, progresivamente se produciría un cambio y al mismo tiempo facilitaría consolidar nuevas fuerzas para enfrentar más tarde procesos Máximos. Esta Reforma Mínima se caracterizaría por:

- La Separación de las funciones de financiamiento de la provisión de servicios;
- El fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud;
- El fortalecimiento de las entidades territoriales o del régimen seccional;
- El apoyo a los programas de garantía de calidad y acreditación de servicios
- La regulación de las empresas de aseguramiento privado
- El Apoyo de la creación de nuevos actores sociales en provincias y cantones
- La ampliación de coberturas, mediante programas de servicios básicos localizados en zonas de mayor carencia de servicios;
- El Apoyo a la gestión administrativa y financiera descentralizada de las unidades de salud
- La realización de proyectos a pequeña escala para probar la aplicabilidad de mecanismos e instrumentos de reforma

Ante esta realidad mundial, nacional y local es importante analizar la atención que se brinda en el Subcentro de Salud de Zumbi con el propósito de implementar estrategias tendientes a mejorar la prestación de servicios de salud con miras a generar una cultura de calidad y una actitud de calidez, ya que en esta institución este enfoque no es considerado el momento de brindar atención a los usuarios que simplemente se los

trata como objetos y no como sujetos con sentimientos, actitudes, valores, costumbres, etc.

La desorganización del servicio, deficientes relaciones interpersonales e interdepartamentales, falta de normas y procedimientos internos de enfermería, falta de aplicabilidad de normas y guías del ministerio de Salud Pública, horarios mal definidos, irrespeto a las costumbres y tradiciones, desmotivación del personal e inadecuada distribución de ambientes, se constituyen en factores pre disponentes para violentar e irrespetar los derechos del paciente generando un trato deshumanizado, tiempos de espera prolongados, irrespeto a la cultura, costumbres y tradiciones, todos estos factores ocasionan un impacto negativo en el usuario interno y externo como pérdida de credibilidad del servicio, ausentismo del usuario al servicio, incremento de la morbilidad, ante esta realidad que se vive día tras día y como miembro del equipo de Salud no me puedo quedar impávida y ser parte de aquello que desprestigia la imagen institucional, al contrario creo que es el mejor momento para intervenir, impulsando las mejores estrategias y acciones como fomentar el trabajo en equipo, capacitar, motivar e incentivar al personal, diseñar un manual de normas y procedimientos internos de enfermería, lo que permitirá mejorar esta problemática que afecta a los usuarios externos razón de ser de la institución.

Por ello es necesario desarrollar herramientas que aporten a los servidores de salud con pautas para mejorar las prestaciones en cada uno de los servicios, es por ello que se a desarrollado el presente proyecto sobre **“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI DEL CANTON CENTINELA DEL CONDOR ; ZAMORA CHINCHIPE. 2009-2010**

Por lo tanto es necesario considerar que cuando nos interesamos por otra persona lo dignificamos y respetamos sus modos de vivir y pensar; consideramos sus emociones, pensamientos y necesidades, es entonces, que actuamos con calidad y calidez humanas. Ofrecer calidad a los demás es un principio básico de convivencia, en el que todos dan y todos reciben respeto y solidaridad. Cada día, devolvemos la salud a millones de personas y nos esforzamos para que lo mejor de nuestra capacidad profesional y nuestros conocimientos se traduzcan en respuestas a las necesidades

de todos. Propiciemos juntos el desarrollo de una nueva cultura de calidad en los servicios de salud, para beneficio de los usuarios que acuden a esta casa de salud.

4. PROBLEMATIZACIÓN.

El contexto socio económico y político marcan la evolución de la situación actual de las condiciones de salud en el Ecuador: Así el proceso de salud enfermedad se debe analizar basándose en los determinantes sociales, económicos, políticos, demográficos, ecológicos y culturales, que generen factores de riesgo que se deben tomar en cuenta para interpretar el estado de salud de las personas que la OMS la define como un Estado de completo bienestar físico, mental y social, no simplemente la ausencia de afección o enfermedades. Estos factores de riesgo condicionan en cada grupo social, un perfil epidemiológico diferente de salud-enfermedad para cada uno de ellos.

Por lo tanto los programas de mejoría de la calidad poseen como uno de sus principios la satisfacción del cliente o usuario. Esta dimensión está referida a la relación existente entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Se sabe que las buenas relaciones interpersonales contribuyen en forma muy efectiva a la eficacia de los servicios que se presten en materia de salud y a establecer una buena relación con los pacientes.

Históricamente el Estado ha privilegiado un modelo asistencial, burocrático centralizado, inequitativo, deficiente calidad de atención, sin dar importancia al factor humano como base del desarrollo socioeconómico del país. Estos problemas han ocasionado en los diferentes servicios del sector salud atención de MALA CALIDAD, deshumanizada, curativa con disminución de la demanda, falta de insumos y materiales, sistemas de información débiles, presupuestos escasos e insatisfacción de los usuarios tanto internos como externos entre otros.

El MSP consiente de esta realidad se propone desarrollar modelos de atención que propicien un adecuado equilibrio entre la prevención y promoción de la salud y la atención curativa orientada a la recuperación. Así genera un proceso de reforma caracterizado por la descentralización, eficiencia y la redefinición de su rol como rector, orientador, regulador y coordinación fundamentada en seis principios fundamentales: Equidad, Eficiencia, Universalidad, Integralidad, Calidad y Solidaridad.

Ante esta realidad mundial, nacional y local es importante analizar la atención que se brinda en el Subcentro de Salud de Zumbi con el propósito de implementar estrategias tendientes a mejorar la prestación de servicios de salud con miras a generar una cultura de calidad y una actitud de calidez, ya que en esta institución este enfoque no es considerado el momento de brindar atención a los usuarios que simplemente se los trata como objetos y no como sujetos con sentimientos, actitudes, valores, costumbres, etc. La desorganización del servicio, deficientes relaciones interpersonales e interdepartamentales, falta de normas y procedimientos internos de enfermería, falta de aplicabilidad de normas y guías del ministerio de Salud Pública, horarios mal definidos, irrespeto a las costumbres y tradiciones, desmotivación del personal e inadecuada distribución de ambientes, se constituyen en factores pre disponentes para violentar e irrespetar los derechos del paciente generando un trato deshumanizado, tiempos de espera prolongados, irrespeto a la cultura, costumbres y tradiciones.

Toda esta problemática motivo de la tesis fue identificada a través de la observación directa de la misma y de considerar varios testimonios de los pacientes. Frente a esta situación se procedió a identificar el problema de una manera más objetiva mediante la aplicación de una encuesta a los usuarios externos. Este fue el punto de partida para identificar mejor esta problemática y a través de la tabulación de las encuesta, fui realizando la respectiva descripción, análisis y delimitación de los problemas. Esta es la modalidad utilizada y descrita a continuación.

PORCENTAJE DE LOS PRICIPALES PROBLEMAS DETECTADOS LUEGO DE LA ENCUESTA A LOS USUARIOS EXTERNOS.

PROBLEMAS	%
Han tenido problemas en la orientación del servicio y otros departamentos.	60%
No le dieron una atención oportuna.	70%
No recibió la Orientación sobre su tratamiento.	61%.
No le entregaron toda la medicina prescrita.	75%

No recibió una atención adecuada por parte del personal de la unidad de salud, siendo más marcado en el profesional médico.	59%
Recibió un trato descortés durante la atención	55%
No le solucionaron su problema de salud.	60%
Espero tres y más horas.	65%

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Así tenemos que, cuando se realizó la encuesta para determinar la satisfacción de los/las usuarios se determinó lo siguiente:

- El 60% de los usuarios ha tenido problemas en la orientación de servicios y otros Departamentos, debido a que en la unidad de salud no se dispone de un flujograma de atención, y no todos los consultorios ni departamentos están rotulados.
- De igual manera al preguntar sobre los tipos de incidentes en la atención: al 70% no le dieron una atención oportuna, el 61% no recibió la orientación sobre su tratamiento, al 75% no le entregaron toda su medicación, lo cual nos permite evidenciar que estamos brindando una atención de pésima calidad inclusive vulnerando los derechos de los pacientes.
- Al preguntar sobre la atención brindada por cada miembro del equipo de salud el 59 % responde que mala, siendo más marcado en el personal médico. Lo que evidencia que existe un escaso conocimiento sobre la Ley de Amparo a la Paciente y limitada capacitación del personal.
- Continuando con la problemática el 55% de los usuarios recibió un trato descortés durante la atención. Lo que demuestra que en la unida de salud no se aplica el principio de solidaridad, no se respetan las costumbres y tradiciones de los usuarios externos.

- Continuando con la problemática al preguntar a los usuarios si le solucionaron su problema de salud, al 60% no le solucionaron su problema de salud, lo que significa que hay que fortalecer la calidad Técnica, Científica y Administrativa en la atención a los usuarios.
- Así tenemos que cuando medimos el tiempo de espera desde que ingresan a la unidad de salud hasta que reciben la atención el 65% esperan 3 horas y más, originado por una desorganización de los servicios y del recurso humano que labora en la unidad.

Los largos tiempos de espera determinan un alto costo alternativo de los usuarios debido a que representan pérdida de tiempo en sus trabajos, abandono del hogar, en procura de acceder un turno para la atención médica.

Todos estos factores ocasionan un impacto negativo en el usuario interno y externo como pérdida de credibilidad del servicio, ausentismo del usuario al servicio, incremento de la morbilidad, complicaciones en sus patologías, mayor gasto económico, ante esta realidad que se vive día tras día y como miembro del equipo de Salud no me puedo quedar impávida y ser parte de aquello que desprestigia la imagen institucional, al contrario creo que es el mejor momento para intervenir, impulsando las mejores estrategias y acciones como fomentar el trabajo en equipo, capacitar, motivar e incentivar al personal, diseñar un manual de normas y procedimientos internos de enfermería, lo que permitirá mejorar esta problemática que afecta a los usuarios externos razón de ser de la institución. Por ello este proyecto va encaminado al **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI DEL CANTON CENTINELA DEL CONDOR; ZAMORA CHINCHIPE 2009-2010.**, bajo la premisa de que *Ofrecer calidad a los demás es un principio básico de convivencia en el que todos dan y todos reciben respeto y solidaridad.*

5. JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo pretende mejorar la Calidad de Atención al paciente que acude al Subcentro de Salud de Zumbi a través de la elaboración e implementación del Manual de Normas y procedimientos de atención de enfermería, organización del servicio, trabajo en equipo, trato humanizado al paciente, aplicación adecuada de normas y Guías del Ministerio de Salud Pública, organización del servicio buscando alternativas de solución a los problemas existentes.

Esto permitirá definir con claridad, funciones, responsabilidades, manejar una sola terminología entre el equipo de salud del servicio dentro del proceso de atención, con el fin de realizar comparaciones, evitar la multiplicidad de criterios, la manipulación de datos. Se diseñara un proceso de asistencia acorde con los recursos humanos y materiales tratando de mejorar el uso de los recursos disponibles.

Creemos importante que una adecuada motivación al personal facilitará el trabajo en equipo, lo que favorecerá a la unidad Operativa a un ahorro económico y de tiempo en la ejecución de nuestras actividades.

Mi interés en esta problemática está motivado en la necesidad que tienen los pacientes no solamente de que alguien cure su enfermedad sino de la humanización y de un trato adecuado y justo que corresponda a un ser integral; a través de una atención basada en los principios de equidad, solidaridad, eficiencia, eficacia lo que repercutirá en la credibilidad del servicio, el incremento de la demanda y la satisfacción del usuario interno y externo y así lograr la salud y bienestar para todos..

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Brindar una atención de Salud con calidad a los usuarios, mediante la organización del servicio, coordinación interpersonal e interdepartamental, cumplimiento de normas y guías del Ministerio de salud Pública, y la aplicabilidad de normas y procedimientos internos de enfermería, para lograr la satisfacción de los usuarios externos e internos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Organizar el servicio a través de la identificación de áreas específicas para lograr una orientación rápida del usuario.
- b) Establecer el cumplimiento de normas y guías del Ministerio de Salud Pública, mediante capacitación, para garantizar la calidad y seguridad en la atención al usuario que acude al servicio.
- c) Diseñar, Socializar y aplicar el Manual de Normas y Procedimientos internos de enfermería al personal de salud, mediante capacitación, para estandarizar procedimientos y mejorar la calidad y calidez de atención en los usuarios.
- d) Concienciar al personal del Subcentro de salud humanización y buen trato al usuario respetando su identidad cultural, mediante talleres de Capacitación y sensibilización para elevar la autoestima y mejorar la calidad de atención.
- e) Mejorar las relaciones interpersonales e interdepartamentales de los usuarios internos del subcentro de Salud mediante talleres de capacitación para fomentar el trabajo en equipo, la solidaridad y el respeto.

7. MARCO TEÓRICO

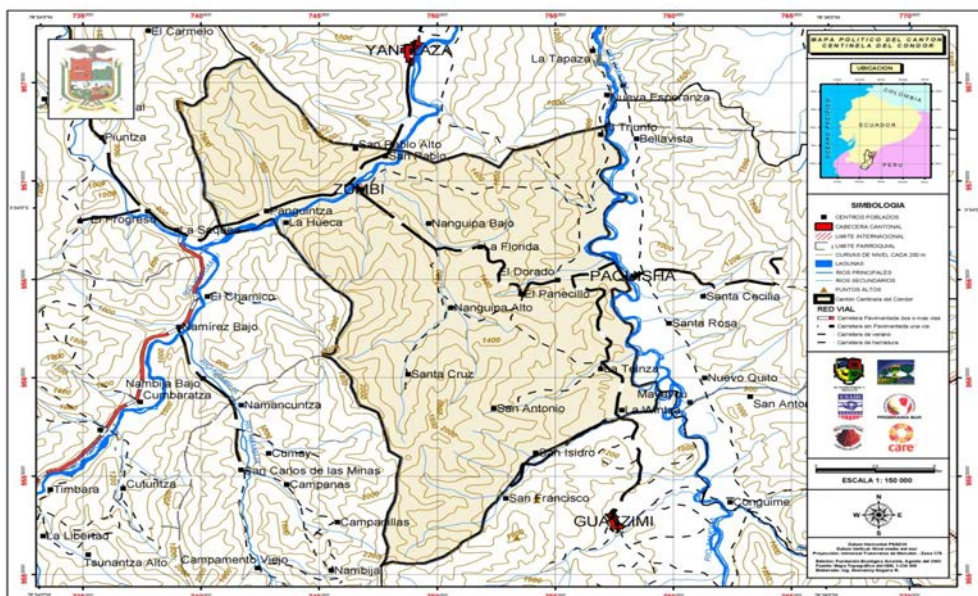
7.1. MARCO INSTITUCIONAL.

7.1.1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS DEL LUGAR.

El Cantón Centinela Del Cóndor se encuentra al Noroeste de la Provincia de Zamora Chinchipe en la Cordillera Oriental, a una altitud de 800 – 2000 metros sobre el nivel del mar.

Para una mejor localización es necesario mencionar sus límites cantonales: Al Norte con el Cantón Yanzatza, al sur con el Cantón Nangaritza, al Este Límite Internacional con el Perú y al Oeste con el Cantón Zamora. Zumbi no tiene una extensión exacta puesto que colindaba con la zona de conflicto Ecuador – Perú, pero se establece según cartas topográficas un total de 514 km². Siendo los nuevos hitos los que cruzan la cumbre de la Cordillera del Cóndor, y limitan definitivamente el cantón según el tratado de paz.

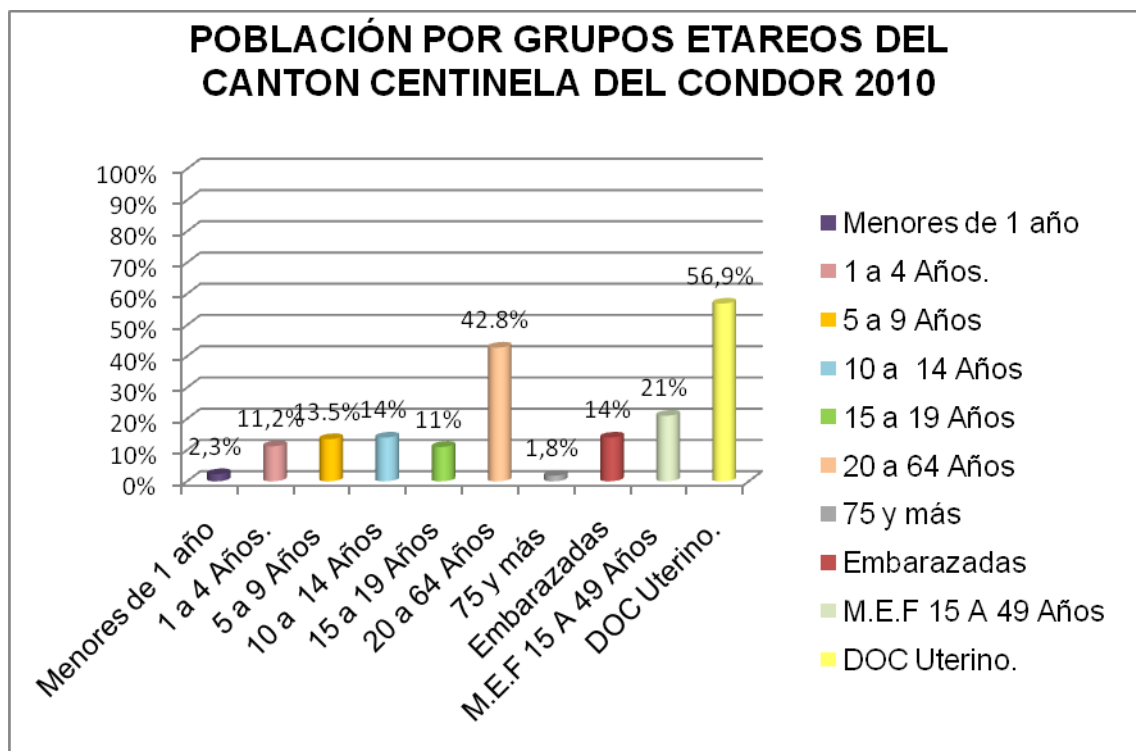
El Subcentro de Salud de Zumbi, es una entidad del sistema de salud del M.S.P. que brinda atención ambulatoria a las personas de nuestra área de influencia, mediante servicios de consulta externa, promoción de la salud y prevención de la enfermedad de acuerdo a nuestro nivel de atención. Fue creado en el año de 1959.



7.1.2. DINAMICA POBLACIONAL.

Cuenta con una población de 6420 habitantes distribuida en los siguientes grupos etareos.

GRAFICO Nro. 1



FUENTE: Archivos S.C.S.Zumbi.

ELABORADO: Autora del Proyecto.

El mayor grupo poblacional en el Cantón Centinela del Cóndor, está entre los 20 a 64 años de edad, es decir una población de adulto joven.

7.1.3. LA MISION DE LA INSTITUCIÓN.

El organismo rector de la salud a nivel del país es el Ministerio de Salud Pública y el Subcentro de Salud de Zumbi es parte integrante de este Ministerio, que para el logro de metas y objetivos contamos con una visión y

misión elaborados por el equipo técnico del Área II, a la pertenece esta unidad de Salud, no se tiene construida la misión y visión del Subcentro de Salud,

MISION:” Brindar servicios de salud a toda la población con actividades de fomento, protección, promoción, curación y rehabilitación, logrando satisfacción y aceptación de la comunidad y de esta manera mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, todo esto con responsabilidad, honradez, cordialidad, eficiencia, calidad y calidez.¹”

7.1.4. LA VISION DE LA INSTITUCION:

VISION:” El Área de Salud Nro.2 ejecutara la rectoría en su jurisdicción mediante un proceso dinámico y participativo con talento humano responsable y comprometido en permanente capacitación para brindar atención con equidad, calidad y calidez, garantizando el acceso, universalidad y el derecho a la salud de sus habitantes dando cumplimiento a la normativa del MSP.²”

7.1.5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.

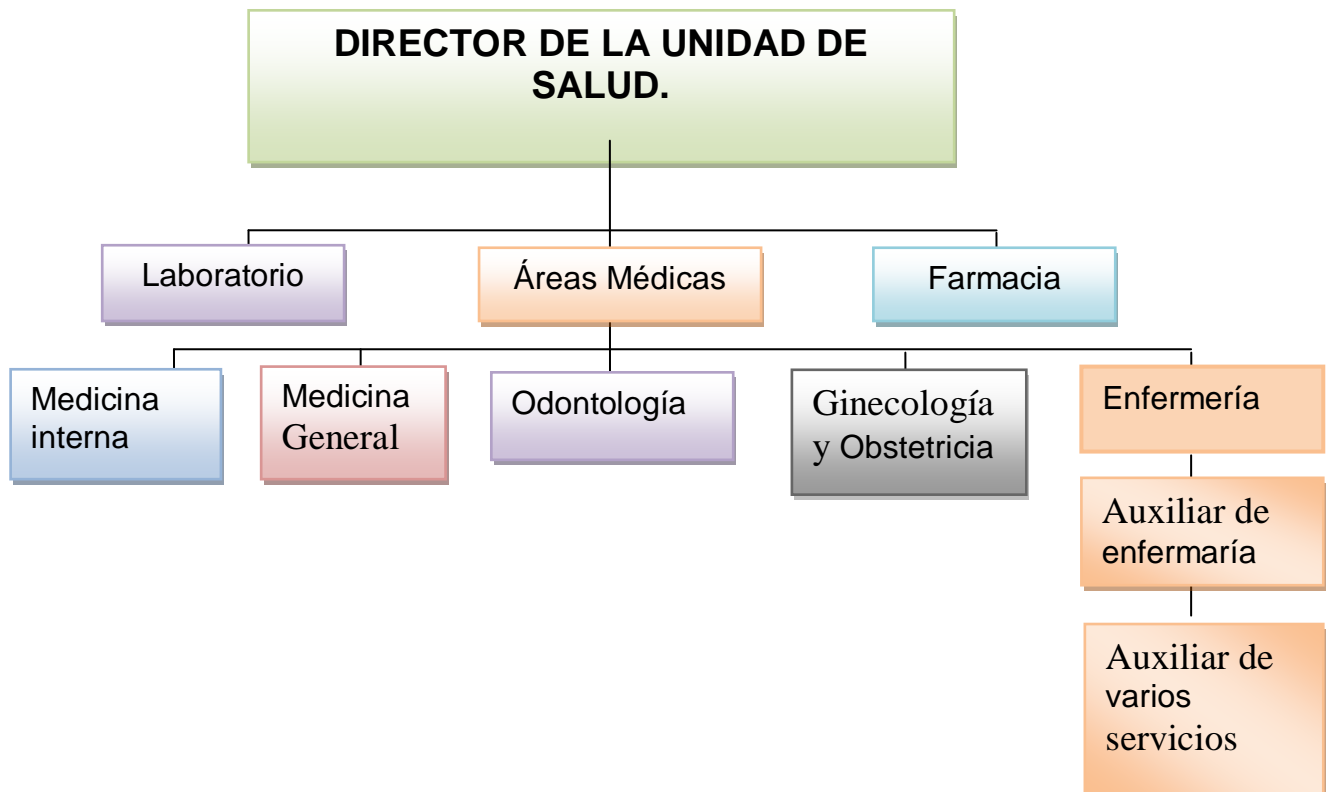
En el Subcentro de Salud de Zumbi, contamos con un *medico* que hace de Director de la Unidad de Salud. Dependemos jerárquicamente de la Jefatura del Área II.

El Subcentro de Salud de Zumbi cuenta con 9 recursos humanos entre médicos, odontólogos, enfermeras, laboratorito y auxiliar de enfermería, no todo el personal que trabaja en la institución es estable, pues la mayoría es personal contratado y rural.

¹ Poa del Área 2 Yantzaza. 2009.

² Poa del Área 2 Yantzaza.2009.

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL FUNCIONAL DEL
SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI**



RECURSO HUMANO QUE LABORA EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI.

DENOMINACION	NUNERO	CARGA HORARIA.	DEPENDENCIA LABORAL
MEDICOS 2			
MEDICO GENERAL	1	4H00	PLANTA
MEDICO GENERAL	1	8H00	RURAL
ODONTOLOGOS 2			
ODONTOLOGO	1	8H00	CONTRATADO
ODONTOLOGO	1	8h00	RURAL
ENFERMERAS 2			
ENEFERMERA	1	8H00	PLANTA
ENEFERMERA	1	8H00	RURAL
OBSTETRIZ	1	8H00	CONTRATADA
LABORATORISTA	1	8H00	CONTRATADO
AUX. DE ENFERMERIA.	1	8H00	PLANTA

7.1.6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN.

Contamos con un Área Técnica: Que cuenta con los siguientes servicios.

MEDICINA. Que está constituido por 2 médicos encargados de brindar atención medica ambulatoria intra y extra mural, atención primaria de salud de acuerdo nuestro nivel de complejidad.

ODONTOLOGÍA: Conformada por dos odontólogos que brindan atención intra e extramural en prevención de problemas de la salud bucal.

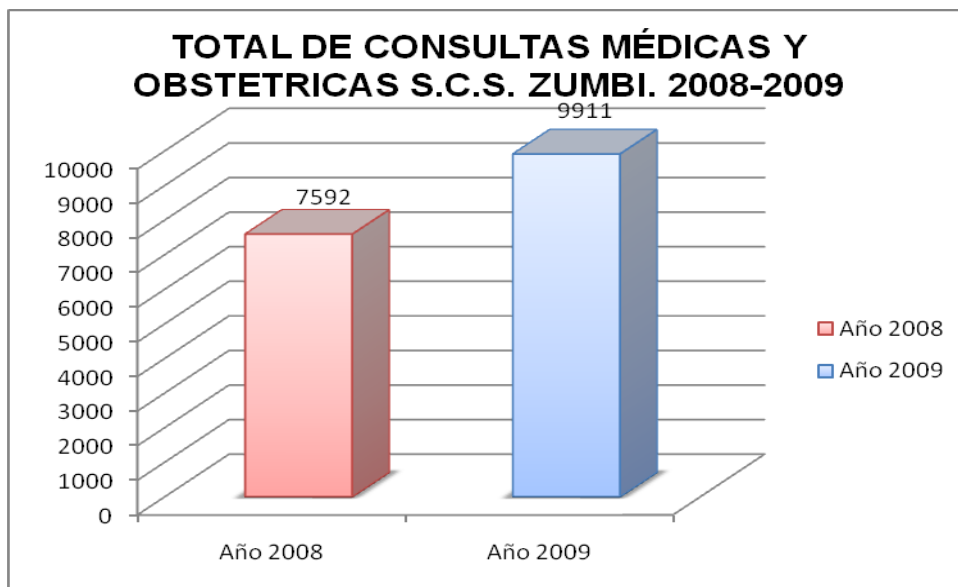
OBSTETRIZ: Una obstetriz que brinda atención intra y extra mural sobre control prenatal, planificación familiar, Diagnóstico oportuno del Cáncer, Consejería para VIH.etc.

LABORATORIO CLÍNICO: A través de su actividad específica ayuda a confirmar un diagnóstico.

ENFERMERÍA: Integrado por dos enfermeras y una auxiliar de enfermería que aplica los programas de Prevención del Ministerio tanto intra y extra mural y múltiples funciones por la escases de recurso humano.

7.1.7. DATOS ESTADISTICOS DE COBERTURA (ESTADO DE SALUD ENFERMEDAD DE LA POBLACION).

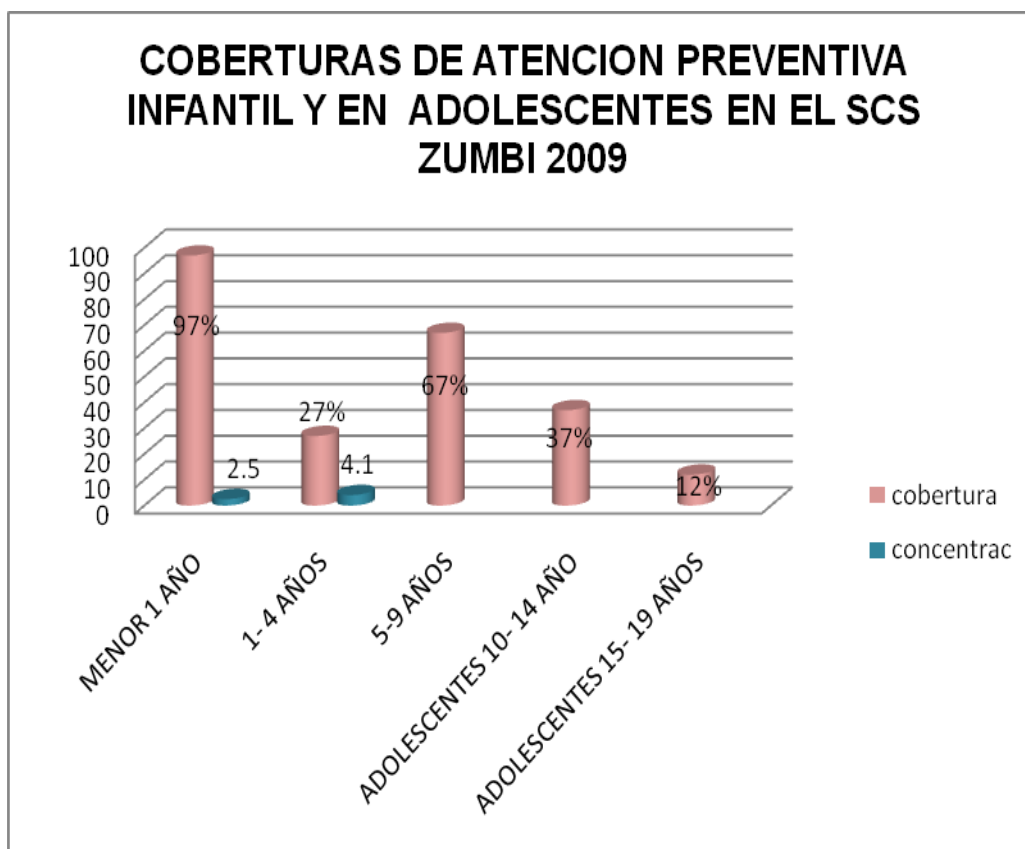
GRAFICO Nro. 1.



FUENTE: Archivos S.C.zumbi.

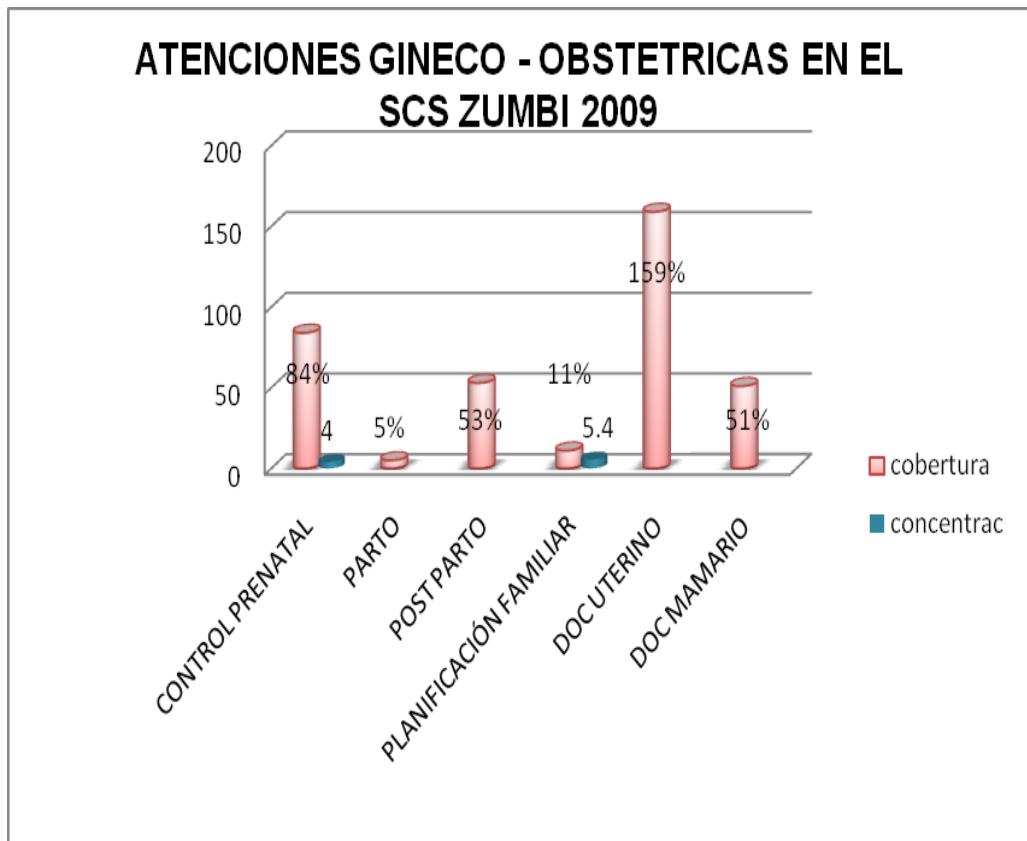
ELABORADO: Autora del Proyecto.

En el año 2008 se atendieron a 7.592 pacientes, mientras que en el 2009 se ha incrementado a 9.911, debido a que en el Subcentro se cuenta con, más profesionales.

GRAFICO Nro.2.

FUENTE: Archivos S.C.zumbi.

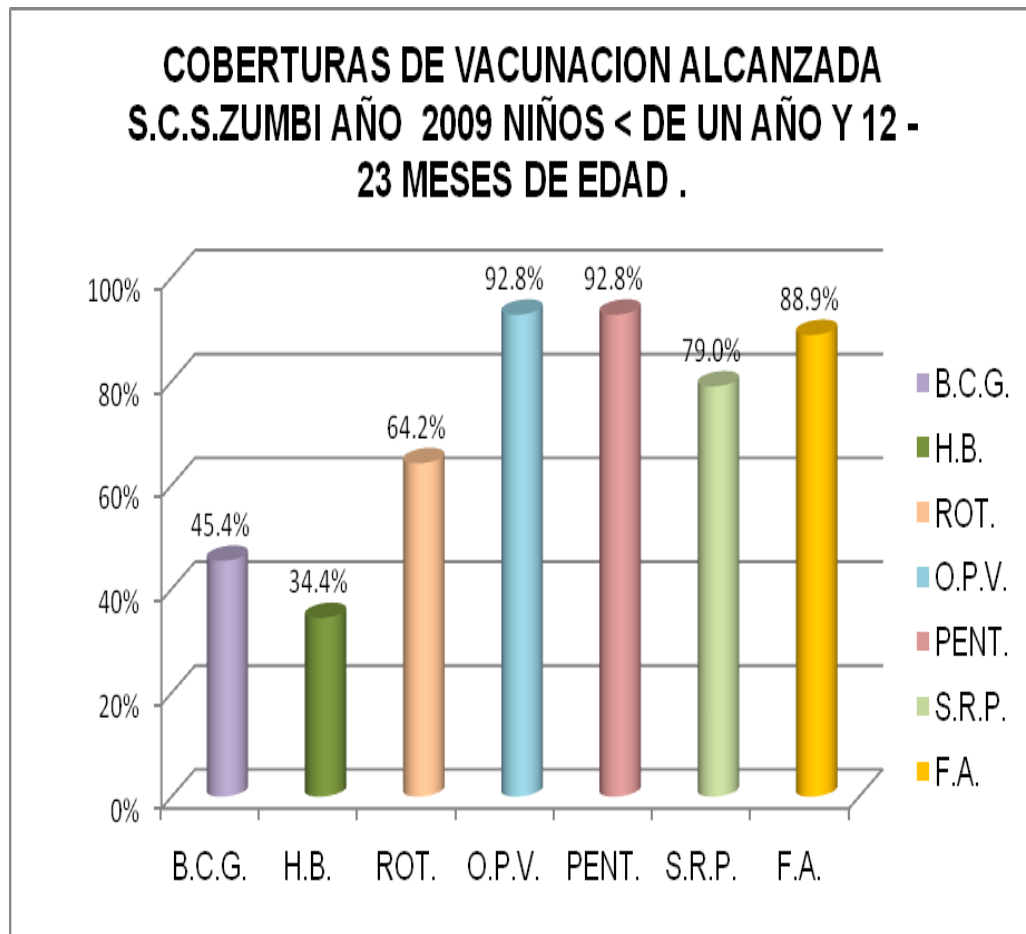
ELABORADO. Autora del Proyecto.

GRAFICO Nro. 3.

FUENTE: Archivos S.C.zumbi.

ELABORADO: Autora del Proyecto.

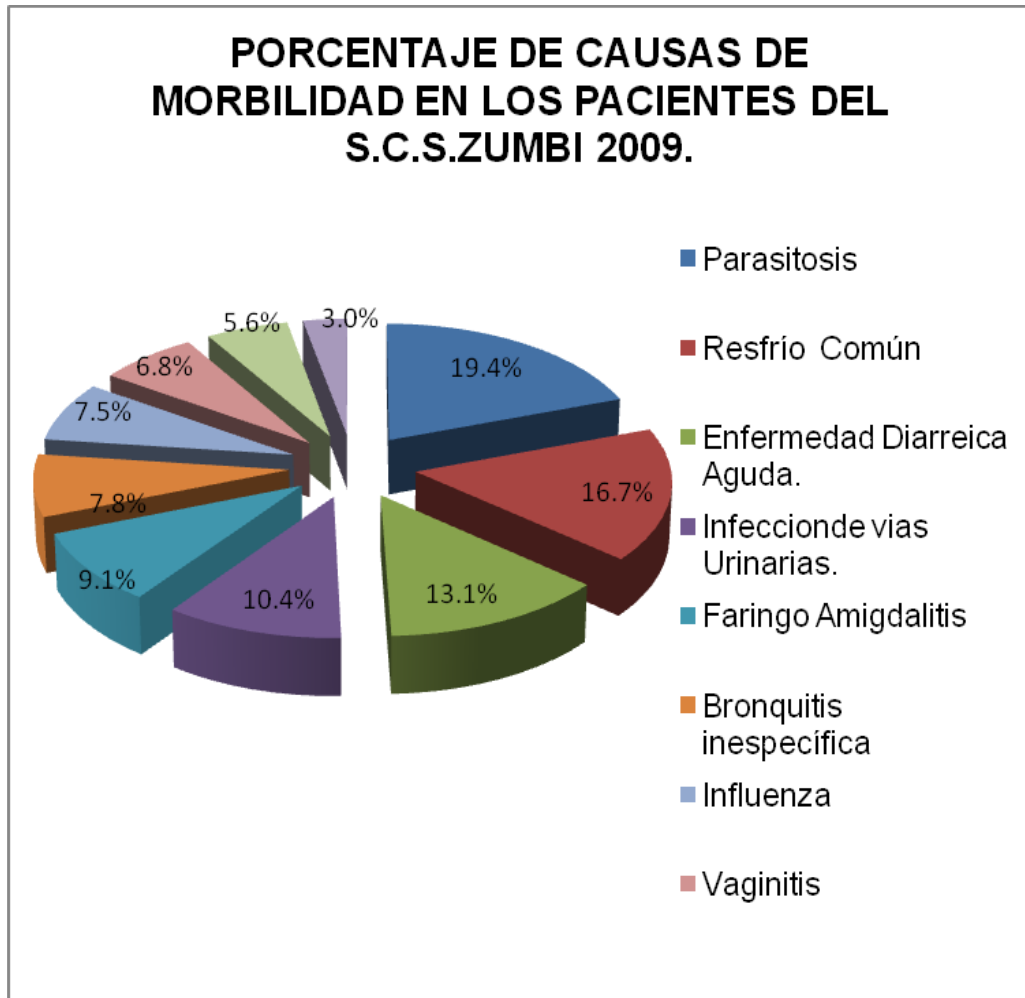
GRAFICO Nro. 4.



FUENTE: Archivos S.C.zumbi.

ELABORADO. Autora del Proyecto.

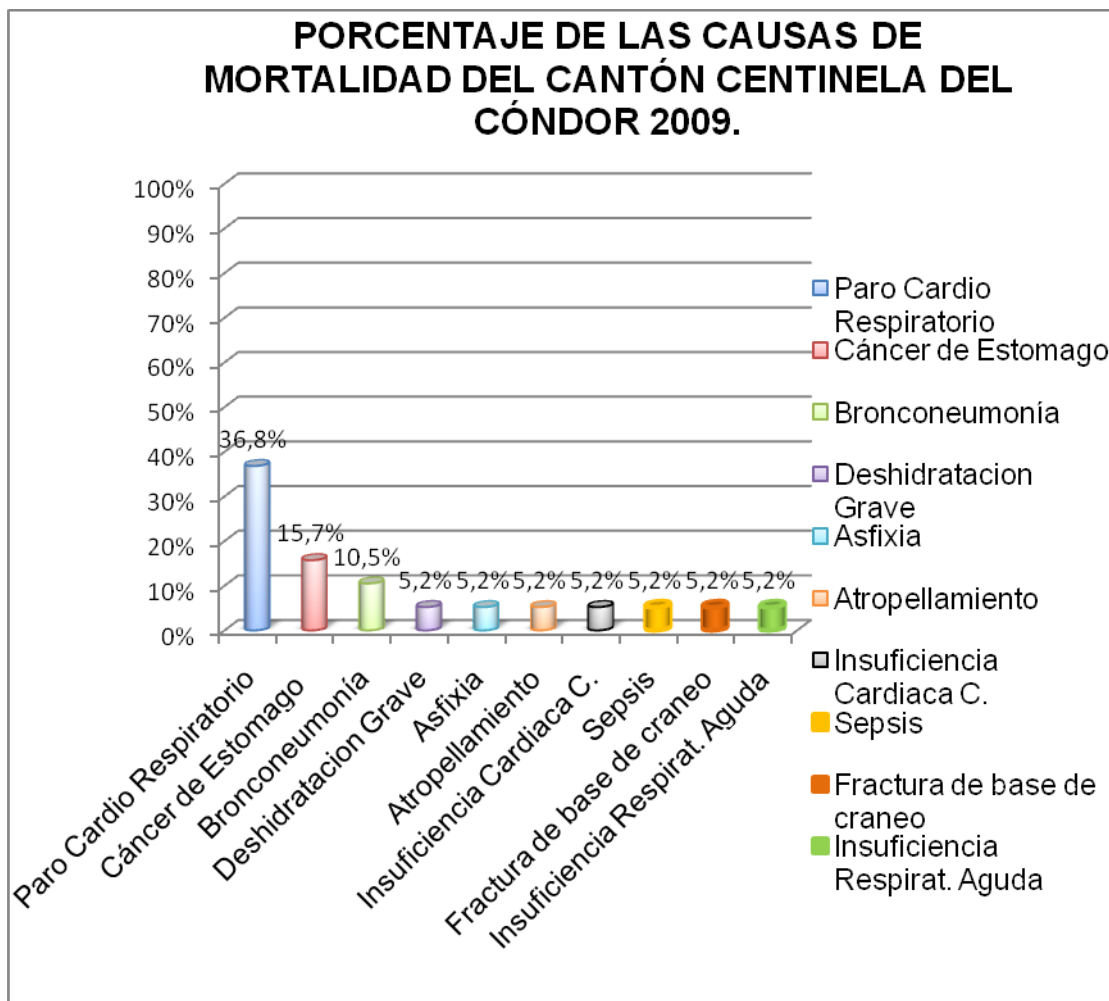
GRAFICO Nro. 5.



FUENTE: Archivos S.C.zumbi.

ELABORADO. Autora del Proyecto.

GRAFICO Nro. 6.



FUENTE: Archivos del Registro Civil del Cantón.

ELABORADO: Autora del Proyecto.

7.1.8. CARÁCTERÍSTICAS GEO-FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN.

Esta Unidad de Salud, cuenta con una infraestructura propia que tiene 2 construcciones, la antigua y una nueva la misma que se encuentran en buen estado de funcionamiento, con una construcción aproximada de 600 m². En la planta antigua funciona estadística, preparación de pacientes, vacunación, emergencias, farmacia y un consultorio de Odontología. En el edificio nuevo primera planta, 2 consultorios de medicina, 1 de Obstetricia, 1 de Odontología, 1 sala de partos y 1 sala de posparto y la oficina del Programa de control de la tuberculosis. En la planta Alta funciona el laboratorio clínico, un consultorio médico, ecografía. Es necesario indicar a manera de resumen de lo antes expuesto la disponibilidad de los consultorios: Tenemos en total seis, los mismos que están distribuidos de la siguiente manera: Tres consultorio médicos, dos consultorios de Odontología y un consultorio de Obstetricia.

7.1.9. POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN.

Esta institución de salud para su normal funcionamiento se basa en las Políticas de Salud establecidas por el Ministerio de Salud Pública, pues por pertenecer a un mismo sistema no cuenta con políticas propias, su accionar se basa en políticas de salud que norman las acciones de salud en la sociedad en general, políticas para el sector salud que involucran a los diversos actores instituciones las políticas que corresponden al ámbito de acción del M.S.P:

- Institución de rectoría del sector.
- Como responsable de las acciones y servicios de Salud Pública.
- Como garante del acceso a la atención de salud de la población, con énfasis en los grupos de mayor riesgo biológico y social.

7.2. MARCO CONCEPTUAL.

7.2.1. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

Enfoques conceptuales.

En los artículos publicados sobre estos temas se distinguen tres niveles en los conceptos de gerencia en calidad:

- **El primero es el del control de la calidad**, con el cual se busca la conformidad de un producto o servicio con las normas establecidas. El método consiste en prever lo que se hará, escribir lo que se prevé y hacer lo que está escrito, controlar y corregir las disparidades, y llevar un registro por escrito.
- **El segundo es el de la garantía del calidad**, con lo cual se busca la confianza en la obtención de la calidad con este fin, conviene demostrar que se respete el método señalado en el párrafo precedente y garantizarlo mediante un control externo (fiscalización, certificación, acreditación y etiquetado).
- **El tercero y último nivel es el de gestión o gerencia para la calidad** definido por la ISO³ como “modalidad de gestión de un organismo centrada en la calidad, basada en la participación de todos sus integrantes que busca el éxito de largo plazo mediante la satisfacción del cliente y ofrece ventajas para todos los integrantes del organismo y para la sociedad.

7.2.1.1. PRINCIPIOS BÁSICOS.

Es posible articular una visión de la calidad en torno a principios rectores, tales como equidad, eficacia, eficiencia y enfoque del cliente.

- ✓ **Equidad.** Es un principio distribuido de beneficios y de acceso al sistema, que encierre un sentido de solidaridad condicionado principalmente por las características de las necesidades del usuario y

³ Organización Internacional de Normalización de los Sistemas de aseguramiento de la calidad.

de los factores del medio. El acceso, sin limitaciones físicas, culturales, económicas o de otra naturaleza, privilegia el concepto de red de servicios y el fortalecimiento de los mecanismos de referencia del sistema de salud.

- ✓ **Eficacia.** Se refiere especialmente a la aplicación y combinación en condiciones ideales de recursos y tecnología para producir un impacto específico en la situación de Salud. De nuevo el concepto de equilibrio implica que el impacto es individual, pero tal vez más importante, social. La eficacia involucra, por una parte, la aportación agregada de la institución a la solución del problema social mediante sus procesos de planificación y gestión global de recursos y, por otra, la relación individual con el paciente, donde la calidad clínica es fundamental.
- ✓ **Eficiencia.** Se refiere a la aplicación de los recursos, de tal manera que se pueda obtener el mejor producto, social o individual, al menor costo posible. La aplicación de este principio demanda una visión distinta de la que prevalece en la actualidad. Se hace necesario procesos educativos y de investigación para establecer las relaciones de costo beneficio de acciones inmediatas cuyo impacto social no tiene la inmediatez del tratamiento de la enfermedad.
- ✓ **El enfoque de satisfacción del cliente.** Supone una acción que produzca la satisfacción del usuario ante un servicio que se le brinda en condiciones compatibles con la dignidad personal y acorde con sus propios valores. La satisfacción del cliente puede implicar aspectos objetivos y subjetivos, en los cuales intervienen percepciones de los actores que prestan y reciben servicios.

La calidad de la atención es específicamente una manifestación de la combinación de estos principios, en la cual, ninguno de ellos tiene un comportamiento independiente, aún cuando la equidad depende de factores propios de la prestación de servicios médicos y de la

distribución de los recursos que se traducen en beneficios individuales o sociales. La eficacia guarda relación con la aplicación en condiciones ideales, de tecnología, pero también de los recursos y de la infraestructura, por otro lado, la eficiencia está asociada con la gestión de los sistemas de salud. La satisfacción del usuario depende en gran medida de los tres principios anteriores, pero igualmente encuentra componentes propios en los patrones culturales y percepciones sociales de la salud. El punto que ha de subrayarse es que las fortalezas o debilidades de cualquiera de estos principios, fortalecen o debilitan a los restantes.

7.2.1.2. DEFINICIONES.

En un sentido etimológico, la palabra calidad proviene del latín **QUALITIS** que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre muchas acepciones (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998).

La calidad no es un concepto simple y su significado varía dependiendo de las condiciones históricas, culturales, etc. Sin Embargo, numerosos autores de renombre han elaborado diferentes definiciones de calidad, y que no son mutuamente excluyentes.

En sus diferencias y semejanzas hay gran posibilidad de enriquecerse y aprender sobre el concepto de calidad.

En su exploración del concepto de calidad, Demming la concibe como “hacer lo correcto, correctamente, desde el principio; desde la primera vez”⁴ . De acuerdo a

⁴ Definición de W. Deming, parte del movimiento de gestión de calidad total citada en Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Proyecto de Garantía de Calidad, 1.995.

Donabedian ⁵, se desarrolla la definición clásica de la atención en salud, donde describe que la calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Esa propiedad se puede definir como “la obtención de los mayores beneficios posibles de atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen en función de los recursos disponibles y de los valores sociales.”⁶.

Para una conceptualización más completa de calidad en salud, se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría.

Para la OMS, la calidad de la atención en salud es un concepto clave y la define como un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del paciente y el impacto final de la salud.

En tal sentido, una buena calidad asistencial desarrolla actuaciones profesionales y atención permanente al enfermo conforme a los más precisos y vigentes conocimientos científicos, su correcta aplicación práctica y con un trato personal considerado.

Hoy en día la filosofía de la calidad total proporciona una concepción global que fomenta la mejora Continua de la organización y el involucramiento de todos sus miembros, centrándose en la satisfacción tanto del cliente interno como externo. Esta Filosofía puede definirse del siguiente modo. Desde la Gestión, desde la calidad y desde lo total.

Son muchas la definiciones sobre este amplio concepto y al revisar algunos de estos principales abordajes, debemos seleccionar los que mejor se adaptan a las

⁵ El Dr. Avedis Donabedian, la persona más reconocida en el tema mundialmente que trabajo desde finales de los años 60 y hasta la fecha.

⁶ Saucedo, V. et al 2000. Evaluación de un programa de monitoreo de la calidad de los servicios Otorgados por una Organización no gubernamental. Salud Pública de México, Vol 42, No 5, pág.32.

necesidades específicas del entorno en el cual deba desarrollarse la actividad específica de la calidad, lo más importante para tener claro es que la definición del concepto de calidad que se adapte, pero el programa de calidad debe ser lo suficientemente concreto como para permitir que las evaluaciones que se hagan, puedan medir la calidad de éste en términos claramente cuantificables y que ofrezcan validez y reproducibilidad.

7.2.1.3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD.

En las definiciones anteriores del concepto de calidad, existen varias dimensiones que merecen ser consideradas con detalle.

- ✓ **Dimensión Técnica.**
Consiste en la mejor aplicación del conocimiento y tecnología disponibles a favor del paciente. Es aquella que tradicionalmente han privilegiado los profesionales de la salud, y que dependen fundamentalmente pero no exclusivamente de sus cualidades y capacitación.

- ✓ **La Seguridad.**
Esta segunda dimensión que se mide en el riesgo que acarrear los servicios ofrecidos para el paciente. Ésta depende de su condición, de la eficacia de las estrategias definidas y de la destreza con que se aplique. A partir de un momento dado en la atención de un paciente, los servicios que se añaden puede traer un aumento mucho mayor de riesgos que de beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos. Sobre este particular, se hace hincapié en que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

- ✓ **Grado en que le servicio satisface las necesidades sentidas del usuario.**
En esta tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, es necesario considerar la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo

importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación de este. Esta dimensión es parte integral de la calidad de la atención, ya que puede influir decisivamente en la aceptabilidad por parte del paciente y por ello, en el éxito de la atención y en los beneficios que brinda.

✓ **Costo racional de la atención.**

El costo racional de la atención tiene estrecha relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ella. Mejorar la calidad puede redundar en un aumento de los costos, pero el uso innecesario e inadecuado de servicios aumenta los costos sin acrecentar la calidad, dilapidando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales y cuyo costo afecta el acceso y la continuidad. Así, si suprimen servicios inútiles y se producen otros de manera más eficiente, todo prestador o asegurador puede invertir en calidad.

Es importante resaltar como lo hace Donabedian, que la satisfacción de los proveedores de la atención es la causa principal de un buen desempeño, por lo cual es un condicionamiento fundamental de la calidad. Por añadidura, la calidad alcanza distintos grados y puede analizarse de diferentes ópticas. El profesional o grupo de profesionales juzgan los procedimientos que deben emplearse, la técnica, el juicio diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario. Éste evaluará los beneficios de su atención por medio de variables objetivas y subjetivas, como el trato que recibió, el lugar donde atendido, la oportunidad, la confianza que le genere el prestador del servicio y el resultado obtenido, y muchos juzgarán también los aspectos técnicos desde su propia perspectiva. Por ello, la calidad de educar al usuario para que participe en las decisiones relativas a su atención, es una característica sobresaliente de calidad.

Finalmente, al considerar la atención de salud como un bien público, cuyos beneficios y riesgos sobrepasan al propio individuo, la sociedad debe evaluar la calidad de la atención como el agregado de beneficios que obtenga toda la población, dando

preferencia sobre el juicio que se emita sobre la calidad a procedimientos que puedan satisfacer las necesidades de muchos, incluyendo la equidad y el acceso.

La calidad es, por tanto, un concepto relativo que demanda unos puntos de referencia para hacer comparaciones o estándares. Estos estándares reflejarán un consenso y una valoración social sobre el modo de obtener mayores beneficios para un paciente o para la población.

7.2.1.4. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD PARA LA SALUD EN EL MARCO DE LA LEY.

La importancia de la calidad en la salud, en el Ecuador, radica en que es un precepto consagrado en la Constitución Política del Estado, y por ende, un derecho de los ciudadanos. Respecto a este tema y la importancia que se lo otorga en dicho documento, testimonia una serie de artículos, que por su relevancia, nos permitirá citar a continuación en forma textual.

Art. 23. Numeral 7

“El derecho a disponer de bienes y servicios, públicos y privados, de optima calidad; a elegirlos con libertad, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características”

Art.92.

“La ley establecerá los mecanismos de control de la calidad, los procedimientos de defensa del consumidor, la reparación e indemnización por deficiencias daños y mala calidad de bienes y servicios, y por la interrupción de los servicios públicos no ocasionados por catástrofes, caso fortuito o fuerza mayor, y las sanciones por la violación a estos derechos.....”

Art. 242:

“La organización y funcionamiento de la economía responderán a los principios de solidaridad, sustentabilidad y calidad, a fin de asegurar a los habitantes una existencia digna e iguales derechos y oportunidades para acceder al trabajo, a los bienes y servicios, y a la propiedad de los bienes de producción.

Art. 249:

“El Estado garantizará que los servicios públicos, prestados bajo su control y regulación, respondan a principios de eficiencia, responsabilidad, universalidad, accesibilidad, continuidad y calidad;.....”.

Si no existe calidad técnica en las prestaciones, no se conseguirán efectos sobre la salud y no se lograra cumplir este gran objetivo de desarrollo social basado tanto en el rol del estado como en el del usuario, en la ejercitación de su derecho civil.

7.2.1.5. GARANTÍA DE LA CALIDAD.**Concepto.**

La Garantía de la Calidad es un método sistemático, planificado y continuo para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud con el fin de incrementar los beneficios para la población a partir de los recursos existentes.

La Garantía de la Calidad promueve la confianza, mejora la comunicación y permite entender en una forma más clara las necesidades y expectativas de la comunidad.

Así:

- 1) La Garantía de la Calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad.

- 2) El énfasis de la Garantía de la calidad radica en La forma como trabajamos, en las actividades que realizamos y los procesos como suministramos la atención en salud.
- 3) La Garantía de la Calidad utiliza datos para analizar cómo estamos trabajando y prestando los servicios de salud.
- 4) La Garantía de la Calidad Fomenta el trabajo en equipo interdisciplinario para solucionar los problemas y mejorar la calidad de los servicios.

7.2.1.5.1. MECANISMOS DE GARANTIA DE LA CALIDAD.

Los Sistemas de Salud disponen de dos tipos de Mecanismos:

- a) Mecanismos de Regulación Externa de la calidad ((Licenciamiento, Acreditación, Certificación), que generalmente actúan desde el exterior de las instituciones que prestan servicios.
- b) Mecanismos de Gestión Interna de la calidad, que se desarrollan desde dentro de la institución.

La calidad no se logra por inercia ni tampoco es un instrumento o paquete que se compra o que se instala y se desinstala, ni es suficiente el hecho de evaluar o el de tener la firme voluntad de mejorarla.”Para lograr la calidad, es necesario ejercer un claro liderazgo con alta dirección de las organizaciones de salud y utilizar métodos de gestión adecuados”⁷.

7.2.1.5.2. PIRÁMIDE DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.

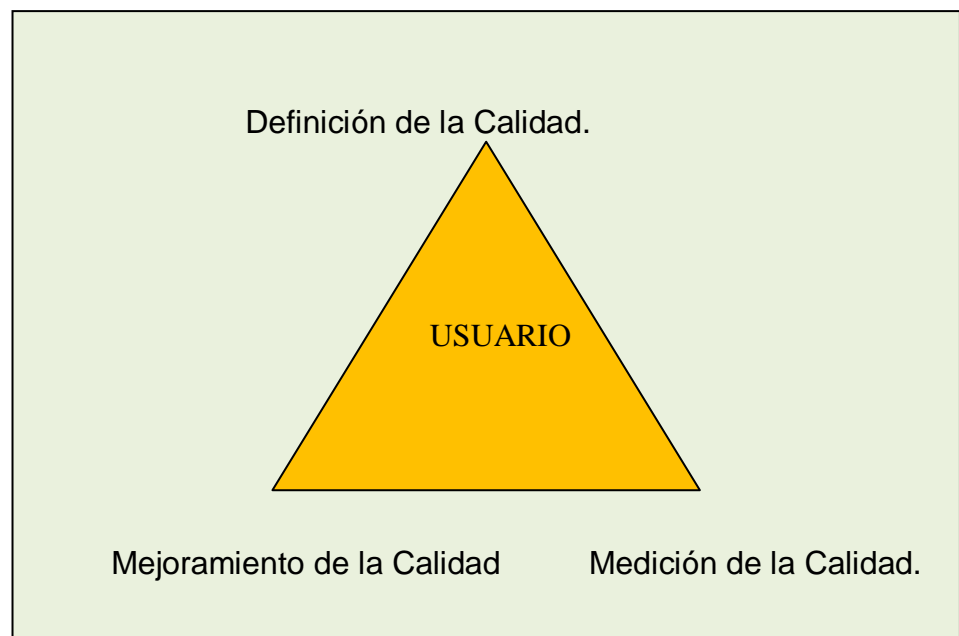
Las estrategias modernas relacionadas con la calidad en el campo de la salud suelen representarse como un triángulo, reflejando los conceptos de administración elaborado por Juran (Figura 1). Los tres puntos del triángulo son: diseño de la calidad, control de la calidad y mejoramiento de la calidad.

⁷ ROSS A,Zeballos J e Infante A. La calidad y la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Rev.Panam. Salud Pública. 2000; 8(1y2):93-97.

Estos son los componentes esenciales, interrelacionados y mutuamente reforzados de la garantía de la calidad.

Figura 1.

PIRAMIDE DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.



- **El diseño de la calidad.**- Es un proceso de planificación. El proceso del diseño define la misión de la organización, incluso sus clientes y servicios. Distribuye los recursos y establece los estándares para la prestación de servicios.
- **El control de la calidad.**- Consiste en el monitoreo, la supervisión y la evaluación que aseguran que todo empleado y toda unidad de trabajo cumpla con estos estándares y constantemente presten servicios de buena calidad.
- **El mejoramiento de la calidad.**- Procura elevar la calidad y los estándares continuamente mediante la resolución de problemas y el mejoramiento de procesos.

Estrategias operativas.- Es la verificación sistemática y periódica del cumplimiento de estándares seleccionados y medidos mediante indicadores.

Se efectúan por medio de la recopilación y el análisis periódico de datos de registro continuo. Dicho análisis se puede usar en forma permanente o continua.

Evaluación.- Consiste en la medición puntual de indicadores para conocer su valor actual, se realiza en ciertos intervalos de tiempo, como por ejemplo cada año. Se lleva a cabo analizando información de registros o por medio de encuestas, observaciones, entrevistas, etc.

El *MEJORAMIENTO* de la calidad, es una metodología sistemática que permite introducir cambios concretos en procesos de atención a través de ciclos rápidos, que permiten proponer objetivos de mejoramiento, medir si los cambios ejecutados realmente producen mejoramiento, planificar los cambios y ejecutarlos. En primer lugar cabe señalar que, la mayoría de las prestaciones de salud son actos efectuados directamente por los médicos, consultas, procedimientos ambulatorios y quirúrgicos aunque éstos se efectúen en una institución de salud. La atención médica se basa en la confianza que deposita el paciente en su médico para que trate su problema de salud, de acuerdo a su mejor saber y entender y a los recursos y medios disponibles. Por otro lado, es necesario señalar que la medicina no es una ciencia exacta, toda vez que cada paciente enfermo es un caso en sí mismo y la evolución de su condición de salud no depende necesariamente de lo que hizo o no un profesional en particular. Si no que radica en ella -también- la condición de riesgo del paciente, lo que hace que frente a un mismo problema de salud y a igual tratamiento podamos tener una diferente evolución de los pacientes.

El enfoque de mejoramiento continuo de la calidad busca que los servicios de salud gerencien los procesos de atención hacia la calidad, orientada hacia la satisfacción del/a usuario/a.

Este enfoque tiene tres momentos metodológicos:

- La *DEFINICIÓN OPERATIVA* de la calidad a través de estándares e indicadores. Un estándar de calidad es una declaración explícita de la calidad esperada en un proceso de atención.
- La *MEDICIÓN O MONITOREO* de la calidad, es el proceso de recolección y análisis de datos para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares, a través de indicadores medidos y comunicados periódicamente.
- La *EVALUACIÓN DE LA SATISFACCION* del cliente, como una medida de los resultados de la relación médico-paciente, depende siempre de la subjetividad de percepción, de los diferentes niveles educativos, sociales, económica o lingüística que separan al profesional y a los propios centros de salud de sus usuarios.

Evaluar la calidad de atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociadas en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficie a las organizaciones que otorgan los servicios de salud a los prestadores directos y a los usuarios en sus necesidades y expectativas.

La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes. Prevalece la impresión de un conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción.

En un servicio de salud, se consideran parámetros de calidad:

- Puntualidad
- Prontitud en la atención.
- Presentación del personal
- Cortesía, amabilidad, respeto.
- Trato humano.
- Diligencia para utilizar medios diagnósticos.
- Agilidad para identificar el problema
- Efectividad en los procedimientos
- Comunicación con el usuario y la familia

- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios
- Aceptación de sugerencias
- Capacidad profesional
- Ética
- Equidad
- Presentación física de las instalaciones
- Presentación adecuada de las instalaciones
- Presentación adecuada de los utensilios y elementos
- Educación continúa a personal del servicio y a usuarios

El aseguramiento de la calidad, es el aval fundamentado en la aplicación del manual de integración de todas las normas, el esfuerzo coordinado del personal, cumplimiento de las políticas, utilización adecuada de todos los recursos y estrategias. Este depende de la participación de la gente, la única meta a largo plazo de una empresa es sobrevivir y para lograrlo el mecanismo posible es el mejoramiento continuo de la calidad.

La evaluación de la calidad mide no sólo el impacto si no el desenvolvimiento general del programa que comienza en la planeación. Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él, es capacidad, es atender adecuadamente, es liderar el proceso, e interesarse por todo y por todos. Por lo tanto se hace necesario la aplicación de estándares establecidos por el MSP a fin de evaluar las prestaciones brindadas.

7.2.2. LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE.

Ley No. 77. RO/ Sup 626 de 3 de Febrero de 1995

7.2.2.1. CAPÍTULO I Definición

Art. 1.- **Definición de centro de salud.**- Centro de Salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las

personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento. Es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica.

Se consideran centros de salud a:

- a) Hospitales;
- b) Clínicas;
- c) Institutos Médicos;
- d) Centros Médicos;
- e) Policlínicos; y,
- f) Dispensarios Médicos.

7.2.2.2. CAPÍTULO II Derechos del paciente.

Art. 2.- **Derecho a una atención digna.**- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- **Derecho a no ser discriminado.**- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- **Derecho a la confidencialidad.**- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

“Art. 5.- **Derecho a la información.**- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- **Derecho a decidir.**- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.”⁸

7.2.2.3. CAPÍTULO III Amparo al paciente en situaciones de emergencia.

Art. 7.- Situación de emergencia.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 9.- Se prohíbe a los centros de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con el, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.

⁸ ((Ley de Derechos y Amparo al Paciente, Reg. Of. S., No. 626 de 3 de febrero de 1995).

Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con él, el pago de los servicios de salud que recibió.

Art. 10.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el centro de salud al momento de su arribo.

Art. 11.- Los valores no recuperados por el centro de salud por la atención a (sic) un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de(sic) conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

7.2.2.4. CAPÍTULO IV Sanciones por falta de atención en situaciones de emergencia

Art. 12.- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia.

El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.

Art. 13.- Los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido (sic), con prisión de 4 a 6 años.

7.2.2.5. CAPÍTULO V Aplicación de la ley.

Art. 14.- La presente Ley obliga a todos los centros de salud del país, sean éstos públicos, privados o a cargo de instituciones militares, policiales, religiosas o de beneficencia.

Art. 15.- Es obligación de todos los centros de salud mantener a disposición de los usuarios ejemplares de esta Ley y exhibir el texto de los derechos del paciente en lugares visibles para el público.

Art. 16.- Todos los centros de salud están obligados a mantener expuestas en lugares visibles para el público, las tarifas que se cobran por sus servicios.

7.2.3. ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADOLESCENTES EN SALUD.

La Constitución de la República del Ecuador establece que la salud es un derecho garantizado por el Estado. El Ministerio de Salud Pública, como ente rector y regulador del Sistema Nacional de Salud, tiene entre sus mandatos la normatización de bienes y servicios de salud y por tanto, de los contenidos de atención por ciclos de vida, considerando los determinantes de la salud como aspectos fundamentales del modelo de atención integral, familiar y comunitario y con enfoques inclusivo, de género, generacional e interculturalidad, que nos permitirán vivir en un Ecuador saludable y socialmente cohesionado.

El Programa Nacional de Adolescentes, desde su nacimiento en el año 1992, ha acumulado importantes experiencias en el trabajo integral e integrado de la red de servicios de salud del país y en las diversas formas de participación social y juvenil como parte fundamental del ejercicio del derecho a la salud.

Las lecciones aprendidas en estas dos décadas han permitido comprender que para trabajar con adolescentes se requiere, además de conocimientos, una fuerte sensibilidad y motivación del personal de salud, y una clara visión de derechos humanos que permita acercarse a los y las adolescentes como sujetos de derechos y no como beneficiarios de los servicios, promoviendo una atención equitativa para hombres y mujeres, respetuosa de sus culturas, y basada en una amplia participación social.

Otra de las lecciones aprendidas es la importancia del trabajo intersectorial e interinstitucional en el marco de la protección integral que garantiza el Estado y en una conjunción armónica con otros actores sociales e institucionales del país, así como los aprendizajes conjuntos que se han acumulado en la región con la implementación del Plan Andino y Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, iniciado en el año 2007.

La sociedad ecuatoriana se transforma y con ella la vida de los y las adolescentes. La modernización junto a la precariedad social, configuran un perfil de salud-enfermedad adolescente ligado a la violencia en todas sus formas, junto con enfermedades causadas por la pobreza, la falta de acceso a la educación y el bajo acceso a condiciones básicas de vida. A este mosaico se suma el embarazo que muchas veces pone en riesgo el proyecto de vida y la vida misma.

El enfoque de atención de la salud de adolescentes y jóvenes también va cambiando, desde una visión y práctica de Estado benefactor, hacia una salud que sólo puede lograrse con la activa participación de ciudadanos/as adolescentes, de sus familias y comunidades, junto a otros esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales. En este contexto se vuelve imprescindible reconocer a las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho y actores protagónicos de su propio desarrollo.

7.2.3.1. DERECHO A LA SALUD

Se refiere al derecho que tienen todos los y las adolescentes a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, sicológica y sexual.⁹

7.2.3.1.1. Garante de Derechos

Según la Constitución y el Código de la Niñez y la Adolescencia, el Estado es el garante, a través de sus autoridades y funcionarios públicos, del cumplimiento de los

⁹ Art. 32 Constitución de la República del Ecuador y Art. 27 Código de la Niñez y Adolescencia.

derechos de los y las adolescentes. Toda persona que actúe por mandato, con conocimiento o aquiescencia del Estado es considerado garante de los derechos de las poblaciones. La garantía del Estado se expresa a través del cumplimiento de sus obligaciones:

- Respetar: abstenerse de violar los derechos
- Promover su conocimiento y ejercicio
- Proteger: legislar, sancionar y reparar
- Proveer y desarrollar políticas públicas
- Vigilar la implementación y cumplimiento de políticas, normas y procedimientos.

7.2.3.1.2. Corresponsabilidad

Es el principio que establece que el Estado, conjuntamente con la comunidad, las familias en su diversidad, y la misma persona, comparten la responsabilidad de respetar, proteger, cuidar, promover la salud y crear mecanismos de exigibilidad de derechos.

7.2.3.1.3. Sujeto de Derechos

Los y las adolescentes son sujetos sociales, actores de su destino⁹, porque tienen derechos inherentes a su condición humana.

7.2.3.2. EL MODELO INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL, MAIS-FCI, ADECUADO PARA ADOLESCENTES.

Se entiende por atención integral: “La provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de

personal de salud competente, a partir de un enfoque biosicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad”.¹⁰

7.2.3.2.1. Enfoque de Atención Primaria de Salud, Familiar y Comunitario

Este enfoque se orienta a la promoción, la prevención y a solucionar los problemas de salud de la comunidad, fomentando el grado máximo de corresponsabilidad y participación de la ciudadanía, el trabajo en equipo del personal de salud, la articulación intersectorial y el funcionamiento de la red de referencia y contrareferencia.

El modelo de atención familiar y comunitario exige una visión más amplia del proceso salud-enfermedad, que desarrolle la protección y recuperación de las capacidades, remanencias y potencialidades individuales y colectivas para una vida saludable e integral. Implica mirar a la persona y sus demandas específicas como parte de una familia, barrio, comunidad o vecindad inmersa en un contexto social, cultural, histórico y político. La familia, en sus diversidades, se entiende como el núcleo social básico que acoge a la persona y permite el desarrollo de sus capacidades o la rehabilitación de sus discapacidades, y se define a la comunidad como el colectivo de personas, familias o redes sociales que conviven en un espacio territorial determinado y que deben potencializar el desarrollo incluyente de sus miembros.

La continuidad y complementariedad de la atención exigen la construcción y funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en la red de servicios del Sistema Nacional de Salud, según niveles de resolución.

El Modelo de Atención Integral, integrado y continuo (durante todo el ciclo vital), con enfoque comunitario, familiar e intercultural, incorpora las prácticas de las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias, el fortalecimiento de la atención primaria, la participación ciudadana en la gestión y el control social en salud.

¹⁰ MSP: Modelo integral de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, MAIS-FCI, versión preliminar 2009.

7.2.3.2.2. El Enfoque de Derechos como parte del Modelo de Atención.

Los y las adolescentes son titulares de los derechos estipulados en la Constitución y en los instrumentos internacionales vinculantes. En el caso de atención en salud estos derechos están referidos a garantizar privacidad, gratuidad, acceso permanente e ininterrumpido, confidencialidad, a decidir, a ser atendidos sin discriminación alguna, a recibir información clara, veraz y oportuna y a ejercer todos los derechos sexuales y derechos reproductivos.

El modelo de atención estará regido por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, calidez, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

7.2.3.2.3. Enfoque de Género

El género es una categoría de análisis que permite comprender las construcciones sociales y culturales que marcan la identidad como hombres o mujeres y sus formas de relación, e identificar las relaciones de poder que se establecen a partir de estas construcciones, que determinan condiciones de discriminación, subordinación y exclusión, especialmente para las mujeres y los grupos históricamente discriminados: adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad y personas diversas sexualmente.

7.2.3.2.4. Enfoque Intercultural

La Constitución de la República reconoce como elementos constitutivos y principios fundamentales la interculturalidad y la plurinacionalidad del Estado ecuatoriano, y establece que el castellano, el kichwa y el shuar son idiomas oficiales de relación intercultural.

La interculturalidad se entiende como un proceso social -y un proyecto político- en construcción, que persigue la superación del problema de las relaciones y condiciones históricas de dominación, desigualdad, exclusión e inequidad, fundadas en nociones

que clasifican y segregan socialmente a la población. Más que un enfoque, la interculturalidad es un principio que propone establecer, desarrollar y fortalecer relaciones sustentadas en el reconocimiento y respeto de la diversidad, pero sobre todo es un proceso que permite entender que, a lo largo del devenir humano hasta hoy, han coexistido nacionalidades, pueblos, colectivos y comunidades con diferentes concepciones de la realidad, lenguas, cosmovisiones y racionalidades lógicas. Se plantea la necesidad ineludible de construir sociedades y relaciones con un amplio sentido de comprensión y apertura al diálogo hacia los otros para crear condiciones de vida nuevas, mejores y distintas para todos y todas.

El Estado está obligado a garantizar a toda la población el derecho a la salud, considerando los elementos mencionados para adecuarse a los contextos y demandas locales y asumiendo el proceso de la interculturalidad, que empieza por reconocer que existen usuarios y usuarias que requieren una atención diferenciada por sus características culturales diversas, entre otras: idioma, prácticas cotidianas, expresiones culturales juveniles urbanas y rurales, distintas concepciones de salud-enfermedad, métodos y medios de atención integral, revaloración de la medicina ancestral, alternativa y complementaria, espacio físico, concepción del ciclo de vida, y roles asignados dentro del núcleo familiar .

7.2.3.2.5. Enfoque Intergeneracional.

Este enfoque plantea un diálogo horizontal entre niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos para reducir las barreras etarias y jerárquicas, en un proceso de enriquecimiento mutuo; considera que durante el ciclo de vida cada etapa tiene condiciones biosociales diferentes, a las que debe responder el sistema de salud. Para generar espacios equitativos de diálogo intergeneracional se necesita el empoderamiento individual de adolescentes y jóvenes, que fortalezca sus características identitarias, autoestima y autonomía, al mismo tiempo que una actitud abierta y respetuosa de los adultos. Este proceso implica el desarrollo de competencias y habilidades para negociar, manejar conflictos y construir consensos y habilidades.

7.2.3.3. SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Servicios de atención integral son aquellos que incorporan promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación, respaldan a las personas desde una perspectiva física, psicológica y social. También actúan integrados y en coordinación con otros niveles de atención y consideran a las personas en su ciclo de vida, no limitando la atención de la salud, ni a un determinado episodio de enfermedad. Estos servicios deben asegurar la continuidad de la atención en todas las etapas de la vida, articulada a una red de servicios e instituciones de la comunidad.

7.2.3.3.1. Servicio Diferenciado para Atención de Adolescentes

Cuenta con personal comprometido y capacitado para la atención de adolescentes, con un enfoque de derechos, integral, intercultural, participativa y de género, en un espacio exclusivo y adaptado según las demandas y expectativas de los y las adolescentes.

7.2.3.3.2. Atención Amigable.

Se refiere al trato que se da a los y las adolescentes en un marco de respeto y confidencialidad. Ellos y ellas necesitan que se les oriente en diversos temas y se les ofrezca la posibilidad, si lo requieren, de incorporar en la atención a personas significativas de su entorno, como padres, pareja o pares.

La atención amigable implica un cambio en el personal de salud involucrado, empezando por una actitud adecuada y la capacitación que le facilite identificar y responder a las necesidades y demandas diferenciadas de los y las adolescentes, de acuerdo a su edad, cultura y género.

7.2.3.3.3. Grupo Programático.

El MSP, fundamentado en los cambios físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia, considerando las diversidades por territorio, género y cultura, y en línea

con las recomendaciones de la OPS/OMS, define como adolescente a la población comprendida entre 10 y 19 años de edad, y reconoce dos etapas: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años).

En el caso de los y las adolescentes escolarizados y con fines operativos debe realizar, por lo menos una vez al año, un examen obligatorio anual al 100% de matriculados en el período, de 6to. Hasta 10mo. Año de educación básica (población de 10 a 14 años) y al menos una consulta al 100% de matriculados en 1ero. De bachillerato (población de 15 a 19 años), con la entrega del correspondiente certificado de salud como requisito para la matriculación en todas las escuelas y colegios del país. En ambos casos se deberá coordinar con los Departamentos de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE) o su equivalente en las unidades educativas. Las/los adolescentes con morbilidad o sin ella se atenderán a libre demanda asegurando el seguimiento respectivo.

En adolescentes con riesgo biosicosocial detectado mediante los criterios establecidos en los formularios SNS-MSP/HUC-056/2009 se harán intervenciones inmediatas según sus necesidades, con un seguimiento de al menos tres veces en el año.

El 20,8% de la población total, distribuidos 1'423.941 (51.2%) en adolescentes tempranos (10-14 años) y 1'359.167 (48.8%) en el grupo de adolescentes tardíos (15-19 años).

7.2.3.3.4. ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PARA ADOLESCENTES

La atención integral para adolescente debe ser realizada idealmente por equipos multi e interdisciplinarios capacitados, integrados por médicos/as, enfermeros/ as, obstétrices, odontólogos/ as, nutricionistas, educadores y/o psicólogos. En las unidades donde no exista equipo completo, el personal de salud sensibilizado y capacitado debe ofertar atención de salud con calidad y calidez y en caso necesario referir para garantizar la continuidad y complementariedad de la atención.

Acorde al modelo de salud la atención a adolescentes será integral, biosicosocial y familiar, con énfasis en la promoción de salud y prevención de la enfermedad, utilizando espacios (instituciones educativas, centros deportivos o parroquiales, organizaciones juveniles, además de los centros de salud) y lenguajes acordes a sus intereses y necesidades socioculturales.

Los servicios de salud que atienden adolescentes deben integrarse a programas interinstitucionales más amplios, incorporando la participación adolescente y juvenil organizada formal e informalmente, con amplia coordinación intersectorial (salud, educación, deporte, recreación, cultura, justicia, trabajo, entre otros).

La atención integral busca:

1. Potenciar el proceso de crecimiento y desarrollo integral de adolescentes, reconociéndoles como sujetos de derecho y prestando atención oportuna de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con calidad.
2. Fomentar el auto cuidado a través de la orientación, consejería y guía preventiva.
3. Identificar a los y las adolescentes como población prioritaria de atención integral de salud, considerando varios aspectos: autonomía, contexto social, cultural y legal, salud mental, salud sexual y reproductiva, inclusión social, prevención de violencia en todas sus formas.
4. Identificar y referir los casos de especialidad a instancias de atención especializada.
5. Concretar la coordinación intersectorial y el trabajo con las familias, los jóvenes y las organizaciones de la comunidad, en especial las educativas, laborales y de recreación (acciones de promoción, información y asesoramiento).
6. Organizar los procesos de atención considerando los derechos, demandas y expectativas de los y las adolescentes.
7. Promover y fortalecer la participación activa de los y las adolescentes en el ejercicio de sus derechos.

7.2.4. LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, aprobada por el H. Congreso Nacional y publicada en el Registro Oficial No. 523 del 9 de septiembre de 1994, cuyas reformas han sido publicadas en los Registros Oficiales: 667 del 3 de abril de 1995, 98 del 30 de diciembre de 1996, 120 del 31 de julio de 1997, 381 del 10 de agosto de 1998 y en la denominada Ley Trole II del 18 de agosto del 2000, está orientada a fortalecer e integrar las acciones de salud a favor de los grupos más vulnerables de la población: madres, niñas y niños menores de 5 años.

Durante dos años y medio de ejecución de la Ley, se han beneficiado alrededor de 4'500.000 de personas de escasos recursos en las prestaciones de control prenatal, parto, cesárea, emergencias obstétricas, detección oportuna del cáncer, planificación familiar, atención a los recién nacidos y nacidas normales y con patología, control de crecimiento y desarrollo y las enfermedades más frecuentes de la infancia. Adicionalmente se cubrieron desde el presupuesto del año 2000, los gastos por transfusiones sanguíneas y paquetes globulares equivalente a un monto de 350.000 USD anuales.

Con la aplicación de la Ley Reformativa, se han aumentado las coberturas en todas las prestaciones, así en el año 2.001 se beneficiaron 1'973.000 personas con 19 prestaciones y en el 2.002 se incrementarán 500.000 más con 31 prestaciones.

De una manera resumida se podría señalar que durante este período han existido tres fases en la aplicación de la Ley: una primera en que se cuestionó la aplicación de la misma en los años 1.999 y parte del 2.000, una segunda fase en que se cuestionó el financiamiento anual del Fondo de Solidaridad y se asignaron escasos recursos para su cumplimiento y una tercera etapa de consolidación de los mecanismos administrativos, técnicos y financieros, así como el apoyo político de autoridades y sectores sociales.

La crisis de inestabilidad política que ha producido cambios de Gobierno y de conducción en esta Cartera de Estado ha provocado una gran discontinuidad y variación en la aplicación de la Ley.

La Ley Reformativa, fue concebida también como un instrumento de la Reforma de Salud que plantea un **nuevo modelo de atención** que básicamente tiene las siguientes características:

1. Es un instrumento legal convertido en una política de Estado, para la reducción de la muerte femenina e infantil, que posibilita el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva y los derechos del niño, consagrados en la Nueva Constitución y en los acuerdos internacionales que ha suscrito el país.
2. Provee un financiamiento que permite brindar atenciones básicas de salud sin costo a las mujeres, niñas y niños del Ecuador, como parte de un sistema social de protección básica y de redistribución de la riqueza.
3. Inicia el proceso de separación de funciones recomendada por los organismos internacionales como la OPS/OMS, Banco Mundial, etc. respecto a la necesaria división de funciones entre rectoría, financiamiento y provisión de servicios del sector salud.
4. Ofrece un mecanismo de participación regulada de otros proveedores de servicios de salud para la atención de las mujeres, niñas y niños, para aumentar el acceso y la cobertura.
5. Obliga a una interacción con los gobiernos locales para un manejo integral de la salud entre servicios de atención médica, complementados con actividades de promoción, prevención y traslado de emergencias obstétricas y pediátricas facilitados por los municipios.

6. Contribuye para que se desarrolle el proceso de descentralización en el país.
7. Promueve la participación ciudadana desde una perspectiva de control social pero también aumentando la corresponsabilidad ciudadana en el cuidado de la salud.
8. Se enfoca hacia la satisfacción de usuarias y usuarios con el mejoramiento de la calidad, pago por producción de servicios y estímulos.
9. Trabajo interinstitucional de apoyo, retroalimentación y control cruzado de información a través de la formación del Comité de Apoyo y Seguimiento a la aplicación de la Ley, con la participación del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de las Mujeres, el Consejo Nacional de Salud, Instituto Nacional del Niño y la Familia.

Debido a estas razones, la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita con la participación de las diferentes instituciones del Comité de Apoyo y Seguimiento, con el apoyo de la cooperación internacional del sistema de Naciones Unidas y otros, se va cumpliendo en todo el país con las dimensiones que fue creada, es decir como un instrumento que contribuye a superar problemas del sistema y que brinda una protección a la población más vulnerable.

Ley sin número Registro Oficial Suplemento Nº 523 de 9 de septiembre de 1994.

Art. 1.- Toda mujer ecuatoriana tiene derecho 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. De igual manera se otorgará sin costo la atención de

salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado. ¹¹.

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas recién nacidos o nacidas y niños - niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragia y sepsis del embarazo, parto y post parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.

Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública; y,

b) Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros -prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de cinco años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones, todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública. ¹²

¹¹ Artículo sustituido por Ley N° 84, publicado en Registro Oficial N° 667 de 3 de abril de 1995. Artículo sustituido por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998.

¹² Artículo reformado por Ley N° 84, publicado en el Registro Oficial N° 667 de 3 de abril de 1995. Artículo sustitutivo por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998.

Art. 2-A.- Las disposiciones de esta Ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública.

Las otras entidades del sector público de salud aplicarán la presente Ley, según sus regímenes internos y utilizando sus propios recursos.

Podrán participar, además, previa acreditación por el Ministerio de Salud Pública y suscripción de convenios de gestión, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, incluyendo las de la medicina tradicional.¹³.

Art. 3.- Incrementase en el tres por ciento (3%), las tarifas del impuesto a los consumos especiales señaladas en el artículo 78 de la Ley de Régimen Tributario Interno, publicada en el Registro Oficial N° 341 del 22 de diciembre de 1989.

De los rendimientos del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la Población Ecuatoriana creado mediante ley, publicada en el Registro Oficial N° 661, de marzo de 1995, asignase anualmente el valor correspondiente a 15.100.000 dólares estadounidenses.

Los recursos asignados al Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo Nacional para la Nutrición y Protección a la población infantil ecuatoriana, publicada en el Registro Oficial N° 132 del 20 de febrero de 1989 y, los recursos que el INNFA destine a programas de reducción de mortalidad materna e infantil y/o salud reproductiva, se utilizarán preferentemente para el financiamiento de lo previsto en la presente Ley.

Los recursos financieros de la cooperación internacional y, los contratados a través de créditos externos para el sector salud, priorizarán la inversión en áreas relacionadas directa o indirectamente a la aplicación de esta Ley.

Los valores producto de la aplicación de lo dispuesto en los incisos anteriores serán transferidos mensualmente por el Ministerio de Finanzas a una cuenta especial del

¹³ Artículo agregado por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998

Ministerio de Salud Pública, denominada Fondo Solidario de Salud, el que los destinará en su totalidad para financiar única y exclusivamente lo establecido en la presente Ley.

Corresponde al comité de apoyo y seguimiento aprobar el presupuesto del fondo solidario de salud y adoptar las decisiones sobre su inversión. Tanto el presupuesto aprobado como las resoluciones de inversión, serán ejecutados por el Ministerio de Salud Pública.¹⁴.

Art.- En coordinación con el Ministerio de Salud Pública, los municipios podrán desarrollar programas de educación, promoción, información y comunicación que favorezca la aplicación de esta Ley y generar e implementar en zonas rurales dispersas, mecanismos que garanticen el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, todo ello según normas establecidas por el Ministerio de Salud.¹⁵

Art.....- Para el cumplimiento y aplicación de lo estipulado en la presente Ley se establece:

a) El Ministerio de Salud Pública en sus diferentes niveles de gestión, es el responsable de la ejecución de la presente Ley, en el marco de lo establecido en el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y otros planes y programas relacionados con el objeto de la misma.

El Ministerio de Salud Pública, definirá las normas nacionales que garanticen la aplicación de esta Ley y, los criterios para la acreditación de los servicios de salud de conformidad con lo establecido en la Ley de Descentralización del Estado y de Participación Social y con la creación del Sistema Nacional de Salud.

¹⁴ Artículo sustituido por Artículo 11 de Ley N° 6, publicada en Registro Oficial Suplemento N° 98 de 30 de diciembre de 1996. Artículo 11 de Ley N° 6, reformado por Artículo 4 de Ley s/n, publicada en Registro Oficial Suplemento N° 120 de 31 de julio de 1997. Artículo sustituido por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998. Artículo reformado por Arts. 161 y 162 de Ley N° 2000-1, publicada en Registro Oficial Suplemento N° 144 de 18 de agosto del 2000.

¹⁵ Artículo agregado por Ley N° 129, publicada en Registro N° Oficial 381 de 10 de agosto de 1998.

Créase el Comité de Apoyo y Seguimiento a la aplicación de la Ley constituido por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA).

El Consejo Nacional de las Mujeres participará como organismo encargado de garantizar la equidad y el enfoque de género y de promover la participación de las organizaciones de mujeres.

El Instituto Nacional del Niño y la Familia garantizarán la integralidad de las acciones orientadas a la mujer embarazada y a los niños o niñas.

El Consejo Nacional de Salud será el encargado de la coordinación interinstitucional en el Sector Salud para la adecuada aplicación de la presente Ley.

b) La Dirección Provincial de Salud es el organismo responsable de hacer cumplir en su jurisdicción, los instrumentos normativos diseñados por el Ministerio de Salud Pública; y,

c) Créanse en cada Municipio, los Fondos Solidarios Locales de Salud, que recibirán los recursos financieros del Fondo Solidario de Salud, para garantizar la aplicación de la Ley.

Conformase el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, que estará constituido por el Alcalde o su representante legal, el o los Jefes de Área de Salud correspondientes en representación del Director Provincial de Salud; un representante de la comunidad organizada, una representante de las organizaciones de mujeres y, en el área rural, un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas. Para la utilización de los recursos se requerirán dos firmas registradas, la del Alcalde y la del Jefe de Área de Salud.

Se conformarán Comités de Usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley.

7.2.5. REGLAMENTO A LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y DE ATENCIÓN A LA INFANCIA

Art. 1.- **Prestaciones y servicios.**- El Estado ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública y de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 2 de la Ley que se reglamenta, asume las siguientes prestaciones básicas:

a) Maternidad: La asistencia será brindada en las etapas: prenatal, parto y post parto.

La asistencia prenatal incluirá: el diagnóstico del embarazo y los controles que sean necesarios, mediante los siguientes exámenes: biometría hemática, VDRL, grupo sanguíneo y factor Rh, TP, TTP, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, elemental y microscópico de orina, incluido proteinuria, prueba de VIH para los casos de riesgo y la detección de anomalías congénitas en casos de riesgo; el tratamiento de las emergencias obstétricas más frecuentes como toxemia, hemorragias, sepsis; las producidas por violencia intrafamiliar, asistencia psicológica social: los esquemas básicos de tratamiento en infecciones de transmisión sexual (excepto del SIDA); recibirán micronutrientes de acuerdo a sus necesidades especialmente hierro, vitamina A, complejo B y calcio.

La asistencia del parto implica: atención al parto normal, complicado, cesáreas, incluyendo la atención médica y de enfermería, el uso de medicamentos y exámenes, establecidos por las normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública.

La asistencia en el post parto comprenderá: el control médico necesario para la atención en el post parto inmediato, mediano y tardío, capacitación para la lactancia materna y cuidado del recién nacido.

La asistencia de las emergencias obstétricas incluye: toxemia, hemorragias, sepsis del embarazo, parto y postparto, a nivel ambulatorio y hospitalario, incluyendo los exámenes de laboratorio y medicamentos sugeridos por las normas de salud reproductiva, y la dotación de sangre o hemoderivados, en todos los estados de los procesos reproductivos.

Programas de salud sexual y reproductiva: comprende la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, consejería y provisión de métodos de planificación familiar que serán ofrecidos a hombres y mujeres; anticonceptivos orales, métodos de barrera, métodos de esterilización definitiva, entre otros; conforme a la decisión informada de las mujeres o de las parejas y de acuerdo a las normas nacionales de salud reproductiva; y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (con excepción de SIDA)

b) Recién nacidos/as, y niños/as menores de cinco años de edad: Se asegura la oportuna asistencia en los diferentes niveles de atención a los niños/as nacidos vivos, sanos, prematuros, de bajo peso o con patologías, como: asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal, sepsis; los niños menores de cinco años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y sus complicaciones, según las normas del Ministerio de Salud Pública.

Las prestaciones mínimas a que tienen derecho, son las siguientes:

La atención al recién nacido sano, incluye: la ligadura del cordón umbilical, aspirado de secreciones, prevención de la enfermedad hemorrágica, prevención del enfriamiento, hipoglicemia, asfixia postnatal y de la conjuntivitis; exámenes clínicos básicos, apego inmediato e inicio precoz de la lactancia materna, y vacunas de acuerdo a normas del Ministerio de Salud Pública.

Para el recién nacido con patología, incluirá además: la atención de la asfixia perinatal, ictericia, enfermedad hemolítica, sufrimiento fetal, prematuros de bajo peso, sepsis y neumonía neonatal, tanto en cuidados intermedios como intensivos de las patologías más frecuentes.

La atención a los niños/as sanos menores de un año, que incluye los controles necesarios e integrales, priorizando el control de crecimiento y desarrollo, mediante las administraciones de micro nutrientes y vacunas de acuerdo a esquemas del Ministerio de Salud Pública.

La atención a los niños/as con patología, que incluye la asistencia, protección y tratamiento ambulatorio específicos de las patologías enunciadas en la norma del Ministerio de Salud Pública.

Los niños/as menores de cinco años tienen derecho al control de salud preventiva y la resolución de las enfermedades frecuentes de la infancia de acuerdo a la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), además de las vacunas para completar los esquemas.

7.2.6. ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI) AMBULATORIO.

La Atención Integral a las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI) es considerada en la actualidad la principal intervención disponible para mejorar las condiciones de Salud de los niños y niñas menores de 5 años en nuestro país.

Además de representar un instrumento útil para la detección precoz y tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan la salud de los menores de 5 años, contribuye a mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. De esta forma, su aplicación en los servicios de salud y en la comunidad puede producir un importante impacto en términos de la reducción del número de muertes, la disminución del número y

gravedad de enfermedades así como mejorar las condiciones nutricionales y de desarrollo en menores de 5 años.

En los países en los que persiste aún elevadas tasa de mortalidad infantil, e incluso en aquellos donde las tasas de mortalidad es menor, AIEPI también puede brindar una gran contribución. En Primer Lugar, garantiza una atención adecuada y eficiente a los grupos de población menor de 5 años. En segundo lugar, mejora la calidad de la atención, tanto en los servicios de salud como en el hogar, reduciendo el uso innecesario de tecnologías de diagnóstico y tratamiento, mejorando la cobertura de las medidas de prevención, y promoviendo mejores prácticas de cuidado y atención en el hogar.

Componentes del abordaje integrado.

La estrategia AIEPI incluye intervenciones tanto preventivas como curativas y de promoción de la salud, que llevan a mejorar las prácticas en las unidades operativas, en el sistema de salud y en los hogares. El eje de la estrategia es la atención integrada de los problemas más frecuentes en la infancia focalizando en las causas más comunes de mortalidad y de consulta en las unidades de salud.

La estrategia incluye tres componentes especiales.

- Mejoramiento de las habilidades del personal de salud para el manejo de casos, mediante la provisión de guías para la Atención Integral de las Enfermedades Infantiles adaptadas localmente y las actividades para promover su aplicación.
- Mejoramiento en la totalidad del sistema de salud necesario para un efectivo manejo de las patologías y salud de la niñez.
- Mejoramiento en las prácticas de cuidado de la salud entre las familias y comunidades.

7.2.6.1. EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA.

El proceso de atención del AIEPI describe como atender a un niño/niña que acude a un consultorio por una enfermedad, para una visita de seguimiento programada con el fin de verificar el progreso de un tratamiento prescrito, realizar evaluación del desarrollo, prevención del maltrato, cumplir el esquema de vacunación o por cualquier otro motivo. Las pautas ofrecen las instrucciones sobre la manera como evaluar sistemáticamente a un niño por signos generales de enfermedades comunes, desnutrición y anemia e identificar otros problemas. Además del tratamiento, el proceso incorpora actividades básicas para la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

La atención integrada depende de la detección de casos con el uso de signos clínicos simples, clasificación adecuada y tratamiento oportuno. Se utiliza el número más bajo posible de signos clínicos y que logran un equilibrio cuidadoso entre la sensibilidad y llevan a cabo según clasificaciones orientadas a acciones en lugar de diagnóstico exacto. Cubren las enfermedades más probables representadas por cada clasificación y proviene de medicina basada en evidencias.

La atención integrada de casos de AIEPI incluye los siguientes elementos.

- **Evaluar** a un niño/niña, que acude al servicio de salud, detectando en primer lugar signos de peligro en general o posible enfermedad grave. A continuación mediante la formulación de preguntas acerca de los síntomas principales y el examen del niño/niña se establece la presencia de enfermedades prevalentes. También se realiza la verificación del estado nutricional, identificación del maltrato, el estado del desarrollo y del esquema de vacunación. La evaluación incluye examinar al niño/niña para comprobar la existencia de otros problemas de salud.

- **Clasificar** los problemas que presente el niño/ niña por medio de un sistema codificado por colores. Dado que muchos niños/ niñas tienen más de una condición, cada enfermedad se clasifica dependiendo de si requiere:
 - Tratamiento urgente previo y durante la referencia a un hospital/ rosado) ó.
 - Tratamiento médico específico y consejería (amarillo) ó
 - Consejería simple sobre tratamiento, medidas preventivas y promoción de la salud, en la casa (verde).

- Después de clasificar todas las condiciones, **identificar** tratamientos específicos, si un niño/niña requiere referencia urgente, administrar el tratamiento esencial antes de referirlo. Si necesita tratamiento en la casa, elaborar un plan integrado de tratamiento y administrar la primera dosis de los medicamentos en la unidad de salud. Si debe vacunarse, administrar las vacunas.

- Proporcionar instrucciones practicas para el **tratamiento**, tales como enseñar a los padres o cuidadores a cargo del niño/ niña como administrar la medicamentos orales, alimentar y administra líquidos durante la enfermedad y tratar infecciones locales en la casa. Solicitar a la persona a cargo que regrese para el seguimiento en una fecha específica y enseñarle como reconocer signos que indican que el niño/niña debe regresar urgentemente a la unidad de Salud.

- Evaluar la **alimentación**, incluida la evaluación de prácticas de la lactancia materna, la evaluación **del crecimiento y del desarrollo**, la **detección del maltrato** y ofrecer **consejería** para resolver todo problema de alimentación, retraso de crecimiento y promoción del buen trato. Luego aconsejar a la madre sobre su propia salud.

- Cuando se lleva nuevamente a un niño/niña a la unidad de salud según se solicitó, **proporcionar atención de seguimiento** y, si fuera necesario, para determinar si existen problemas nuevos.

El proceso de manejo de casos se presenta en dos series diferentes de **Cuadros de Procedimientos**: una para neonatos y menores de dos meses de edad y otra para niños de dos meses a cuatro años de edad.

Neonatos y menores de dos meses de edad.- es el niño/niña que no tiene todavía dos meses de edad y se le considera un lactante menor

El manejo del o la lactante menor de dos meses de edad es diferente al manejo de los niños/niñas mayores y se describe en sus propios cuadros de procedimientos titulados:

- Evaluación de la madre durante el embarazo hasta el parto.
- Procedimientos de atención inmediata del recién nacido y de reanimación neonatal.
- Evaluar y clasificar al neonato y menor de dos meses de edad.
- Identificar el tratamiento y tratar.
- Aconsejar a los padres o cuidadores.
- Visita o atención de seguimiento.

De dos meses a cuatro años de edad.- Es el niño que no ha cumplido cinco años. Este grupo de edad incluye hasta un niño/niña que tiene cuatro años 11 meses, 29 días de edad.

En el proceso de manejo de estos casos para los niños/niñas enfermos de dos meses a cuatro años de edad se presenta en los cuadros de procedimientos titulados:

- Evaluación y clasificación al niño/niña.
- Clasificar la enfermedad.
- Identificar el tratamiento y tratar al niño/niña.
- Aconsejar a los padres o cuidadores.

El manejo de estos casos solo es eficaz en la medida en que las familias lleven a sus hijos/ hijas a un servicio de salud con personal capacitado para ofrecer atención de

manera oportuna e integral. Si una familia espera para llevar a su niño o niña a una unidad de salud hasta que esté sumamente enfermo, o acuden a un personal de salud no capacitado, el niño/ niña tiene más probabilidades de morir por la enfermedad. Por consiguiente, enseñar a las familias cuándo buscar atención para un niño / niña enfermo es parte importante del proceso de manejo integral de casos.

7.2.7. ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

El envejecimiento del ser humano, es un proceso natural que se produce a través de todo el ciclo de vida. No todas las personas envejecen de la misma forma.

La evidencia científica, indica que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, dependen de las oportunidades y privaciones, que han tenido las personas durante las etapas de su vida (Estilos de vida, geografía en la que se ha vivido, exposición a factores de riesgo, acceso a la educación, a la promoción de la salud) constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del Adulto Mayor.

El objetivo principal del Continuo de la asistencia sanitaria, social e integral, no es solo aumentar la expectativa de vida, sino las condiciones en cómo se vive una vida más larga (libre de discapacidad y con independencia en la funcionalidad)

Las acciones de salud, orientadas al Adulto Mayor, deben encaminarse a mantener la independencia, prevenir y rehabilitar la pérdida de la misma y su autonomía, sin descuidar la atención en eventos agudos y cuidados continuos en la recuperación y rehabilitación.

7.2.7.1. MARCO JURIDICO.

- La constitución del Ecuador (2008) Expresa:
- Art. 36: Las personas Adultas Mayores, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privados, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia.

- Art. 37: El estado garantizará a las personas Adultas Mayores, los siguientes derechos: Atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
- ART. 38: El estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas Adultas Mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, así mismo fomentara el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

EL ESTADO TOMARA MEDIDAS EN:

- Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos.
- Se crearan centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
- Desarrollo de políticas y programas, destinados a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social
- Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole o negligencia que provoque tales situaciones
- Atención preferente en todo tipo de emergencias y desastres
- Protección, cuidado y asistencia especial, cuando sufren enfermedades crónicas y degenerativas
- Adecuada asistencia económica y psicológica, que garanticen su estabilidad física y mental.
- La ley sancionara el abandono de las personas Adulto Mayor, por parte de los familiares o las instituciones establecidas para su protección.

- LEY DEL ANCIANO: Norma de carácter obligatorio y permanente, que versa sobre materia de interés particular y precautela los derechos económicos, sociales, legales y de prestación integral de servicios médicos asistenciales, a favor de todas las personas Adultos Mayores de 65 años en adelante.

7.2.7.2. PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

- Mayor incidencia de enfermedad (con comorbilidad).
- Mayor tendencia a la cronicidad de las enfermedades
- Mayor utilización de la atención primaria de salud
- Mayor prevalencia de situaciones de incapacidad
- Mayor utilización de la atención primaria de salud
- Mayor consumo de fármacos
- Mayor ocupación de camas hospitalarias
- Mayor necesidad de cuidados continuos
- Mayor utilización de recursos sociales
- Se estima que al menos un 1% de la población > de 65 años está totalmente inmovilizada, un 6% padece de severas limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y hasta un 10% más presenta incapacidad moderada; dichos porcentajes se incrementan considerablemente al analizar la población por encima de los 80 años.
- Con frecuencia la discapacidad provocada por las enfermedades crónicas en personas de edad avanzada, conlleva una repercusión social y familiar
- Por lo que evaluar al AM dispone de una propia tecnología que la diferencia de otros grupos poblacionales. Está tiene tres ejes principales de fundamentación:

la valoración geriátrica integral, la interdisciplinaridad del equipo y los niveles asistenciales

- Otra consideración muy propia del Adulto Mayor es la atención a los llamados Síndromes Geriátricos , que son un conjunto de signos y síntomas que tienen como características en común, que son altamente prevalentes en edades avanzadas, que pueden tener múltiples etiologías y que todos ellos tienden a la discapacidad. Cada uno de estos síndromes constituye por sí mismo un apartado importante en estas norma
- Así en un síndrome geriátrico dado, hay numerosos factores de riesgo y están comprometidos múltiples órganos y sistemas

7.2.7.3. GRANDES SINDROMES GERIATRICOS.

- Caídas
- Delirio
- Demencias
- Depresión
- Dismovilidad
- Fragilidad
- Iatrogenia
- Incontinencia urinaria
- Problemas de los pies
- Úlceras de los pies

7.2.7.4. VALORACION PRECOZ Y DIAGNOSTICO DE LA FRAGILIDAD.

DIAGNOSTICO POR PROBLEMAS.

- Astenia.
- Disfunción sexual.
- Disminución de la agudeza auditiva.
- Dolor Abdominal.
- Dolor Articular.
- Hipotermia.
- Insomnio.
- Pérdida de peso.
- Retención Urinaria.
- Temblor.

PATOLOGIA Y PREVALENTE.

- Hipertensión Arterial.
- Diabetes Mellitus tipo 2.
- Neumonía.
- Osteoporosis.
- Hipertrofia Prostática benigna.

7.2.8. SISTEMA INTEGRADO DE VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICION (SIVAN).

La constitución Política de la República manda en el artículo 43 que: ...el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la Educación Alimentaria y Nutricional de Madres y Niños.

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Nutrición desde el año de 1974 ha venido desarrollando políticas y lineamientos que propenden a mejorar

las condiciones de salud alimentaria y nutrición de la población más vulnerable como son los menores de 5 años, las mujeres embarazadas y las Mujeres en periodo de Lactancia.

Para cumplir con esta Política la Dirección Nacional de Nutrición mantiene los siguiente programas en las Unidades Operativas del Ministerio: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN), Programa Integrado de Micronutrientes (PIM), Programa de Educación Alimentaria Nutricional (PEAN) y Programa de Alimentación y Nutrición (PANN 2000), que integran el Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SIVAN).

7.2.8.1. SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA NUTRICIONAL (SISVAN).

El SISVAN tiene como objetivo prioritario la vigilancia del estado nutricional de las embarazadas, mujeres en periodo de lactancia y los menores de 59 meses que acuden a las Unidades Operativas del MSP, a través de indicadores antropométricos (peso, talla, edad).

Esta valoración se la realiza una vez por mes, sin tomar en cuenta que el usuario/a acuda a la unidad operativa 2 o más veces en el mismo mes por control o morbilidad.

7.2.8.2. PROGRAMA INTEGRADO DE MICRONUTRIENTES (PIM).

Fue creado con el objetivo de contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales causados por deficiencias de micronutrientes (Fe, ZN, vitamina A, ácido fólico) en la población ecuatoriana de mayor riesgo social y biológico.

Para el cumplimiento de sus objetivos el PIM tiene los siguientes componentes:
Suplementación a través de:

Tabletas con hierro y ácido fólico para embarazadas; hierro en jarabe para menores de un año, y capsulas de vitamina A para niños de 6 a 36 meses.

7.2.8.3. PROGRAMA DE EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL (PEAN).

Cuyo objetivo general es orientar a la población a la adopción de hábitos alimentarios saludables.

Sus objetivos específicos son: Desarrollar un material consensuado con mensajes claros y sencillos que permitan a la comunidad adoptar hábitos alimentarios saludables; capacitar al personal de salud sobre alimentación y nutrición; definir estrategias de información, educación y comunicación sobre alimentación y nutrición, aplicables para todos los sectores.

7.2.8.4. PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICION (PANN 2000)

Su objetivo general es mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas, madres en periodo de lactancia y de las niñas y niños menores de 3 años de edad del país, priorizando las áreas de pobreza crítica.

Sus Objetivos son de contribuir a lograr los cambios de actitud y practicas durante el embarazo, el periodo de lactancia y de la alimentación en las niñas y niñas; Mejorar la calidad de los servicios de salud con énfasis en la prevención y promoción de la salud; promover una elevada participación local en el programa y dentro del tema de salud, orientada hacia la autogestión y sostenibilidad.

Para el cumplimiento de sus objetivos el PANN 2000 tiene los siguientes componentes:

Suplementación a través de:

MI PAPILLA a niñas/os de 6 -36 meses.

MI BEBIDA a mujeres embarazadas y Madres en periodo de lactancia.

7.2.8.5. ESTRATEGIAS PARA FORTALECER ESTOS PROGRAMAS.

- a) Comunicación, Información y Educación.
- b) Capacitación, Educación Continua y Participación Comunitaria.
- c) Elaboración y Distribución de Complementos Alimentarios Fortificados.
- d) Seguimiento y evaluación.

8. DISEÑO METODOLÓGICO.

DISEÑO METODOLOGICO.

MARCO LOGICO.- Es un método para organizar gráficamente un proyecto, describe detalladamente lo que se realizara en el proyecto, como lo hará y como sabrá si lo a realizado, además de ayudar la propuesta, proporciona un resumen detallado del proyecto y como era evaluado. Se usa para incrementar la precisión en la planeación de los proyectos, relacionar los múltiples objetivos con las actividades, clasificar funciones y responsabilidades y evaluar los resultados esperados, favorece un proceso de análisis.

MATRIZ DE INVOLUCRADOS.- Permite analizar los diferentes grupos, instituciones que se relacionan con el proyecto, apoyando, oponiéndose a su ejecución o siendo indiferentes al problema planteado. Esta nos permite analizar sus problemas, necesidades, intereses y expectativas, tratando de determinar lo mejor posible que posición asumirán frente al proyecto y con qué fuerza lo harán.

ARBOL DE PROBLEMAS.- Representa un modelo de análisis con el cual interpretamos y nos explicamos la realidad, para poder modificarla. Es la primera tarea necesaria para preparar un proyecto donde se debe identificar correctamente el problema que se va a abordar, sus causas y sus efectos. Es una ayuda importante para entender la problemática a resolver. En el expresan, en encadenamiento tipo causa/efecto, las condiciones negativas percibidas por los involucrados en relación con el problema en cuestión.

ARBOL DE OBJETIVOS.- Es la representación de la situación esperada al resolver el problema, para construirlo se parte del árbol de problemas buscando para cada uno de los cuadros de dicho árbol la manifestación contraria a las indicadas. Si algo faltaba ahora existirá, si un bien estaba deteriorado, ahora está en buenas condiciones, todo lo negativo se volverá positivo.

QUE ES UN RESULTADO ESPERADO.- Son los productos o servicios que debe producir el proyecto, puede tratarse de infraestructura, bienes o servicios.

QUE ES UN INDICADOR.- Definen metas específicas que posibilitan estimar en qué medida se cumplen los objetivos en cuatro dimensiones: calidad, cantidad, tiempo y costos.

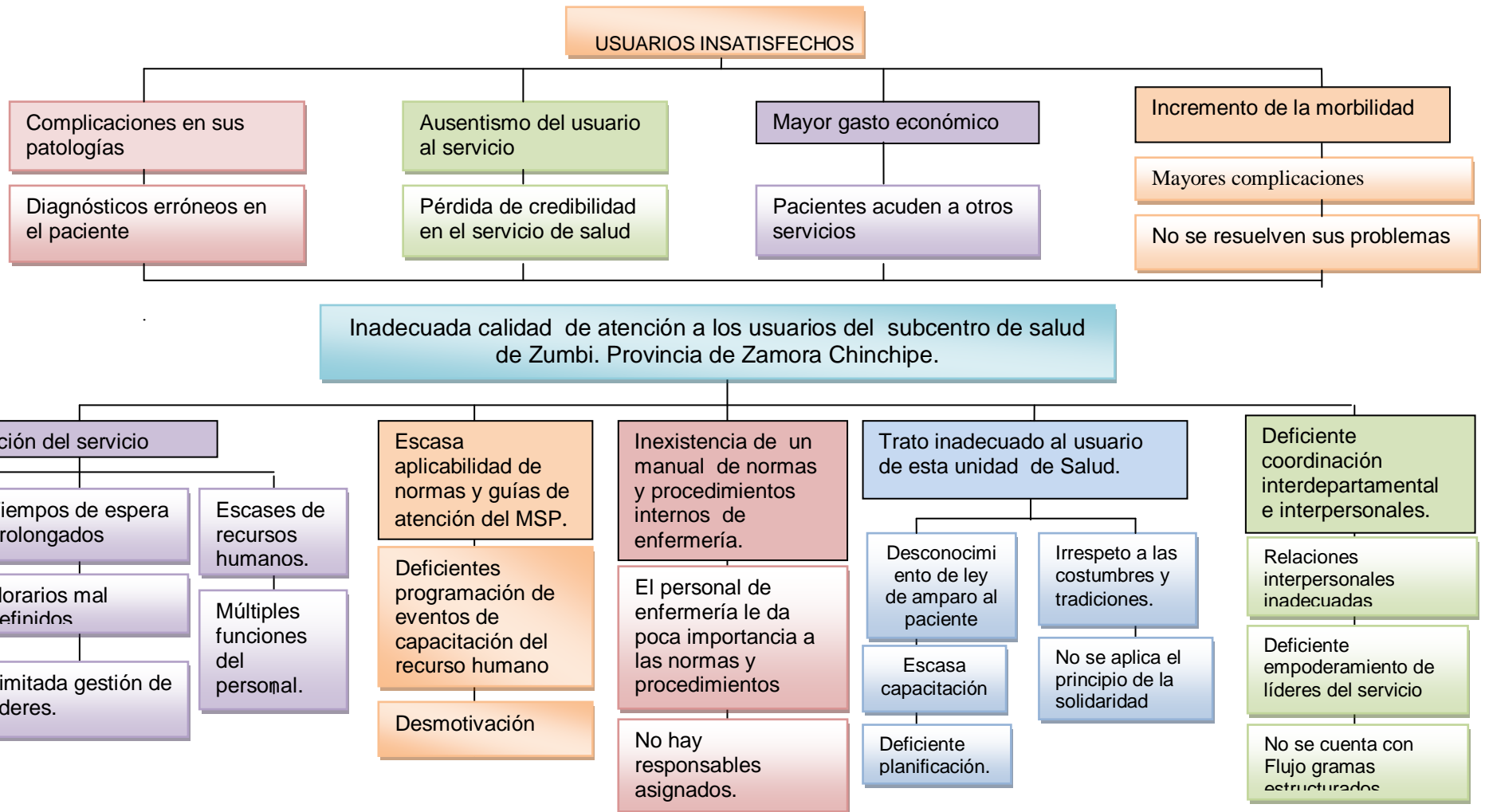
DISEÑO MÉTODOLÓGICO

8.1. MATRIZ DE INVOLUCRADOS.

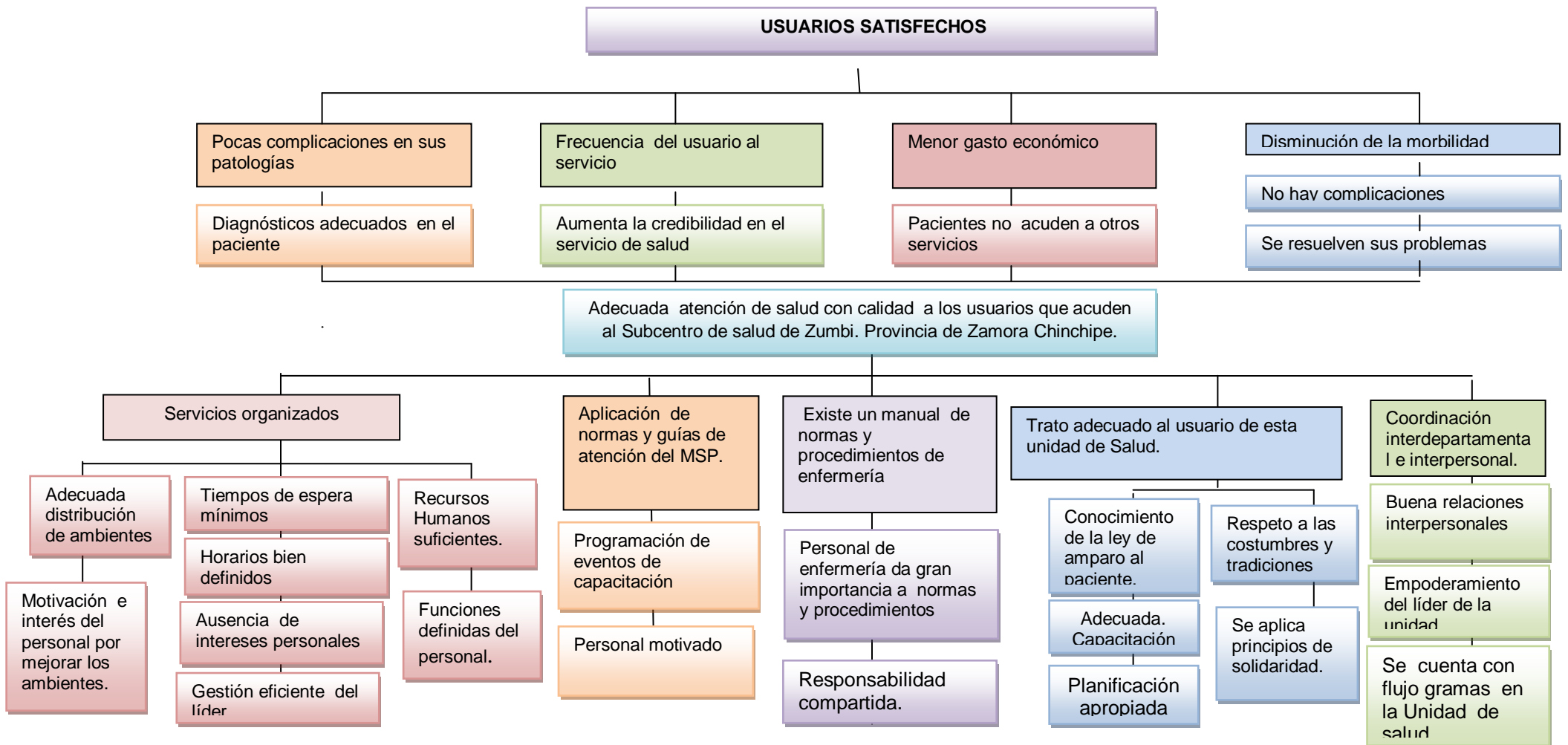
GRUPO	INTERES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Gerencia Institucional	Credibilidad institucional Beneficiar a usuarios internos y externos	Recursos Humanos Financieros y económicos. Ley de servicio civil y carrera administrativa Código de Trabajo Leyes Financieras y administrativas	Poco conocimiento administrativo
Usuario Interno	Contar con un manual de normas y procedimientos de atención de enfermería Mantener un sistema de capacitación y motivación del personal Mantener una comunicación bidireccional	Talentos humanos comprometidos Mandatos basados en normas, reglamentos y leyes del MSP.	Ausencia del Manual de Normas y Procedimientos del personal de enfermería Falta de educación continúa. Desmotivación del personal.

Usuario Externo	Recibir una atención oportuna con calidad y calidez por parte del usuario interno que labora en el servicio de Consulta externa	Demanda de buena atención.	Insatisfacción del usuario.
Maestrante	Apoyar al mejoramiento de atención al cliente del servicio de Consulta externa y a incrementar su desarrollo.	Recursos humanos Recursos Materiales, Recursos Financieros. Velar porque se cumplan todos los objetivos propuestos.	Poco apoyo de directivos y personal de la institución

8.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4. MATRIZ DE MARCO LOGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS.
FIN: Contribuir a mejorar la satisfacción del usuario que acude al Subcentro de Salud de Zumbi.	Del 37% de satisfacción de los usuarios incrementar 80 % de satisfacción de usuarios que acuden al Subcentro de Salud de Zumbi, al finalizar el proyecto.	Encuesta a usuarios del servicio pre y post proyecto	Directivos apoyan en actividades Personal participa y cumple con funciones asignadas
PROPÓSITO: Mejorar la calidad de atención a los usuarios que acuden al Subcentro de Salud de Zumbi. Septiembre 2009 a Septiembre 2010.	El 80% del personal de salud del Subcentro de Zumbi brinda atención de calidad y calidez a los usuarios hasta Agosto del 2010	Observación directa e indirecta Fotos Datos estadísticos. Entrevistas, encuestas.	Compromiso del personal de salud del servicio
RESULTADOS ESPERADOS: R1.- El Subcentro de Salud de Zumbi cuenta con un servicio organizado	El 60% de los servicios organizados y funcionales del Subcentro de Salud de Zumbi hasta Agosto del 2010.	Observación directa. Fotos, entrevistas Rótulos elaborados	Personal colabora en la organización del servicio.

R2. -El personal de salud del Subcentro de Zumbi capacitado implementa normas y guías del MSP establecidas.	El 100% del personal capacitado en las normas y guías establecidas por el M.S.P. hasta Agosto del 2010	Listas de personas capacitadas Memorias de Talleres. Evaluación al personal	Personal motivado a participar Asistencia masiva del personal
R3. -Se cuenta con un manual de normas y procedimientos internos de enfermería en el Subcentro de salud de Zumbi.	Manual de normas y procedimientos internos de enfermería del Subcentro de salud de Zumbi elaborados e implementados en un 100% al finalizar el proyecto.	Manual interno de normas y procedimientos de enfermería elaborado	Personal de enfermería participa en el diseño del manual de normas y las aplica.
R4. - Se brinda un trato humanizado respetando la identidad cultural de los usuarios.	El 80% del personal de salud del Subcentro de Salud de Zumbi brinda un trato humanizado al usuario hasta Agosto del 2010.	Encuestas a usuarios del servicio Entrevista a usuarios.	Personal respetuoso y solidario con el usuario; colabora con el proyecto.
R5. -Existe buenas relaciones interdepartamentales e interpersonales.	El 80% del personal de salud mantiene buenas relaciones interdepartamentales e interpersonales y coordina adecuadamente las actividades hasta Agosto del 2010.	Observación directa	Personal trabajando en coordinación

ACTIVIDADES	COSTOS	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS.
<p>R1.</p> <p>OBJETIVO.1. Organizar el servicio de Subcentro de Salud de Zumbi adecuando ambientes, optimizando recursos para brindar una atención eficiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del Proyecto • Aplicación de encuesta para diagnostico situacional. • Presentación del proyecto • Reunión con directivos del Área y del Subcentro de Salud para socializar proyecto y pedir apoyo • Socializar el proyecto a miembros del servicio <p>A1.-Identificación y rotulación de áreas específicas</p>	<p style="text-align: right;">\$ 80.00</p> <p style="text-align: right;">\$ 50.00</p> <p style="text-align: right;">\$ 20.00</p> <p style="text-align: right;">\$ 20.00</p> <p style="text-align: right;">\$20.00</p> <p style="text-align: right;">\$ 500.00</p>	<p>Proyecto realizado.</p> <p>Encuestas.</p> <p>Guías de Observación.</p> <p>Comunicaciones.</p> <p>Actas.</p> <p>Fotos.</p> <p>Observación directa</p>	<p>Directivos del Área y personal del equipo de Salud del subcentro apoyan al proyecto.</p>

A2.-Elaboracion de flujo gramas para el Subcentro de Salud de Zumbi	\$ 300.00		
A3.-Mejorar el ambiente de la sala de espera	\$ 700.00		
<p>R2. OBJETIVO.2. Capacitar al personal del Subcentro de Salud en normas y guías del MSP, mediante talleres de capacitación para actualización de conocimientos del personal.</p> <p>A.1. Capacitar en normas del AIEPI al personal de salud.</p> <p>A2.-Capacitar en Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia</p>	<p>\$ 500.00</p> <p>\$ 400.00</p>	<p>Comunicaciones. Registro de asistencia. Fotos.</p>	<p>Personal asiste a la capacitación.</p>

A.3. Actualizar en normas Materno Infantil al personal de Salud	\$ 500.00		
A.4. Adulto mayor, y atención integral del adolescente, Capacitar en ley de amparo al paciente	\$ 300.00		
<p>R3.- OBJETIVO.3.-Elaborar un manual de normas y procedimientos de enfermería, a través de reuniones de trabajo con el personal del Subcentro, para estandarizar procedimientos.</p> <p>A.1. Elaboración y estructuración del manual de normas y procedimientos de enfermería.</p> <p>A.2. Reunión con el personal de enfermería de la unidad de Salud para revisión del manual.</p>	<p>\$ 40.00</p> <p>\$ 200.00</p>	Comunicaciones Manual de Normas y procedimientos internos de enfermería elaborados	Personal de enfermería participa en la elaboración de manuales.

<p>A.3. Revisión y aprobación del manual por la Líder del Proceso de Gestión de Enfermería del Área II.</p> <p>A.4. Impresión de los manuales.</p> <p>A.5. Entrega de manuales al personal de Enfermería de la Unidad de Salud.</p>			
<p>R4.-</p> <p>OBJETIVO.4. Concienciar al personal del Subcentro de salud sobre humanización y buen trato, mediante talleres de capacitación y sensibilización, para elevar la autoestima y mejorar la calidad de atención.</p> <p>A.1. Charla sobre sensibilización y buen trato</p> <p>A.2. Charla de motivación : Trabajo en equipo y liderazgo.</p>	<p>\$ 500.00</p> <p>\$ 400.00</p>	<p>Comunicaciones.</p> <p>Registro de asistencia.</p> <p>Fotos.</p>	<p>Personal asiste a la capacitación.</p>

A.3. Taller de Interculturalidad.	\$ 400.00		
R5.- OBJETIVO.5.-Mejorar las relaciones interdepartamentales e interpersonales del equipo de salud de la unidad mediante reuniones periódicas con el personal y la asignación de funciones, para fomentar el trabajo en equipo.		Comunicaciones. Actas Fotos. POA Elaborado.	Personal se organiza en una directiva y se reúne periódicamente.
A.1. Estructurar reuniones periódicas para análisis de producción del servicio y plantear alternativas de solución: Elaboración del POA del Servicio.	\$ 20.00		
A.2. Organización al personal de la unidad de Salud mediante la asignación de funciones.	\$ 20.00		
A.3. Reuniones de integración del equipo de salud.			
TOTAL	4.970,00		

8.6. PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

ACTIVIDADES	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	PRESUPUESTO
Elaboración y Presentación del Proyecto	Maestrante	80,00
Diagnóstico situacional.	Maestrante	50,00
Insumos y materiales para ejecución de capacitaciones	Jefatura de Área Maestrante	1000,00
Elaboración de flujogramas, identificación y adecuación de ambientes.	Jefatura de Área Maestranes ONGS	1200,00
Capacitación personal de salud sobre normas y guías del MSP y ley de amparo al paciente	Jefatura de Área Maestrante	1200,0
Diseño y Elaboración de un manual de normas y procedimientos de enfermería	Maestranes	200,0
Taller de sensibilización, motivación e Interculturalidad.	Jefatura de Área Maestrante	1000,0
Monitoreo y Evaluación	Maestrante	100,00
Imprevistos		300,00
TOTAL		4970,00

8.7. SOSTENIBILIDAD.

Las actividades del proyecto serán financiadas por la autora del mismo y apoyaran: La Institución en la cual se va a ejecutar el proyecto, el Gobierno Local del Cantón Centinela del Cóndor y personal del Subcentro de Salud de Zumbi, quienes se empoderaron de las acciones que se ejecutaran para mejorar la problemática de esta unidad de salud, lo que permitirá brindar una atención de calidad a los usuarios que demandan el servicio. Posteriormente la institución garantizara la sostenibilidad e institucionalización en el tiempo las acciones ya iniciadas en beneficio de los usuarios externos.

8.8. MONITOREO Y EVALUACIÓN.

Se lo realizara cada 4 meses para hacer reprogramaciones respectivas.

ORDEN	RESULTADOS	INDICADOR
1	R1.- Subcentro de Salud de Zumbi cuenta con un servicio organizado.	Observación directa. Fotos. Rótulos elaborados Flujogramas elaborados y aplicándose. Sistema de turnos funcionando Ambientes de espera adecuados y funcionando
2	R2.-El personal del Subcentro de Salud capacitado en normas y guías del MSP	Nº..de personal capacitado <hr/> Total de involucrados
3	R3.-Se cuenta un manual de normas y procedimientos internos de enfermería en el Subcentro de Salud de Zumbi.	Nº.de manuales elaborados <hr/> Manuales Planificados
4	R4.- Se brinda un trato humanizado respetando la identidad cultural de los usuarios.	Nro. De encuestas aplicadas <hr/> Nro. de encuestas planificadas
5	R5.-Existe adecuada coordinación interpersonal y buenas relaciones interpersonales	Observación directa Nro. De encuestas aplicadas <hr/> Nro.de Encuestas planificadas

9. RESULTADOS.

RESULTADOS.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	MEDIOS DE VERIFICACION	FECHA DE REALIZACION	ANALISIS Y OBSERVACIONES O LIMITACIONES
<p>R1.-.-El Subcentro de Salud de Zumbi cuenta con un servicio organizado</p> <p><u>Indicador.</u> El 60% de los servicios organizados y funcionales del Subcentro de Salud de Zumbi hasta Agosto del 2010.</p> <p><u>Actividades.</u> Elaboración del Proyecto Aplicación de encuesta para diagnostico situacional. Presentación del proyecto Reunión con directivos del servicio para socializar proyecto y pedir apoyo</p>	<p>Maestrante Director del Hospital Director del Subcentro. Personal del Subcentro.</p>	<p>Proyecto realizado. Encuestas. Guías de Observación. Comunicaciones. Actas. Fotos.</p>	<p>08 Septiembre 2009 04 - 08 de Enero 2010. 27 de Septiembre 2009. 13 Octubre 2009.</p>	<p>Una estrategia importante en la atención al usuario es estar bien organizados tanto en la parte administrativa como técnica, lo que permite disminuir los tiempos de espera prolongados de los usuarios, una mejor orientación en el servicio. Por lo que el 80% de</p>

<p>Socializar el proyecto a miembros del servicio.</p> <p>A.1. Identificación y rotulación de áreas específicas</p> <p>A.2. Elaboración de flujo gramas para el área de consulta externa.</p> <p>A.3. Mejoramiento de la sala de espera.</p>		<p>Observación directa</p>	<p>19 Octubre 2009.</p> <p>14 Marzo 2010.</p> <p>1 de Abril del 2010.</p> <p>1 de Abril 2010.</p>	<p>los servicios están organizados, funcionales, señalizado, y con un flujograma de atención elaborado. Fortaleciendo la atención al usuario externo que acuden al Subcentro.</p> <p>Fuentes de verificación.</p> <p>R1. ANEXO 1 y 6</p>
<p>R2.- El personal de salud del Subcentro de Zumbi capacitado implementa normas y guías de atención del MSP establecidas.</p> <p><u>Indicador.</u></p> <p>El 100% del personal capacitado en las normas y guías establecidas por el M.S.P. hasta Agosto del 2010</p>	<p>Maestrante</p> <p>Director del Hospital</p> <p>Director del Subcentro.</p> <p>Personal del Subcentro.</p>	<p>Comunicaciones.</p> <p>Registro de asistencia.</p> <p>Fotos.</p>		<p>Considerando que uno de los mecanismos internos que nos permitirá mejorar la calidad de atención es la capacitación continua del personal de salud, se capacito al 100% del</p>

<p><u>Actividades</u></p> <p>A.1. Capacitar en normas del AIEPI al personal de salud</p> <p>A.3. Capacitar en Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia.</p> <p>A.2. Actualizar en normas Materno Infantil al personal de Salud.</p> <p>A.4. Adulto mayor</p> <p>Atención integral del adolescente</p> <p>Capacitar en Ley de Amparo al paciente</p>			<p>7/07/2010.</p> <p>14/07/2010</p> <p>21/07/2010</p> <p>16/06/2010.</p> <p>30/06/2010</p> <p>30/07/2010.</p>	<p>personal, sobre normas y guías establecidas por el M.S.P. permitiendo fortalecer la aplicación de las mismas en la atención a los usuarios, y el mejoramiento permanente de la calidad.</p> <p>R 2. ANEXO2.</p>
<p>R3.- Se cuenta con un manual de normas y procedimientos internos de enfermería en el Subcentro de salud de Zumbi.</p>	<p>Maestrante Director del</p>	<p>Comunicaciones Manual de Normas y</p>		<p>Un equipo de Enfermería de calidad debe contar</p>

<p><u>Indicador.</u> Manual de normas y procedimientos internos de enfermería del Subcentro de salud de Zumbi elaborados e implementados en un 100% al finalizar el proyecto.</p> <p><u>Actividades.</u> A.1. Elaboración y estructuración del manual de Normas y procedimientos de enfermería. A.2. Reunión con personal de enfermería del Subcentro para revisión del Manual. A.3. Revisión y aprobación del manual por la Líder del proceso de Gestión de Enfermería del Área II. A.4. Impresión de manuales.</p>	<p>Hospital Director del Subcentro. Personal del Subcentro.</p>	<p>procedimientos internos de enfermería elaborados</p>	<p>20/05/2010 11- 12 /08/2010 27/08/2010 30/08/2010. 31/08/2010.</p>	<p>con un Manual de Normas Y procedimientos que guie los cuidados de Enfermería a fin de organizar, planificar y ejecutar actividades inherentes a la prestación de servicios con calidad. Por lo que se elaboro este Manual y esta implementado en un 100% en esta unidad de salud. Elabora en consenso con el personal de Enfermería . Revisado y Aprobado por la Líder del Proceso de Gestión de</p>
---	---	---	--	---

A. 5. Entrega del manual al personal de Enfermería del subcentro.				Enfermería del Área II Yantzaza. R3. ANEXO 3 y 7
<p>R4.- Se brinda un trato humanizado respetando la identidad cultural de los usuarios</p> <p><u>Indicador.</u> El 80% del personal de salud del Subcentro de Salud de Zumbi brinda un trato humanizado al usuario hasta Agosto del 2010.</p> <p><u>Actividades.</u> A.1. Charla sobre sensibilización y buen trato. A.2. Charla de motivación: Liderazgo y trabajo en equipo.</p>	<p>Maestrante Director del Hospital Director del Subcentro. Personal del Subcentro.</p>	<p>Comunicaciones. Registro de asistencia. Fotos.</p>	<p>23/06/2010 23/06/2010 30/07/2010</p>	<p>Partiendo de la premisa de que el usuario externo es la razón de ser de la Institución, y por tanto debe recibir un trato preferencial y de calidad, se capacito al 100% del personal de salud en temas como liderazgo, trabajo en equipo, valores, interculturalidad, lo que permitió que el 80% del</p>

A.3. Taller de Interculturalidad.				<p>personal del Subcentro de salud este motivado, brindando un trato humanizado y respetando la identidad cultural de los usuarios.</p> <p>R4. ANEXO 4.</p>
<p>R5.-Existe adecuada coordinación interdepartamental y buenas relaciones interpersonales</p> <p><u>Indicador.</u> El 80% del personal de salud mantiene buenas relaciones interdepartamentales e interpersonales y coordina adecuadamente las actividades hasta Agosto del 2010</p> <p><u>Actividades.</u></p>	<p>Maestrante Director del Hospital Director del Subcentro. Personal del Subcentro.</p>	<p>Comunicaciones. Actas Fotos.</p>		<p>El mantener una comunicación permanente entre el personal de salud, llegar a consensos, y trabajar en equipo se refleja en la calidad de atención que ofrecemos a los usuarios, por lo que se ha mantenido reuniones de trabajo para analizar</p>

<p>A.1. Estructurar reuniones periódicas para análisis de producción y plantear alternativas de solución .Elaboración del POA de la Unidad.</p> <p>A.2. Organización al personal de la unidad de Salud mediante la asignación de funciones.</p> <p>A.3. reuniones de integración del equipo de salud.</p>			<p>4/02/2010</p> <p>5/04/2020</p> <p>7/07/2010.</p> <p>5/08/2010.</p> <p>30/04/2010.</p> <p>29062010.</p> <p>6/08/2010</p> <p>31/08/2010.</p>	<p>la producción del unidad de salud, planificación de actividades e integración en forma periódica, lo que nos ha permitido que el 80% del personal de salud mantenga buenas relaciones interpersonales e interdepartamentales, mejorando la calidad de atención de los usuarios externos.</p> <p>R5. ANEXO 5.</p>
---	--	--	---	---

EL presente Proyecto se ejecuto con la perspectiva de Disminuir la insatisfacción de los usuarios externos que acuden a esta casa de salud. Para lo cual se estableció el siguiente propósito:

PROPÓSITO: Mejorar la calidad de atención de los usuarios que acuden al Subcentro de Salud de Zumbi. Septiembre 2009 a Septiembre 2010.

INDICADOR.

El 80% del personal de salud del Subcentro de Zumbi brinda atención de calidad y calidez a los usuarios hasta Agosto del 2010.

Luego se definió algunos **RESULTADOS(R)**, cada uno con sus respectivos **INDICADORES** y para lograr estos resultados se estableció una serie de actividades que nos condujeron a la consecución de los resultados señalados anteriormente, las mismas que se cumplieron en su totalidad gracias al apoyo del equipo de salud que está constituido por personas motivadas, capacitadas, que mantienen buenas relaciones interpersonales. Todo esto nos permitió llegar a la consecución del:

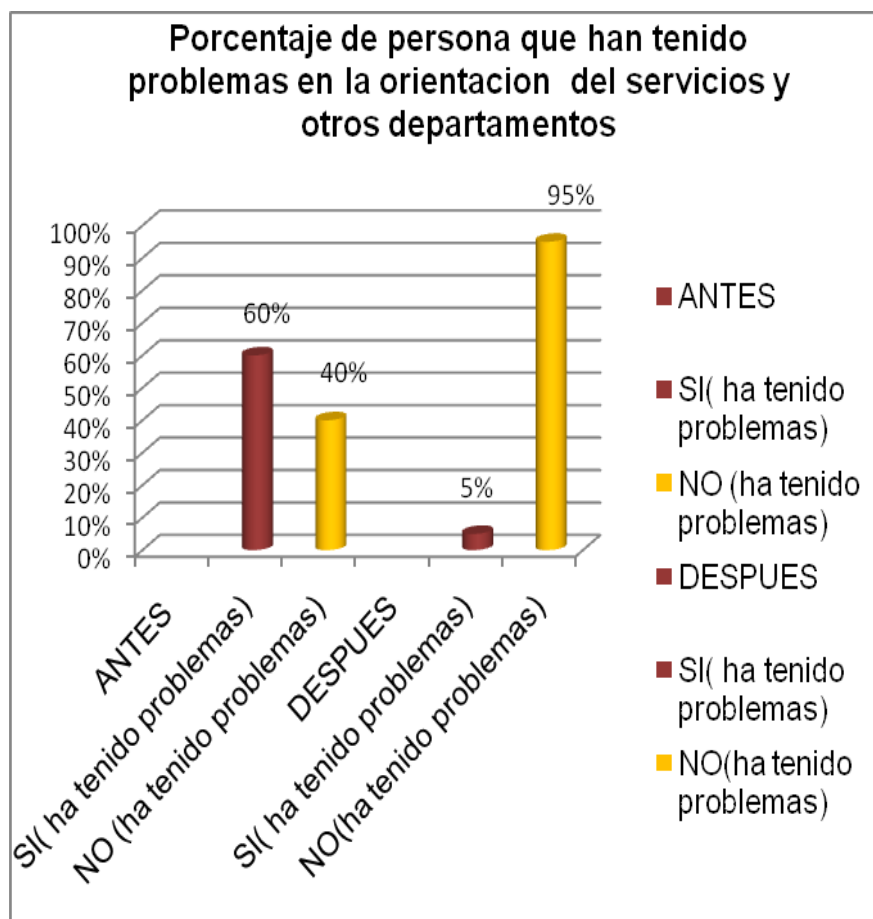
FIN: Contribuir a mejorar la satisfacción del usuario externo que acude al Subcentro de Salud de Zumbi.

INDICADOR: Del 37% de satisfacción de los usuarios incrementar al 80 % de satisfacción de usuarios que acuden al Subcentro de Salud de Zumbi, al finalizar el proyecto.

Una vez finalizado el presente proyecto puedo concluir diciendo que solo con la unidad y el trabajo conjunto se consiguen grandes logros en beneficio de quienes más lo necesitan, por lo tanto en el presente proyecto se cumplió con el propósito y el fin planteado consiguiéndose: Incrementar la satisfacción del usuario externo del 37% al 80%, generando un impacto positivo.

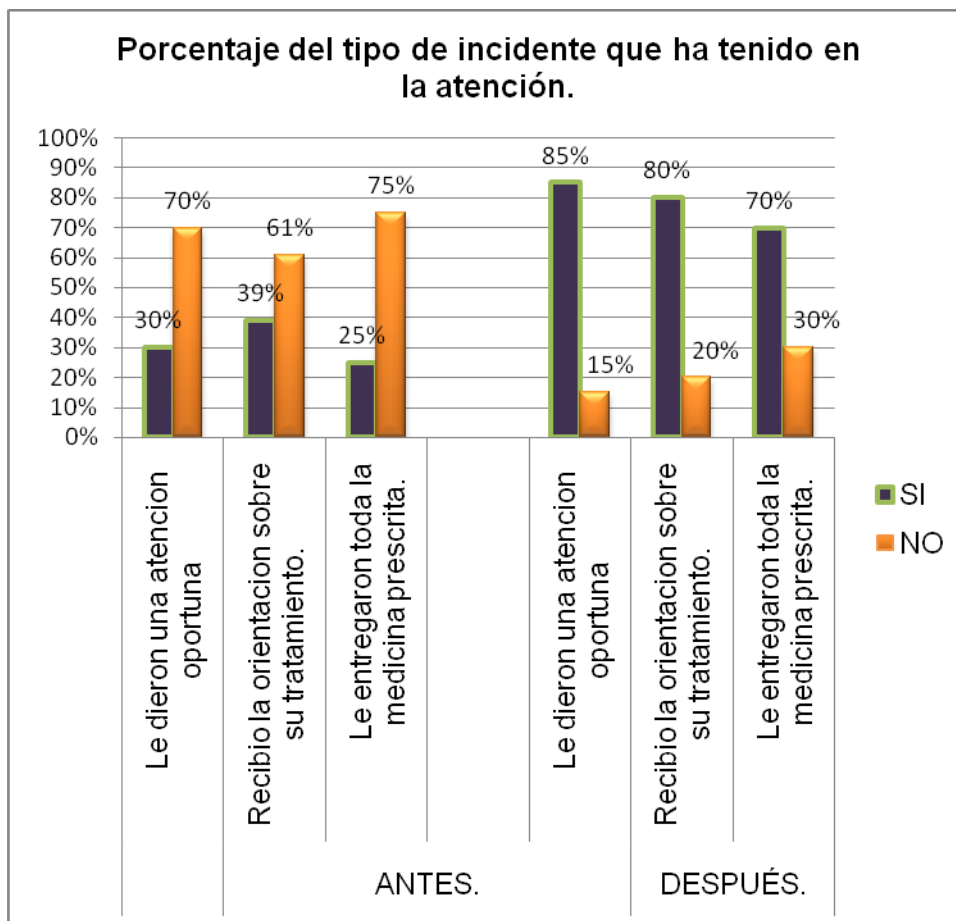
**CUADRO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS ANTES Y
DESPUÉS DEL PROYECTO.**

	Antes del proyecto	Después del Proyecto.
PROBLEMAS	%	%
Han tenido problemas en la orientación del servicio y otros departamentos.	60%	5%
No le dieron una atención oportuna.	70%	30%
No recibió la Orientación sobre su tratamiento.	61%.	39%
No le entregaron toda la medicina prescrita.	75%	25%
No recibió una atención adecuada por parte del personal de la unidad de salud, siendo más marcado en el profesional médico.	59%	6%
Recibió un trato descortés durante la atención	55%	13%
No le solucionaron su problema de salud.	60%	20%
Espero tres y más horas.	65%	25%

GRAFICO Nro. 1

FUENTE: Encuestas.

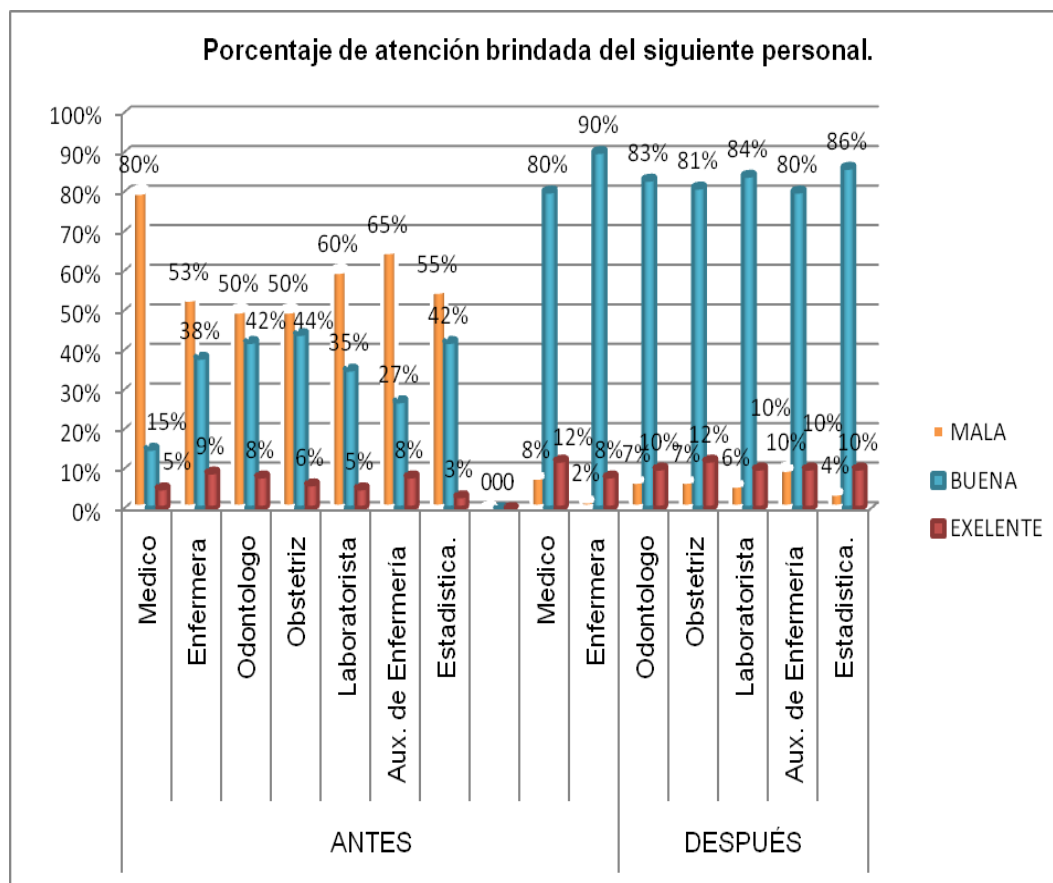
ELABORADO: Autora del Proyecto

GRAFICO Nro. 2.

FUENTE: Encuestas.

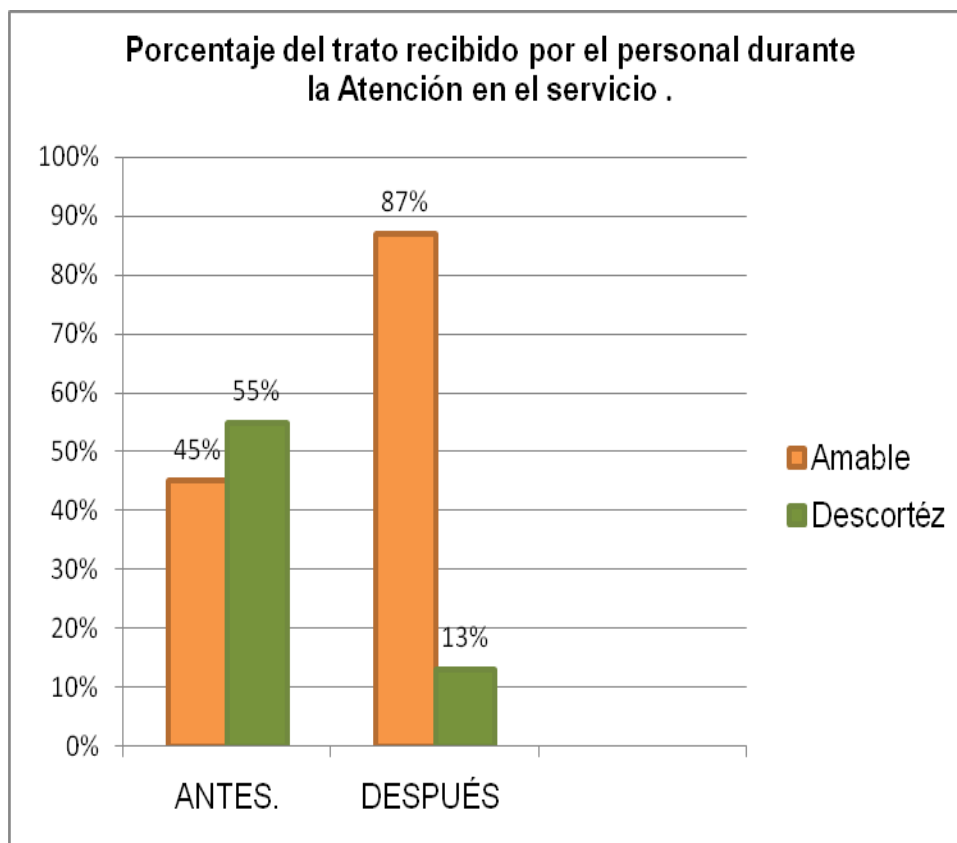
ELABORADO: Autora del Proyecto.

GRAFICO Nro.3.



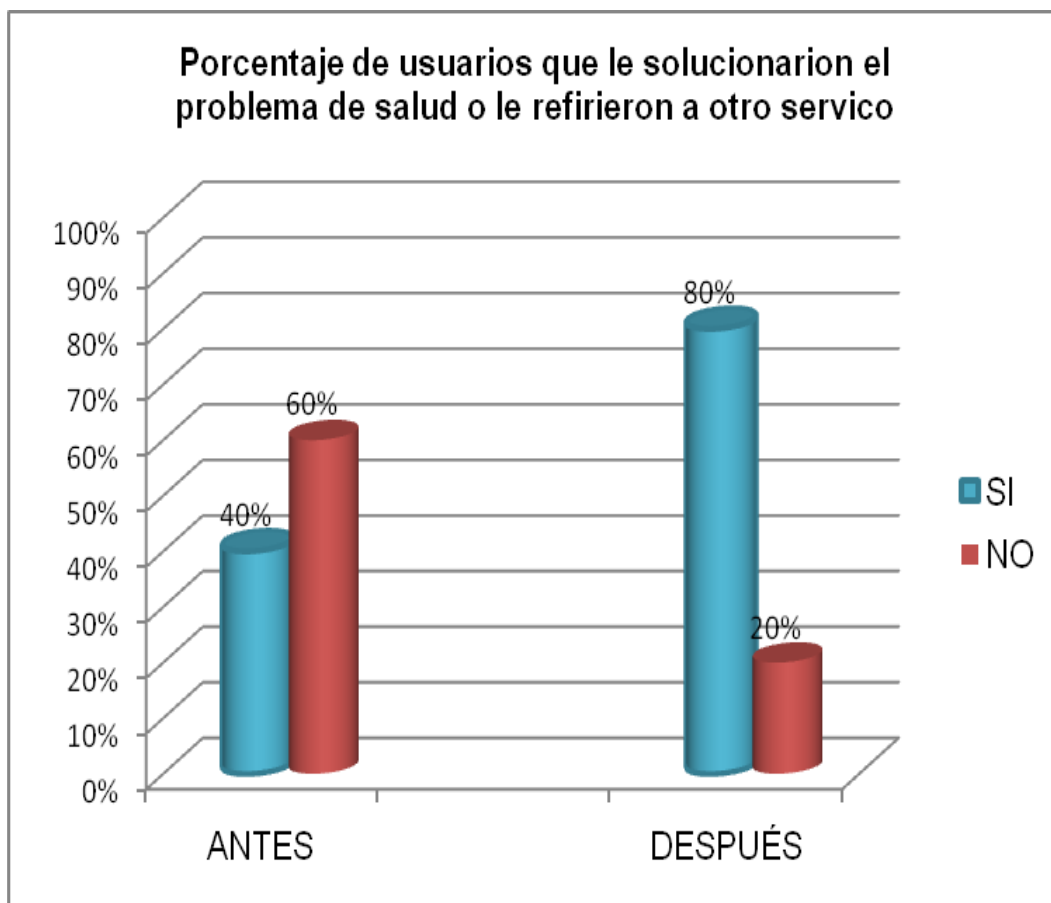
FUENTE: Encuestas.

ELABORADO: Autora del Proyecto.

GRAFICO Nro.4.

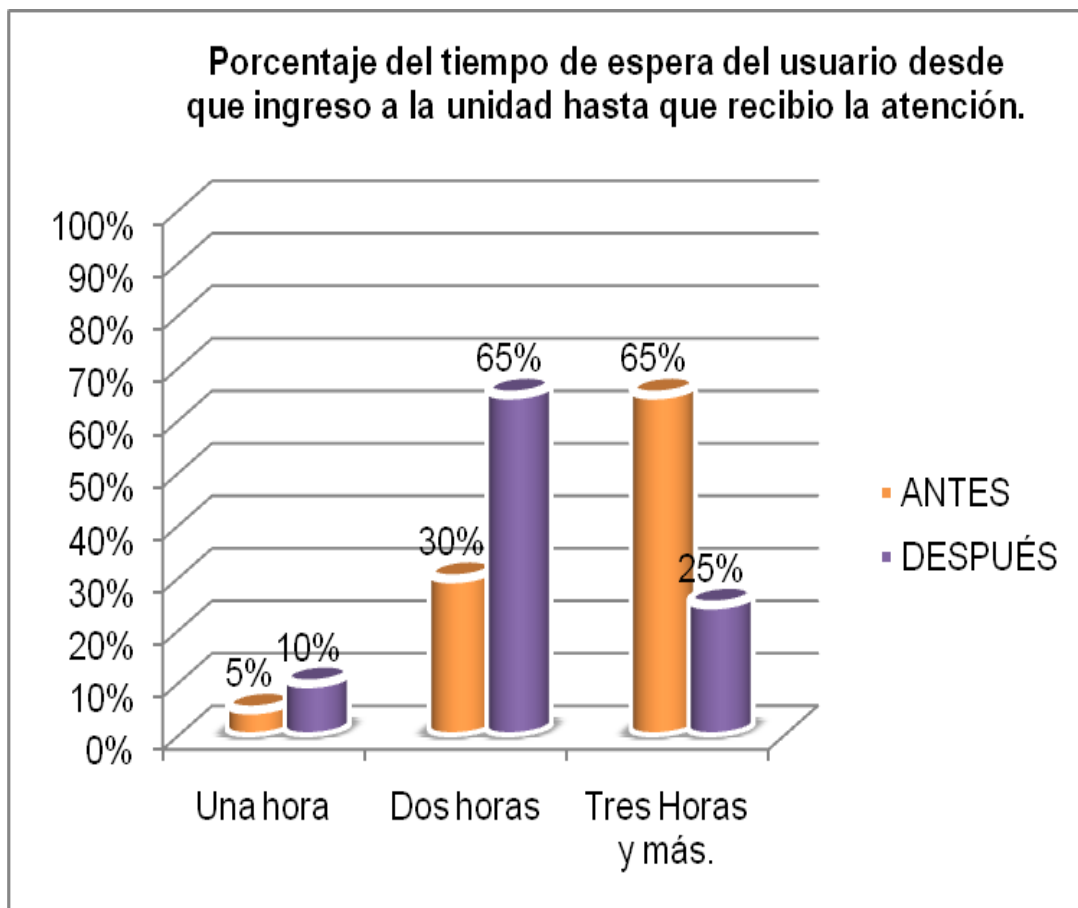
FUENTE: Encuestas.

ELABORADO: Autora del Proyecto.

GRAFICO Nro.5.

FUENTE: Encuestas.

ELABORADO: Autora del Proyecto.

GRAFICO Nro.6.

FUENTE: Encuestas.

ELABORADO: Autora del Proyecto.

10. CONCLUSIONES.

- Una estrategia importante en la atención al usuario es estar bien organizados tanto en la parte administrativa como técnica, lo que permite disminuir los tiempos de espera prolongados de los usuarios, una mejor orientación en el servicio. Por lo que el 80% de los servicios están organizados, funcionales, señalizado, y con un flujograma de atención elaborado. Fortaleciendo la atención al usuario externo que acuden al Subcentro. Este indicador supero la expectativa que estaba planteada en un inicio gracias a la colaboración del equipo de salud, gobierno local del Cantón que nos doto de mobiliario permitiéndonos mejorar los ambientes, así como a la coordinación interinstitucional actualmente se está construyendo un vacunatorio con todas las especificaciones técnicas para su funcionamiento, lo que nos permitirá fortalecer el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Considerando que uno de los mecanismos internos que nos permitirá mejorar la calidad de atención es la capacitación continua del personal de salud, se capacito al 100% del personal, sobre normas y guías establecidas por el M.S.P. permitiendo fortalecer la aplicación de las mismas en la atención a los usuarios, se han implementado los programas de atención integral al Adulto Mayor, Atención Integral a los adolescentes, y se han fortalecido los programas de Atención integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Ley de Maternidad Gratuita permitiéndonos el mejoramiento permanente en la calidad de atención.
- Un equipo de Enfermería de calidad debe contar con un Manual de Normas y procedimientos que guie los cuidados de Enfermería a fin de organizar, planificar y ejecutar actividades inherentes a la prestación de servicios con calidad. Por lo que se elaboro este Manual y esta implementado en un 100% en esta unidad de salud.
- Partiendo de la premisa de que el usuario externo es la razón de ser de la Institución, y por tanto debe recibir un trato preferencial y de calidad, se capacito al 100% del personal de salud, en temas como liderazgo, trabajo en equipo, valores, interculturalidad, lo que permitió que el 80% del personal del Subcentro de salud

este motivado, brindando un trato humanizado y respetando la identidad cultural de los usuarios.

- El mantener una comunicación permanente entre el personal de salud, llegar a consensos, y trabajar en equipo se refleja en la calidad de atención que ofrecemos a los usuarios, por lo que se ha mantenido reuniones de trabajo para analizar la producción del unidad de salud, planificación de actividades e integración en forma periódica, lo que nos ha permitido que el 80% del personal de salud mantenga buenas relaciones interpersonales e interdepartamentales, mejorando la calidad de atención de los usuarios externos.
- Con el cumplimiento de todas las actividades planificadas, en el presente proyecto se cumplió el propósito y el fin planteado consiguiéndose: Mejorar calidad de atención de los usuarios que acuden al Subcentro de Salud de Zumbi. Septiembre 2009 a Septiembre 2010, de tal forma que el 80% del personal brinda una atención de calidad con calidez, generando un impacto positivo que nos permitió Mejorar la satisfacción del usuario que acude al Subcentro de salud de Zumbi del 37% al 80%.
- Entre una de las mayores fortalezas encontradas en la ejecución del presente proyecto, fue el apoyo de todas las autoridades que hacen salud desde el nivel Provincial, Jefatura de Área y del personal del subcentro de salud, por lo que no hubo ninguna limitante en la ejecución del mismo.

11. RECOMENDACIONES.

- Continuar con las gestiones por parte del equipo de salud ante la Jefatura del Área 2, con la finalidad de que continúen dotándonos a esta Unidad de los medicamentos e insumos necesarios para fortalecer la aplicación de Normas y guías del Ministerio en la atención de los pacientes.
- Se considere la posibilidad de reproducir y Socializar por parte de la Jefatura del Área 2 Yantzaza el Manual de Enfermería elaborado para esta Unidad de Salud, y que sea entregado a todas las Unidades de Salud del Área II, para la aplicación del mismo, con el propósito de mejorar la calidad de atención a los usuarios.
- Que la Jefatura del Área 2 Yantzaza, en coordinación con el personal de la Unidad de Salud mantenga programas de capacitación continua para el personal de la Unidad que permita el desarrollo del Talento humano y su motivación para brindar un servicio de calidad y calidez y lograr la satisfacción del usuario interno y externo.
- .
- Que el director del Subcentro de Salud de Zumbi con el apoyo del equipo de Salud siga coordinando con el Gobierno Local del Cantón, organismo gubernamental que está muy interesado en continuar apoyándonos con la dotación de equipamiento, mejorar la infraestructura física y la logística a esta casa de salud para que se le brinde a la ciudadanía una atención con calidad y calidez.

12. BIBLIOGRAFIA.

1. BOLAÑOS C. GUAÑA L. Diagnostico Situacional de Clínica General del HBO, Quito, Enero 2006.
2. BUELE MALDONADO NORITA (2006), Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud, Editorial UTPL, Loja – Ecuador.
3. DANTE ORELLANA, Salvador, 2003, La Salud en la Globalización. Quito. Ed. Adya Yala
4. DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA, S.C.S.Zumbi, año 2009
5. HERMIDA CESAR, 2001, Salud y Desarrollo. Propuesta de Acción. U. Ediciones.
6. MANUAL DE LA OPS-OMS, Mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.
7. Hopenhayn, M. La Juventud en Iberoamérica, tendencias y urgencias .CEPAL,OIJ.Buenos Aires 2007.
8. Bárcela F. Políticas y poéticas del cuerpo. Universidad Autónoma de Barcelona.2003:59-81.
9. MSP: Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, MAIS-FCI, versión preliminar 2009.
10. MSP: Metodología para la calificación del proceso de Licenciamiento en salud, 2004.
11. Constitución Política del Ecuador. 2008 OPS, Informe Anual, Salud para todos en el año 2000
12. OPS. Gerencia de Calidad Total
13. Organización Panamericana de la Salud

14. PIEDRA. María del Carmen, Diseño Ejecución y Gerencia de Proyectos Para Salud:
15. PLAN ESTRATEGICO, del Hospital Cantonal de Yantzaza.2008
16. REGIMEN DE SALUD, Tomo 1, Quito Ecuador, Julio 2007
17. Trabajo de GRADO I, Modulo 4 III Ciclo, Loja, Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja, Septiembre 2006.
18. VELASCO, María de Lourdes, 2005 Planificación estratégica aplicada a salud, AH/editorial, Quito-Ecuador.
19. VELASCO, María de Lourdes, 2009 Problemas de Salud Internacionales. Maestría en Gerencia de Salud para el desarrollo local.
20. www.Salud y Futuro. d/pág./online/cont_pag25.html
21. www.Minsa.gov.ni/bns/tesis_sp/21.pdf.
22. http://vlex.com/vid/sanitarios_especial_referencia_reguladora_196549
23. CEPAR. Situación de los Adolescentes y jóvenes en el Ecuador. 2003.
24. UNFPA El Estado de la población Mundial. 2003.
25. ALVAREZ, Pablo, Otros, Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, Quito, septiembre 2008.
26. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Manual de Capacitación de la AIEPI, Ecuador 2005.
27. Diagnostico y Tratamiento en Geriatría. Ediciones Manual Moderno 2005.
28. Ley de Derechos y Amparo al paciente, febrero 1995.

29. Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor Quito; septiembre; 2008.
30. MSP. Manual de Programación Local para unidades Operativas del Área de Salud MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (2006), Indicadores Básicos de Salud, Quito – Ecuador.
31. CAÑAS, Mónica; ABARCA, Ximena, Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Diciembre 2002.
32. MSP. Manual de Normas Técnicas y procedimientos del sistema integrado de vigilancia Alimentaria Nutricional.

13. ANEXOS

SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI.



EQUIPO DE SALUD QUE LABORA EN ESTA UNIDAD.



ANEXO 1

SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO:

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y CALIDEZ DE LA ATENCIÓN EN SALUD A LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI, AL EQUIPO DEL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI.

PRODUCTO: Institucionalización y socialización del proyecto.

INTRODUCCIÓN: Para la realización de cualquier tipo de proyecto no solo los objetivos deben ser susceptibles de cumplirse, sino que se debe contar con el apoyo absoluto de todos los miembros de la institución, por ello se lleva a cabo una reunión con el equipo de salud para poner a consideración el proyecto que se ejecutara en esta unidad, los beneficios que puede tener la acogida del proyecto como aporte efectivo para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud a las usuarios que acuden al servicio de consulta externa del Subcentro d salud de Zumbi.

OBJETIVOS.

Plantear la propuesta de acción.

Institucionalizar la propuesta

METODOLOGIA.

Inicialmente se tomo contacto con el Directos del Subcentro de salud, el mismo luego de tener conocimiento del proyecto autorizo verbalmente y puso el visto bueno a una petición por escrito para el respectivo permiso para la socialización del proyecto al equipo de salud, se reúnen todos los miembros del equipo de salud para a través de una exposición clara se pone a consideración el proyecto, posteriormente se aceptan sugerencias y se compromete a los mismos a apoyar las tareas programadas y a darles continuidad.

AGENDA.

RESULTADO	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Propuesta e acción socializada.	el 100% del personal conoce el proyecto	Visto bueno del Director para socializar el proyecto. Fotos	Personal satisfecho con la ejecución del proyecto.

PORCENTAJE DE USUARIOS INTERNOS.

Director del S.C.S. Zumbi	1
Médicos	2
Enfermeras	2
Odontólogos	2
Obstetrix	1
Laboratorista	1
Aux. De Enfermería.	1

CONCLUSIONES.

El proyecto de Mejoramiento de la calidad y calidez de la atención en salud a los usuarios que acuden al servicio de consulta externa del Subcentro de salud de Zumbi, obtuvo una buena acogida por parte de todos los miembros del equipo de salud, los mismos que se comprometieron y apoyaron su ejecución.

SOCIALIZACION DEL PROYECTO CON EL EQUIPO DE SALUD.



IDENTIFICACIÓN Y ROTULACIÓN DE AREAS ESPECÍFICAS

ANTES



DESPUES.



ANTES



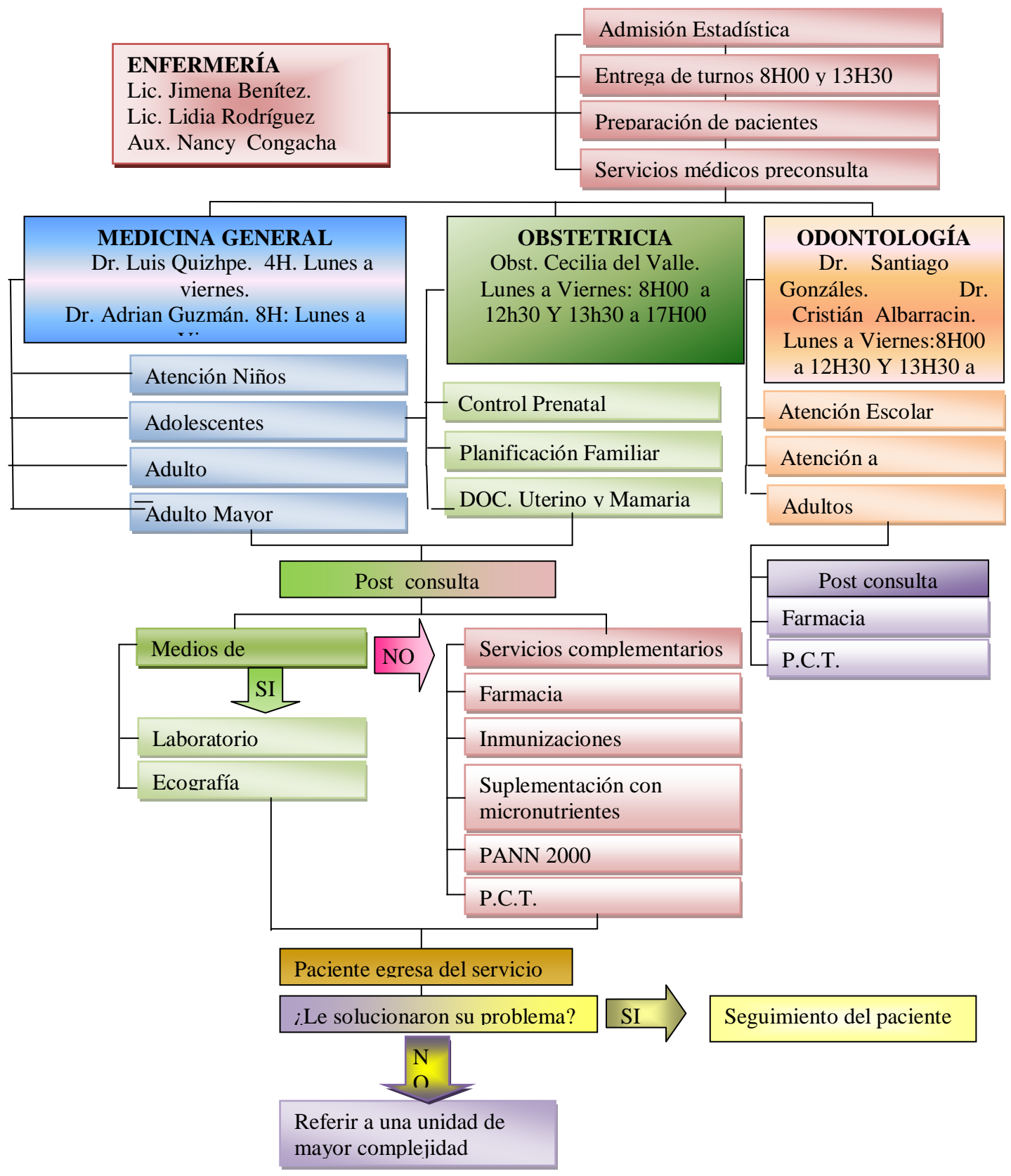
DESPUES.



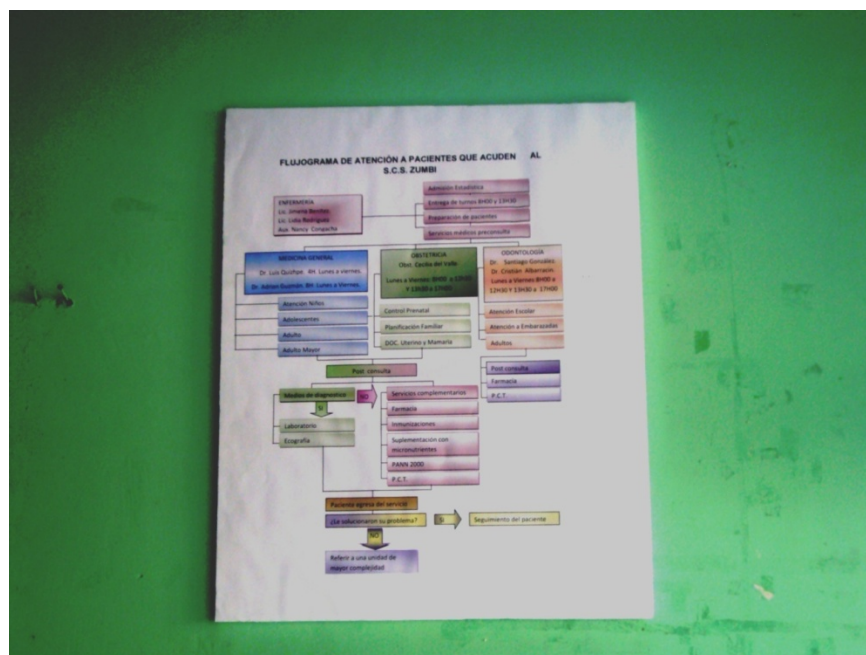
ROTULACIÓN POR PLANTAS



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES QUE ACUDEN AL S.C.S. ZUMBI



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN UBICADO EN LAS SALAS DE ESPERA.



SALA DE ESPERA DE LA UNIDAD DE SALUD.



ANEXO 2

TALLERES DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI. PERIODO JUNIO - JULIO.2010

ANTECEDENTES.

En una época llena de incertidumbre, restricciones, problemas, dificultades de toda índole, en los que se acentúa la inflación, la recesión y el desempleo, la administración de recursos, de las organizaciones se hace más compleja especialmente la de recursos humanos debido a los recortes de personal en las organizaciones que desconocen las características, proporciones y naturaleza de esta área y sobre todo a la falta de consideración a las personas como recursos y como personas.

Sin embargo, el URHs tiene grandes cambios e innovaciones en este milenio, debido a la creciente globalización de las empresas y a la gradual exposición a la competencia mundial, actualmente, cuando está de moda la productividad, calidad, competitividad, las personas ya no constituyen un problema para las organizaciones sino la solución de sus problemas. Estas se constituyen en una ventaja competitiva para aquellas organizaciones que saben dirigir las lo que les convierte en socios principales del negocio en el que le da dinamismos, vigor e inteligencia.

El estudio de las personas en las organizaciones así como sus funciones en la gestión de talentos humanos constituyen el elemento central para proyectar y diseñar las políticas de desarrollo organizacional, así la gestión de talentos humanos parte de la comprensión de que el objeto de la administración son las personas con sus capacidades reales y potenciales, poseedoras de conocimientos habilidades destrezas valores y motivaciones desarrollados bajo principios que faciliten la aplicación del saber tanto en el trabajo como para su propio desarrollo individual y colectivo

La gerencia moderna debe direccionar el desarrollo de sus organizaciones hacia aprendizajes nuevos, aptitudes y disciplinas específicas que pueden transformar a las organizaciones sobrevivientes en organizaciones inteligentes. Transformar la realidad es una tarea compleja, que requiere entre otros aspectos, el análisis de las condiciones del entorno, de los cambios que se dan en el y de las oportunidades que se pueden y deben aprovechar siempre enmarcados en una visión de futuro que señale de forma clara y precisa hacia donde ir y de una misión que acompañe los pasos a seguirse.

La mayoría de las veces la complejidad de los factores sociales, económicos y políticos que influyen en la problemática de una organización tienen un origen histórico y se relacionan con injustas estructuras de la sociedad que para superarlos requiere largos periodos de tiempo y el apoyo colectivo de sus miembros quienes superen las ideas tradicionales de atender urgencias del día a día olvidándose de las prioridades y de que el desarrollo radica únicamente en obras de infraestructura.

Por lo tanto las organizaciones deben apoyarse en un Plan Estratégico que les permita partir de una situación actual conocida (diagnostico participativo) tener una visión de lo que queremos y hacia donde podemos llegar, que debemos hacer y como lo vamos a hacer, por lo tanto trazar el camino correcto y planificar los recursos necesarios para llegar a la meta planteada.

El uso de la Planificación Estratégica ha crecido en los últimos años ya que para los gerentes y organizaciones les ha permitido fortalecer la capacidad gerencial para afrontar cambios acelerados del entorno, mejorar la toma de decisiones, reconocer oportunidades seguras y riesgosas y elegir entre ellas, facilitando de esta manera el trabajo en equipo e involucrar a diferentes actores interesados y beneficiados, establecer alianzas estratégicas y programa intersectoriales.

De ahí el empleo en toda organización inteligente de la Planificación estratégica como una herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas acerca del quehacer actual y el camino por recorrer en el futuro.

La formación para la salud es importante para el desarrollo local considerando que la educación es investigación y la salud también, la educación es planificación para que sus procesos sean sistemáticos e intencionales, la educación implica organización y capacidad de dirección, es la base fundamental de todo programa de desarrollo al igual que la salud. Por lo tanto es importante considerar la evolución de la educación, sus cambios, sus estrategias y paradigmas para de esta manera vincularle a las acciones de salud que permitirán establecer alianzas o pilares fundamentales para el desarrollo de los pueblos.

Los programas de desarrollo local son considerados como procesos de cambio, perfeccionamiento individual y social que se desarrolla dentro de un medio sociocultural, que concientiza y responsabiliza al hombre en su papel personal y social permitiendo establecer vínculos entre los individuos y la sociedad, admitiendo que cada uno sea participe de su propio desarrollo, salud y bienestar general mejorando su calidad de vida.

El gasto en salud se puede considerar como una inversión en capital humano, en la medida que contribuya al crecimiento económico y a garantizar un nivel adecuado de calidad de vida, pero por otra parte aparecen dudas legítimas sobre la sostenibilidad de ese crecimiento a largo plazo. Todos los gobiernos, todos los países, están en un proceso de reformulación de los sistemas de salud que responde a la necesidad de mejorar aspectos como eficiencia, calidad, cobertura y equidad.

Las organizaciones en general, y en particular las que trabajan en el ámbito de la salud viven en un entorno dinámico, cambiante y competitivo que exige tomar el liderazgo para cumplir un rol que promueva la calidad de la producción como un elemento básico de la supervivencia organizacional.

Los profesionales del sector de salud tradicionalmente no incursionaban dentro de los ámbitos administrativos, dejaban aparentemente eso es para los “entendidos”, con el tiempo y la difusión tecnológica fue siendo evidente que cada organización debía contar con recursos profesionales que tuviesen un manejo adecuado de los instrumentos de gestión. Más aún cuando la participación ciudadana mejor informada, impulsaba a buscar elementos de mejoramiento continuo.

La superación del hombre es un proceso donde se consideran muchos aspectos como su forma de vida, hábitos costumbres, salud, sociedad que hacen que el ser humano busque estrategias o alternativas que le permitan mejorar y desarrollarse logrando así dar su aporte en diferentes instancias de su vida sea esta pública o privada.

Desde esta perspectiva el estudio, auto aprendizaje, la lectura, la investigación y el trabajo son estrategias que nos permitirán salir del estancamiento y convertimos en críticos permanentes de las acciones o sucesos que se presentan tanto en la vida familiar, trabajo y sociedad.

La prestación de servicios de salud involucra a diferentes actores de distintas costumbres tradiciones, pueblos, lo que hace necesario mejorar las técnicas y conocimientos de cómo enfrentar los cambios en estos ámbitos y que mejor forma que la educación y actualización del recurso humano de la organización, razón por lo cual se ha diseñado un plan de capacitación dirigido al personal del Subcentro de Salud de Zumbi con el fin de actualizar los conocimientos del

mencionado personal y de ésta manera brindar una adecuada y oportuna atención a los usuarios.

OBJETIVO GENERAL.

Capacitar y Motivar al personal del Subcentro de Salud de Zumbi para ofrecer servicios de calidad, con el apoyo de de los Directivos del Área, para asegurar el mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios que acuden a este Subcentro.

LUGAR:

Local del S.C.S.Zumbi.

FECHA:

Junio 2010

Julio 2010

HORARIO: 7 Días: 4 horas cada día, y un día de 8 horas; Total. 36 horas.

PARTICIPANTES

Médicos

Odontólogos.

Obstetriz.

Enfermeras.

Auxiliar de Enfermería

Laboratorista

FACILITADORES.

Dr. Manuel Iñiguez

Dr. Rumi Contento

Dr. Luis Quizhpe.
Obst. Cecilia del Valle.
Dr. Darwin Izquierdo
Dra Marieta Delgado.
Mons. Walter Eras
Lic. Lidia Rodríguez
Lic. Elsa Reyes.
Dr. Wilson Díaz.

MATERIALES:

Papel Bonn	resmas	6
Carpetas folder	unidades	50
Esfero gráficos	unidades	50
Marcadores tiza liquida	unidades	3
Copias de documentos		
Computadora		
Infocus		
Pizarra		

METODOLOGIA

Conferencias
Trabajo de grupo
Análisis de casos

PRESUPUESTO

Movilización de personal	
Materiales de oficina	1000,00
Facilitadores	2200,00
TOTAL	_____
	3200,00

FINANCIADO: Por la Maestrante.

Elaborado:

Ejecútese

Lic. Lidia Rodríguez.

Lic. Silvia Morocho.

MAESTRANTE

DIRECTORA TECNICA AREA Nº 2 (E)

**TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE ATENCION INTEGRAL AL
ADULTO MAYOR DIRIGIDO AL PERSONAL DEL SUBCENTRO
DE SALUD DE ZUMBI.JUNIO.2010
AGENDA DEL TALLER.**

Miércoles 16/06/2010.

HORA	TEMA.	RESPONSABLE
13H30-13H45	Inscripciones	Lic. Lidia Rodríguez.
13H45-14H00	Inauguración del evento	Dr. Luis Quizhpe.
14H00-14H30	Valoración Geriátrica Integral	Dr. Darwin Izquierdo.
14H30-15H30	Grandes síndromes geriátricos	Dr. Darwin Izquierdo
15H30-16H15	Claves de Diagnostico por problema	Dr. Darwin Izquierdo
16H15 – 16H30	Receso.	
16H30-17H30	Patología relevante y prevalente en el adulto mayor	Dr. Darwin Izquierdo

**TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE VALORES, MOTIVACION,
TRABAJO EN EQUIPO.DIRIGIDO AL PERSONAL DEL
SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI. JUNIO. 2010
AGENDA DEL TALLER.**

Miércoles 23/06/2010.

HORA	TEMA.	RESPONSABLE
13H30-13H45	Inscripciones	Lic. Lidia Rodríguez.
13H45-14H00	Inauguración del evento	Dr. Luis Quizhpe.
14H00-14H30	Motivación	Lcda. Elsa Reyes.
14H30-15H00	Valores Morales.	Mons. Walter Eras.
15H00-15H30	Trabajo en equipo.	Lic. Elsa Reyes.
15H30- 16H00	Humanización y buen trato al paciente.	Lic. Elsa Reyes.
16H00 – 16H15	Receso.	
16H15-17H30	Liderazgo	Lic. Elsa Reyes.

**TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE ATENCION INTEGRAL AL
 ADOLESCENTE DIRIGIDO AL PERSONAL DEL SUBCENTRO
 DE SALUD DE ZUMBI. JUNIO. 2010
 AGENDA DEL TALLER.**

Miércoles, 30 de junio 2010.

HORA	TEMA	RESPONSABLE
13H30-13H45	Inscripciones	Lic. Lidia Rodríguez.
13H15-14H00	Inauguración del evento	Dr. Luis Quizhpe.
14H00-14H15	Metodología del taller (Reglas)	Lic. Lidia Rodríguez
14H15-15H00	Atención Integral a Adolescentes: Marco Legal	Dr. Luis Quizhpe.
15H00- 15H45	Atención Integral a Adolescentes: Crecimiento y desarrollo	Obst. Cecilia del Valle
15H45-16H00	Receso	
16H00-16h45	Atención Integral a Adolescentes: Salud Sexual y reproductiva,	Obst. Cecilia del Valle.
16H45-17h30	Atención Integral a Adolescentes: Consultas frecuentes y Salud Mental Redes y Micro-redes Sistema de Registro	Dr. Luis Quizhpe.

**TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE AIEPI, ATENCIÓN INTEGRADA DE LA MADRE Y EL NEONATO Y EL MENOR DE DOS MESES DIRIGIDO AL PERSONAL DEL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI JULIO 2010.
AGENDA DEL TALLER.**

Miércoles: 7/07/2010

HORA	TEMA	RESPONSABLE
8H00-8H15	Inscripciones	Lic. Lidia Rodríguez
8H15-8H30	Inauguración del evento	Dr. Luis Quizhpe.
8H30-8H45	Metodología del taller (Reglas)	Lic. Lidia Rodríguez
8H45-9H45	Evaluación de la madre durante el Embarazo hasta el Parto: Determinar riesgos durante el embarazo y parto.	Dr. Manuel Iñiguez.
9H45-11H00	Evaluar, Clasificar y tratar al Recién Nacido: Atención inmediata del Recién Nacido: Procedimientos de Reanimación	Dr. Wilson Díaz.
11H00-11H15	Receso.	
11H15-12H30	Evaluar, clasificar y tratar al niño/a enfermo de 0 a 2 meses.	Dr. Jaime Govea.
12H30-13H30	Almuerzo	
13H30-15H30	Evaluar, clasificar y tratar al niño/a de 2 meses a 4 años	Dr. Jaime Govea.
15H30-16H30	Esquemas de Vacunación a < de 5 años	Lic. Lidia Rodríguez.
16H30-17H00	Sistema de registro: Curvas de crecimiento, Peso, Talla, IMC. Enfermedad Diarreica.	Dr. Luis Quizhpe.

**TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE LEY DE MATERNIDAD
GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA, DIRIGIDO AL
PERSONAL DEL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI. JULIO
2010
AGENDA DEL TALLER.**

Miércoles: 14 /07/2010.

HORA	TEMA	RESPONSABLE
13H30-13H45	Inscripciones	Lic. Lidia Rodríguez.
13H15-14H00	Inauguración del evento	Dr. Luis Quizhpe.
14H00-14H15	Metodología del taller (Reglas)	Lic. Lidia Rodríguez
14H15-15H00	Base Legal, Fuentes de financiamiento, Comités de Usuaris, Gestión de fondos solidarios.	Dr. Manuel Iñiguez.
15H00- 15H45	Prestaciones de la Ley	Dr. Manuel Iñiguez.
15H45-16H00	Receso	
16H00-16h45	Estándares e indicadores de calidad	Dr. Manuel Iñiguez.
16H45-17h30	Sistema de Información.	Lic. Lidia Rodríguez.

**TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE ATENCION MATERNO-
INFANTIL DIRIGIDO AL PERSONAL DEL SUBCENTRO DE
SALUD DE ZUMBI. JULIO.2010
AGENDA DEL TALLER.**

Miércoles: 21/07/2010.

HORA	TEMA	RESPONSABLE
8H00-8H15	Inscripciones	Lic. Lidia Rodríguez.
8H15-8H30	Inauguración del evento	Dr. Luis Quizhpe.
8H30-8H45	Metodología del taller (Reglas)	Lic. Lidia Rodríguez.
8H45-9H30	Control Prenatal:	Obst. Cecilia del Valle.
9H30-10h30	Atención del Parto Normal y Distócico	Dr. Manuel Iñiguez
10H30-10h45	Receso	
10H45-11h30	Emergencias obstétricas (Primera mitad del embarazo, segunda mitad del embarazo y durante el trabajo de parto)	Dr. Manuel Iñiguez
11H30-12h30	Llenado de formularios: Nomograma, HCL clínica perinatal, parto grama.	Dr. Manuel Iñiguez
12H30-13H30	Almuerzo	
13H30-14H30	Atención del recién nacido	Dr. Wilson Díaz
14H30-15H30	Control del niño < de 5 años	Dr. Luis Quizhpe.
15H30-16H15	Control del niño de 5 a 9 años	Dr. Luis Quizhpe.
16H15-17H00	Sistema de información	Dr. Wilson Díaz

**TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE LEY DE AMPARO AL
PACIENTE E INTERCULTURALIDAD
DIRIGIDO AL PERSONAL DEL SUBCENTRO DE SALUD DE
ZUMBI. JULIO.2010
AGENDA DEL TALLER.**

Miércoles: 30/07/2010

HORA	TEMA.	RESPONSABLE
13H30-13H45	Inscripciones	Lic. Lidia Rodríguez.
13H45-14H00	Inauguración del evento	Dr. Luis Quizhpe.
14H00- 16H00	Ley de Amparo al Paciente.	Dra. Marieta Delgado.
16H00 - 16H45	Interculturalidad.	Dr. Rumi Contento.
16H45 -17H15	Parto Vertical.	Dr. Rumi Contento.

DR. MG.DARWIN IZQUIERDO, MEDICO CLINICO DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER DE ZAMORA, EXPONIENDO SOBRE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.



**DR.MG. LUIS QUIZHPE, DIRECTOR DEL S.C.S.DE ZUMBI,
EXPONINDO EL TEMA NORMAS Y PROTOCOLOS DE
ATENCION DE LAS/OS ADOLESCENTES.**



**DR. MG. MANUEL IÑIGUEZ, COORDINADOR MEDICO DEL
HOSPITAL JULIUS DOEFHNER DE ZAMORA EXPONINDO EL
TEMA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y AIEPI MATERNO.**



DR.MG. JAIME GOVEA, DIRECTOR DEL S.C.S.DE LOS ENCUENTROS, EXPONIENDO EL TEMA DE AIEPI.



LIC. LIDIA RODRIGUEZ. EXPONIENDO EL TEMA SOBRE EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES.



**DRA MARIETA DELGADO EXPONIEDO EL TEMA SOBRE LEY
DE AMPARO AL PACIENTE.**



ANEXO 3

**REUNION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD
PARA REVISION DEL MANUAL DE NORMAS Y
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA.**



**DOCUMENTO DE RECEPCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS Y
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA.**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, ÁREA DE SALUD NRO 2 YANTZAZA
SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI.**

Recibo de la Lic. Lidia Rodríguez , Un Manual de Normas y Procedimientos de enfermería, el mismo que será utilizado como material de consulta para su aplicación en la atención de los usuarios que acuden a esta casa de Salud.

NOMBRES Y APELLIDOS.	SERVICIO.	FIRMA.
----------------------	-----------	--------

Lic. Jimena Benítez	Depto de Enfermería	
---------------------	---------------------	--

Aux. Nancy Congacha.	Depto de Enfermería	
----------------------	---------------------	--

Lic. Lidia Rodríguez.

ENFERMERA DEL S.C.S.ZUMBI.

**ENTREGA DEL MANUAL DE DE NORMAS Y
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA.**

**LIC. LIDIA RODRIGUEZ HACIENDO LA ENTREGA DEL MANUAL AL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE SALUD.**



ANEXO 4

LIC. MG. ELSA REYES EXPONIENDO EL TEMA SOBRE VALORE, MOTIVACION, TRABAJO EN EQUIPO Y LIDERAZGO.



DR. RUMI CONTENTO EXPONIENDO EL TEMA SOBRE INTERCULTURALIDAD.



LA CLAUSURA DEL TALLER SE REALIZO EL DIA VIERNES 6 DE AGOSTO CONTANDO CON LA PRECENCIA DE LA DIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD (E), DIRECTORA TECNICA DEL ARAE II (E), DR. ENNER SOTO ALCALDE DEL CANTON, MAS AUTORIDADES Y EQUIPO DE SALUD DE LA UNIDAD.

ORDEN DEL DÍA.

- 1.- Palabras de Bienvenida a la autoridades a cargo de la Lic. Lidia Rodríguez.

- 2.- Lectura y firma del acta de compromiso entre la directora técnica del hospital cantonal yantzaza Dr. Luis Quizhpe Director del Subcentro de Salud de Zumbi y el personal del Subcentro de salud de zumbi.

- 3.- Entrega de certificados.

- 4.- Clausura del Evento a cargo de la Lic. Rosa Gálvez, Directora Provincial de salud encargada.

- 5.- Brindis de una copa de champan.

- 6.- Invitación a las autoridades a una cena.

CERTIFICADO QUE SE ENTREGÓ A TODOS/OS LOS ASISTENTES AL TALLER.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD
ÁREA DE SALUD Nº 2 YANTZAZA - SCS ZUMBI



Confieren el presente:

Certificado

A: Dr. WILLAN GALARZA

Por su participación al Taller de fortalecimiento de conocimientos sobre Normas y Guías de Atención del Ministerio de Salud Pública, realizado en la ciudad de zumbi, con una duración de 36 horas.

Zumbi, Agosto del 2010


Dra. Ruth Siguenza
DIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD


Dr. Luis Quizpe
DIRECTOR DEL S.C.S. ZUMBI


Lic. Silvia Moracho
DIRECTORA TÉCNICA DEL ÁREA Nº 2


Lic. Lidia Rodríguez.
Enfermera s.c.s zumbi.





**LIC. ROSA GALVEZ
DIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD (E) FIRMANDO EL ACTA
DE COMPROMISOS.**



**LIC. PATRICIA HURTADO DIRECTORA TECNICA DEL AREA II
(E) FIRMANDO EL ACTA DE COMPROMISOS.**



DR. LUIS QUIZHPE DIRECTOR del S.C.S.ZUMBI FIRMANDO EL ACTA DE COMPROMISOS.



PERSONAL DE SALUD FIRMANDO EL ACTA DE COMPROMISOS.



**LIC. ROSA GALVEZ DIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD (E)
HACIENDO LA ENTREGA DE CERTIFICADOS A LOS
ASISTENTES AL CURSO.**



**DR. ENNER SOTO ALCALDE DEL CANTON HACIENDO LA
ENTREGA DE UN CERTIFICADO A LOS ASISTENTES.**



**LIC. ROSA GALVEZ DIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD (E)
CLAUSURANDO EL TALLER.**



**AUTORIDADES COMPARTIENDO UNA CENA EL DÍA DE LA
CLAUSURA DEL TALLER.**



**EQUIPO DE SALUD BRINDANDO UN TRATO ADECUADO,
HUMANIZADO, RESPETÁNDOLA IDENTIDAD CULTURAL DE
LOS USUARIOS.**



**EQUIPO DE SALUD BRINDANDO UN TRATO ADECUADO,
HUMANIZADO, RESPETÁNDOLA IDENTIDAD CULTURAL DE
LOS USUARIOS.**



ANEXO 5

REUNIÓN DEL EQUIPO DE SALUD



DR. ENNER SOTO ALCALDE DEL CANTON ENTREGANDO MOBILIARIO A LA UNIDAD DE SALUD.



**REUNIÓN DE INTEGRACIÓN: CELEBRANDO EL CUMPLEAÑOS
DE LA LIC. LIDIA RODRIGUEZ. 5 AGOSTO 2010.**



**DESPEDIDA DE LOS COMPAÑEROS RURALES:
ODONTOLOGO Y ENFERMERA RURAL**



SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS CON EL EQUIPO.



ANEXO 6

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL

ENCUESTA A USUARIOS EXTERNOS QUE ACUDEN AL
SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI.

OBJETIVO:

- Conocer la opinión que tienen los usuarios sobre la atención proporcionada en el Subcentro de Salud de Zumbi.
- Analizar los datos obtenidos

DATOS INFORMATIVOS

- Lugar: Subcentro de Salud de Zumbi.
- Investigadores: Lic. Lidia Rodríguez Godoy.
- Fecha:

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente el CUESTIONARIO y conteste de acuerdo a su realidad

CUESTIONARIO:

1.- Usted ha tenido problemas en la orientación del servicio y otros departamentos (Consulta Médica, Odontología, preparación de pacientes, vacunación, estadística, Laboratorio, Farmacia, etc.).

SI () NO ()

Porqué.....

2.- Qué tipo de Incidentes ha tenido durante la atención?

	SI	NO
Le dieron una atención oportuna	()	()

Recibió la orientación sobre su tratamiento () ()

Le entregaron toda la Medicación prescrita () ()

3.- La atención brindada del siguiente personal fue:

	Buena	Mala	Excelente
Medico	()	()	()
Enfermera	()	()	()
Odontólogo	()	()	()
Obstetiz	()	()	()
Laboratorista	()	()	()
Auxiliar de Enfermería	()	()	()
Estadística(entrega de turnos)	()	()	()

4.- El trato recibido por el personal durante la atención en el servicio fue:

Amable () Descortés ()

5.-Le solucionaron su problema de salud o le refirieron a otro servicio?

SI () NO () Por que :-----

6.- Que tiempo tuvo que esperar desde que ingreso la unidad hasta que recibió la atención?

Una Hora ()

Dos Hora ()

Tres Horas o más ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

GUÍA DE OBSERVACIÓN

TÍTULO DE LA OBSERVACIÓN:

Insatisfacción del usuario en el Subcentro de Salud de Zumbi.

OBJETIVO:

Observar el tipo de atención que se brinda a los usuarios del Subcentro de Salud de Zumbi.

DATOS INFORMATIVOS.

- 1.- Lugar. Zumbi.
- 2.-Subcentro de Salud de Zumbi.
- 3.- Observador Lidia Rodríguez Godoy.

PLAN DE OBSERVACIÓN.

ACTOR.- ¿Personal del servicio?

ACTIVIDAD.- ¿Atención de los pacientes?

PERSONAS SIGNIFICATIVAS.- ¿Quiénes le atienden?

ESPACIO.- ¿En que servicio y tipo de consulta?

OBJETOS.- ¿Qué utilizo en la atención y como le atendió?

MEDIO FÍSICO.- ¿En que departamento de salud fue discriminado?

SECUENCIA DE ACTOS.- ¿Qué acción negativa recibió?.

SENTIMIENTO.- ¿Qué emociones y sentimientos están expresando?

OBJETIVO.- ¿Qué están tratando de lograr?

CONCLUSIONES.

ANEXO 7

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA S.C.S.ZUMBI. 2010



EDITADO.
Lic. Lidia Rodríguez.

APOYO.
Lic. Maribel Quituizaca.
Int. Emilia Proaño.
Aux. Nancy Congacha.

REVISADO.
Dra. Mgs. Janneth Ludeña.
**TUTORA DE LA MAESTRIA EN GERENCIA PARA EL DESARROLLO
LOCAL DE LA U.T.P.L.**
Lic. Mgs. Silvia Morocho.
**LIDER DEL PROCESO DE GESTION DE ENFERMERÍA DEL AREA II
YANZATZA.**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.
AREA DE SALUD Nro. II. YANTZAZA.
S.C.S-ZUMBI.
BASE LEGAL.

Qué; ante los actuales procesos de reforma del estado, del sector salud y de la globalización, en los que se encuentra inmerso nuestro país, la legislación debe priorizar los intereses de la salud de la población por sobre los comerciales y económicos.

Qué; la salud en cuanto a calidad de vida es entendida como un derecho universal de las personas así como, el acceso y la calidad de acciones y servicios de salud. La atención de enfermería forma parte de ese derecho, y así debe ser también garantizado de forma calificada para toda la población.

Qué; el artículo 42 de la Constitución Política de la República, dispone que “El Estado garantizara el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e interrumpido a servicios de Salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Qué; el Art. 1. (Principios y Finalidad) de la Ley Orgánica de Salud establece regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrada en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, interculturalidad de género, generacional y bioético.

Qué; el Art.3 (Derecho a la Salud) de la ley Orgánica de salud, es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del estado.

Qué; en el Art. 7, Art 8, Art 9 de la misma ley Orgánica establece los derechos y deberes de las personas y del estado en relación con la salud.

Qué; para garantizar una atención de calidad por parte del personal de Enfermería a los usuarios que acuden a esta unidad de Salud se hace necesario establecer normas y procedimientos de enfermería para respaldar sus acciones en la atención a los pacientes.

Qué; una vez que fue analizado en primera y segunda instancia el Manual de Norm y Procedimientos de Enfermería por el personal correspondiente de esta unidad de Salud, se remitió a la Lic. Silvia Morocho Líder del Proceso de Gestión de Enfermería para su revisión y aprobación, y entro en vigencia a partir del 27 de Agosto del 2010.

CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	5
III. OBJETIVOS	6
IV. NORMAS GENERALES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SUBCENTRO DE SALUD	7
V. PROCEDIMIENTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	7
5.1. ADMISION DE PACIENTES	7
5.2. PREPARACIÓN DE PACIENTE	11
5.2.1.CONTROL DE SIGNOS VITALES	11
• Que son los signos vitales.....	11
• Control de la Temperatura.....	11
• Control del pulso.....	12
• Control de la respiración.....	13
• Control de la presión arterial.....	14
5.2.2.MEDIDAS ANTROPOMETRICAS (PESO, TALLA, PERIMETRO CEFALICO, PERIMETRO CINTURA, PERIMETRO CADERA Y PERIMETRO DE PANTORRILLA)	15
• Peso.....	15
• Talla.....	15
• Perímetro cefálico.....	16
• Perímetro cintura.....	17
• Perímetro Cadera.....	17
• Perímetro Pantorrilla.....	17
5.2.3.PRECONSULTA	17
5.2.4.POSTCONSULTA	17
6. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN LOS PROGRAMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	18
6.1. PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS. (P.C.T.).....	18
6.2. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES. (P.A.I.).....	19

•	Normas del manejo de la red de frío.....	19
•	Normas de conservación de las vacunas dentro de la refrigeradora.....	20
•	Precauciones.....	21
•	Manejo de los frascos abiertos con multidosis.....	22
•	Preparación de equipos.....	22
•	Trasporte de biológicos.....	22
•	Acciones.....	23
6.3.	SISTEMA INTEGRADO DE VIGILANCIA ALIMENTARIA NUTRICIONAL SIVAN (PANN 2000, PEAN, SISVAN Y PIM).....	24
•	Acciones.....	24
6.4.	PROGRAMA INTEGRADO DE MICRONIUTRIENTES. (PIM).....	26
•	Acciones.....	26
6.5.	MANEJO DE DESECHOS BIOPELIGROSOS.....	27
•	Acciones.....	28
•	Tratamiento de desechos biopeligrosos.....	29
6.6.	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.....	30
•	Acciones.....	31
7.	PATOLOGIAS.....	31
7.1.	PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.....	31
•	Acciones.....	31
•	Plan A. Tratar la diarrea en casa.....	32
•	Plan B. Tratar la deshidratación con SRO.....	33
•	Plan C. Tratar rápidamente la deshidratación.....	33
7.2.	PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.....	34
8.	PROCEDIMIENTOS GENERALES DE LA UNIDAD DE SALUD.....	35
8.1.	LAVADO DE MANOS.....	35
8.2.	TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE GUANTES ESTERILES.....	35
8.3.	CURACIÓN DE HERIDAS.....	36
8.4.	CONSEJERÍA SOBRE LA RECOLECCIÓN DE MUESTRAS.....	37

8.4.1. Recolección de muestra de orina.....	37
8.4.2. Recolección de muestra de heces.....	38
8.4.3. Recolección de muestra para examen bacteriológico.....	39
8.5. CONSEJERIA SOBRE LACTANCIA MATERNA.....	40
8.6. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	49
8.6.1. Administración de medicamentos por vía oral.....	42
8.6.2. Preparación de medicamentos por vía parenteral.....	45
• Vía Intradérmica.....	45
• Vía Subcutánea.....	46
• Vía Intramuscular.....	46
• Vía Intravenosa.....	46
8.7. NEBULIZACIONES.....	47
8.8. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	48
8.9. PAPANICOLAOU.....	48
8.10. SCREENING DE MAMA O DOC. MAMARIO.....	49
8.11. CONTROL PRENATAL.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	50
ANEXO 1. Como preparar el suero oral.....	51
ANEXO 2. Métodos de planificación familiar.....	52
ANEXO 3. Procedimiento para la toma de Papanicolaou.....	62
ANEXO 4 .Screening de mama o DOC. Mamario.....	66
ANEXO 5 Control Prenatal.....	68
ANEXO 6. Posiciones Anatómicas.....	77

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA PARA EL PERSONAL DEL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI.

I. INTRODUCCIÓN

En la administración pública actual, es indispensable que las instituciones cuenten con las herramientas administrativas que garanticen, apoyen y el cumplimiento de los programas, planes, objetivos y proyectos gubernamentales , por lo tanto el Ministerio de Salud Publica basa su atención en premisas como es contar con una administración pública eficiente en su desempeño, eficaz en la respuesta a las demandas de la sociedad , honrada en el desarrollo de sus funciones, garantizando una mayor racionalidad y optimización de los recursos, así como un ejercicio austero y responsable que impulse la formulación de una cultura de modernización y mejoramiento de los resultados en la atención en los servicios de salud.

El desarrollo de enfermería como disciplina profesional es muy reciente ya que elabora su propio cuerpo de conocimientos a partir de las investigaciones de Florence Nightingale que establece los fundamentos de nuestra actividad de enfermería realizando los primeros trabajos que marcan nuestros orígenes como profesión y forman el núcleo a partir del cual se desarrolla la Ciencia Enfermera.

En comparación con otras ciencias el interés científico de la enfermería es por lo tanto muy reciente y se centra en la elaboración de un cuerpo de conocimientos con entidad propia cuyo objetivo principal es intervenir sobre la respuesta humana en el proceso salud/enfermedad y desarrollo vital.

En la actualidad, una de las líneas fundamentales para el avance de la disciplina consiste en explicar su práctica específica (actividades independientes) atendiendo al objetivo principal y con el fin de delimitar también su espacio en relación a otras disciplinas con las que mantiene una estrecha relación.

Las enfermeras comenzaron a investigar sobre las actividades que desarrollaban y concluyeron que estas se clasificaban en dos grupos diferenciados tomando como base su autonomía, su responsabilidad y sus conocimientos. Dichos grupos podemos denominarlos:

Actividades interdependientes: centradas en colaborar con el médico en resolver problemas patológicos, tratar y/o controlar la enfermedad y prevenir o detectar complicaciones:

Autonomía: parcial, delegada. Orientada hacia la enfermedad-tratamiento.

Responsabilidad: Total

Conocimientos: de ciencias afines (farmacología, medicina, psicología...)

Actividades independientes: relacionadas con las respuestas humanas ante una determinada situación de salud /enfermedad o de desarrollo que afectan al bienestar de la persona:

Autonomía: total. Orientada hacia la salud y el bienestar.

Responsabilidad: Total.

Conocimientos: de la ciencia enfermera, para el desarrollo de las actividades específicas de la profesión.

PRINCIPALES DEFINICIONES:

Para comprender con mayor claridad los términos relacionados que orientan la disciplina de la enfermera es necesario establecer el significado de varios conceptos:

CIENCIA: forma de orientar el conocimiento en un campo específico que desarrolla una metodología o proceso para adquirir nuevo conocimiento. La ciencia enfermera consiste en observar, describir, identificar, explicar e intervenir en las diversas situaciones del proceso salud/enfermedad y del desarrollo vital de las personas proporcionando unas bases racionales para dirigir, ordenar, dar continuidad y evaluar el resultado de su intervención.

FILOSOFÍA: Base de referencia de los componentes de la ciencia, sin implicación empírica, donde se reflejan creencias, valores, metas y opiniones.

TEORÍA: Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones con una articulación coherente, organizada y sistemática que establece relaciones específicas entre ellos para describir, explicar, predecir y controlar los hechos.

Para enfermería la utilidad de la teoría consiste en proporcionar conocimientos que mejoren la práctica profesional y desarrollen la capacidad analítica. Es importante recordar que nuestras teorías se desarrollan, articulan y comprueban a partir de 1.950.

MODELO: Representación de la realidad, abstracción, imagen mental que nos ayuda a comprender algo que no se puede ver o de lo que sabemos poco. Para algunos autores, el modelo es un referente ideal que representa de manera simplificada una teoría.

MODELO CONCEPTUAL, *marco o esquema conceptual:* conjunto de conceptos y teorías de base de una disciplina que son relevantes para su comprensión. Conforman las ideas universales de interés para una profesión que describen un ideal a lograr. Un modelo conceptual para enfermería consiste en un conjunto de conceptos construidos sistemáticamente, basados en la ciencia, que identifica los componentes esenciales de la práctica profesional.

CONCEPTOS: Unidades de pensamiento que se expresan con un término preciso. Representan aspectos de la realidad que son objetivables. Cada disciplina utiliza conceptos distintos que tienen un significado concreto, formando un código común de términos propios. Desde enfermería se determinan cuáles son los fenómenos fundamentales que influyen e identifican la profesión, concluyendo que dichos fenómenos son los que conforman los conceptos nucleares, proporcionan una perspectiva universal a la disciplina, y definen su área de competencia. Los conceptos a los que hace referencia la disciplina enfermera son:

PERSONA: (receptor de los cuidados, familia, grupo, comunidad): se concibe como un ser global, de componente filosófico humanístico (ser activo con recursos), con una visión holística (los aspectos que lo componen interactúan), con necesidades y características individuales y comunes que experimenta cambios y se relaciona consigo mismo, con otras personas y con su entorno.

ENTORNO: aquello que enmarca o rodea a la persona y que comprende aspectos de su medio interno (factores intrapersonales) y del externo (incluida la enfermera) con una repercusión directa en la actuación enfermera y en el bienestar de la persona y su salud.

SALUD (*meta de los cuidados enfermeros*): es un estado dinámico que cambia dentro de un continuum salud-enfermedad. Debe ser contemplada desde las áreas de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación, con objeto de orientar la actuación de enfermería.

ENFERMERÍA: profesión que basa su intervención en un servicio de ayuda específico que ofrecen exclusivamente las enfermeras. De manera simplificada, un modelo conceptual, identifica, define y describe la relación entre estos fenómenos ofreciendo una estructura de conocimientos sistemática y racional que orienta el desarrollo de las actividades profesionales.

Cada disciplina, según sus fines y la naturaleza del objeto de estudio, elabora una serie de pasos que tratan de buscar soluciones de forma eficaz a los problemas a partir de lo que se denomina "*el método científico*". Desde el desarrollo de las teorías de enfermería se plantea la necesidad de llevarlas a la práctica para determinar en qué medida se ajustan a los planteamientos teóricos y en qué medida se solucionan los problemas de los que son responsables las enfermeras.

II. JUSTIFICACIÓN.

Siendo enfermería el pilar fundamental en la recuperación e integración del paciente a su núcleo familiar. Es necesario tener un medio de apoyo basado en procedimientos para de esta manera se cumpla y se disminuya las falencias en la toma de decisiones al realizar actividades técnicas al paciente y llegar al fortalecimiento de los cuidados y funciones que debe cumplir el personal de enfermería, por lo tanto es necesario estandarizar las actividades de este Talento humano basándose en un manual de normas y procedimientos de Enfermería.

Para llevar a cabo las funciones propias de enfermería es necesario ordenar y estructurar toda aquella actividad que haga posible el análisis y la solución de los problemas planteados, que permita comprobar si la intervención de la enfermera ha sido capaz de transformar una situación. A partir del método la enfermera aplica la base teórica, todos sus conocimientos, su experiencia y sus planteamientos, a la práctica profesional.

El Proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería, es construir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, familia y comunidad". A través de unas acciones organizadas y sistemáticas las enfermeras ponen en marcha un proceso que les permite conservar, mejorar y progresar en la salud y el bienestar de las personas.

III. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

- Dotar de una guía de información al personal de enfermería del Subcentro Salud de Zumbi sobre los cuidados de enfermería a fin de organizar, planificar y ejecutar actividades inherentes a la prestación de servicios con calidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar una atención de enfermería óptima y eficaz.
- Mantener informado a todo el personal de enfermería sobre la atención en base a procedimientos establecidos.
- Facilitar la planificación, organización y ejecución de las actividades de enfermería.
- Disminuir las falencias en la ejecución de las actividades de enfermería del servicio.

IV. NORMAS GENERALES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SUBCENTRO DE SALUD.

El personal de enfermería deberá cumplir con las siguientes disposiciones:

- ❖ Llegar a su lugar de trabajo con 5 minutos de anticipación.
- ❖ Ingresar a su trabajo con el uniforme respectivo, material completo y prendas de protección.
- ❖ Se hará responsable de cada actividad o función asignada por la enfermera líder.
- ❖ Será responsable de acompañar al paciente para la valoración de ínter consulta.
- ❖ Dispondrá de todo el material y equipo para la consulta médica.
- ❖ Deberá canalizar la atención médica del paciente con la Historia clínica respectiva.
- ❖ Al ingreso del paciente al servicio, realizará la pre consulta.
- ❖ Valorara y registrara adecuadamente los signos vitales, peso, talla, y perímetro cefálico a < 1 año, en la hoja de la historia clínica respectiva.
- ❖ Valorara y registrara adecuadamente los signos vitales, peso, talla, en niños de 1 – 4 años de edad, escolares, adolescentes, embarazadas, adulto, adulto mayor, en la hoja de la historia clínica respectiva.
- ❖ Deberá cumplir los horarios establecidos, y notificar con anterioridad el incumplimiento de la jornada laboral.

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE ZUMBI.

5.1. ADMISION DE PACIENTES.

En vista de que en el subcentro de salud no se dispone del recurso humano necesario para estos servicios como Estadística, Farmacia, etc. El personal de enfermería tiene que colaborar con estas actividades.

- Entregar los turnos a los usuarios de acuerdo a la secuencia de llegada a la Unidad de Salud, y de acuerdo al servicio que demandan, para lo cual el usuario deberá acudir al servicio con el número de historia clínica respectiva.
- En el caso de no recordar el número de historia clínica, buscar en el fichero en estadística, en donde se encuentran todos los números de historia clínica que se han aperturado.
- Al no disponer el usuario historia clínica en la Unidad se procederá a revisar en el tarjetero índice y aperturar la misma según el caso, para lo cual se usara la tarjeta índice por duplicado (una se ubicara en el tarjetero y la otra se entregara al usuario)
- El personal de Enfermería al abrir la Historia clínica ubicara los formularios de acuerdo al tipo de usuario (embarazada, adulto, adolescente, etc.) en el siguiente orden:

ATENCIÓN INFANTIL Y PREESCOLAR: (> de 1 año) (1 a 4 años).

001/2008 Admisión.

0028/88 Anamnesis y Examen físico niñas/ niños.

028 A 1/09 Curva de crecimiento de la niña menor de 5 años.

028 A 2/09 Curva de crecimiento del niño menor de 5 años.

028 c/88 Test de Denver.

AIEPI niñas/ niños de dos meses a 4 años de edad.

005/2008 Evoluciones y Prescripciones médicas.

024/2008 Autorización, Exoneración y Retiro.

054/2008 Concentrado de Laboratorio.

033/2002 Odontograma.

ATENCIÓN ESCOLAR (5 – 9 años).

01/2008 Admisión.

002/2008 Consulta Externa, Anamnesis y Examen físico.
028 1/99 Atención Escolar y Adolescente.
028 2/99 Atención Escolar y Adolescente Mujer.
Adolescente hombre.
005/2008 Evoluciones y Prescripciones médicas.
024/2008 Autorización, Exoneración y Retiro.
054/2008 Concentrado de Laboratorio.
033/2008 Odontograma.

ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE.

001/2008 Admisión.
002/2008 Consulta Externa, Anamnesis y Examen físico.
056 A Mujeres/2009 Atención a la Adolescente Mujer.
056B Hombres /2009 Atención al Adolescente Hombre.
056/ 2009 Atención Adolescentes.
005/2008 Evoluciones y Prescripciones médicas.
Hoja de evolución de Adolescentes.
024/2008 Autorización, Exoneración y Retiro.
054/2008 Concentrado de Laboratorio.
033/2008 Odontograma.

ATENCIÓN DEL EMBARAZO.

001/2008 Admisión.
051/99 Atención Perinatal.
006/92 Nomograma para clasificación la relación Peso/Talla de la
Mujer (%).
042-A/88 Registro de crecimiento Uterino.
Atención Integral madre, el Neonato y Menor de dos años.
005/2008 Evoluciones y Prescripciones médicas.
024/2008 Autorización, Exoneración y Retiro.

054/2008 Concentrado de Laboratorio.

033/2008 Odontograma.

ATENCION GINECOLOGICA Y REGULACION DE LA FECUNDIDAD.

001/2008 Admisión.

052 Atención de Salud Reproductiva.

005/2008 Evoluciones y Prescripciones médicas.

024/2008 Autorización, Exoneración y Retiro.

054/2008 Concentrado de Laboratorio.

033/2008 Odontograma.

ATENCION DEL ADULTO.

001/2008 Admisión.

002/2008 Consulta Externa, Anamnesis y Examen físico.

005/2008 Evoluciones y Prescripciones médicas.

024/2008 Autorización, Exoneración y Retiro.

054/2008 Concentrado de Laboratorio.

033/2008 Odontograma.

ATENCION DEL ADULTO MAYOR.

001/2008 Admisión.

057/2010 Atención al adulto mayor.

005/2008 Evoluciones y Prescripciones médicas.

024/2008 Autorización, Exoneración y Retiro.

054/2008 Concentrado de Laboratorio.

033/2008 Odontograma.

5.2. PREPARACION DE PACIENTES.

5.2.1. CONTROL DE SIGNOS VITALES.

¿Qué son los signos vitales?

Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Son muy útiles para detectar o monitorizar problemas de salud. Los cuales señalo a continuación.

- La temperatura del cuerpo.
- El pulso.
- Las respiraciones (la frecuencia respiratoria)
- La presión de la sangre (La presión de la sangre no se considera un signo vital, pero se suele medir junto a ellos).

CONTROL DE LA TEMPERATURA

- La temperatura normal del cuerpo de una persona varía dependiendo de su género, su actividad reciente, el consumo de alimentos y líquidos, la hora del día y, en las mujeres, de la fase del ciclo menstrual en la que se encuentren. La temperatura corporal normal, de acuerdo a la Asociación Médica Americana (American Medical Association), puede oscilar entre 97,8° F (o Fahrenheit, equivalentes a 36,5°C, o Celsius) y 99°F (37,2°C).
- El personal de enfermería tomara únicamente la temperatura Axilar y registrara su lectura en el formulario respectivo

PROCEDIMIENTO.

TEMPERATURA AXILAR

- Pedir al paciente que separe el brazo del cuerpo.
- Secar la axila con la servilleta de papel suavemente
- Colocar el termómetro en la axila.

- Pedir al paciente que haga ligera presión sobre el termómetro ubicando su brazo sobre el tórax anterior
- Dejar por un tiempo de cinco a siete minutos.
- Retirar el termómetro y limpiar con una servilleta de papel desde el cuerpo hacia la oliva.
- Leer la temperatura, anotar en la hoja correspondiente de la historia clínica.
- Bajar la columna de mercurio, protegerlo con papel higiénico y dejarlo en la canastilla.
- Lavar el termómetro con abundante agua corriente y solución jabonosa del cuerpo hacia la oliva.
- Luego limpiar el termómetro con solución desinfectante (alcohol).
- Dejarlo en lugar limpio, seco y seguro.

CONTROL DEL PULSO.

Es el número de veces que el corazón late por minuto. Cuando el corazón impulsa la sangre a través de las arterias, éstas se expanden y se contraen con el flujo de la sangre. Al tomar el pulso no sólo se mide la frecuencia cardiaca, sino que también puede indicar: El ritmo del corazón y la fuerza de los latidos.

PROCEDIMIENTO.

- El Paciente debe estar cómodo.
- Pedir al paciente que apoye el brazo en un sitio firme
- Pedir al paciente que esté en silencio.
- Colocar los dedos índice, medio y anular sobre la muñeca y localizar la arteria radial, se encuentra en la parte externa cuando el brazo está en la posición supina. En caso de no localizarlo aquí, buscarlo en los otros sitios accesibles.
- Contar las pulsaciones en un minuto completo, apreciando: amplitud, igualdad tensión o dureza y regularidad.
- Anotar la frecuencia o número de pulsaciones (en la hoja correspondiente de la historia clínica.)

CONTROL DE LA RESPIRACIÓN.

La frecuencia respiratoria es el número de veces que una persona respira por minuto. Se debe tomar cuando la persona está en reposo, y consiste en contar el número de respiraciones durante un minuto contando las veces que se expande el tórax.

PROCEDIMIENTO.

- Colocar la paciente cómodamente.
- No se le debe de informar al paciente acerca de lo que se está haciendo ya que entonces respiraría más deprisa y obtendríamos un dato incorrecto.
- Se coge la muñeca del paciente como si se le fuera a tomar el pulso, y la situamos sobre su tórax, para poder de esta forma percatarnos de sus expansiones torácicas.
- Contar durante un minuto todas las expansiones que realice.
- La frecuencia respiratoria, así como el resto de signos vitales debe ser tomada correctamente y poniendo mayor énfasis en los niños menores de 5 años, este valor es importante en el momento que el médico atiende al niño y es un signo de alarma que le ayudara a su diagnostico.

Los valores Normales de la frecuencia respiratoria por edad.

Recién nacido 30 – 80

Lactante menor 20 – 40

Lactante mayor 20 – 30

Niños de 2 a 4 años 20 – 30.

Niños de 6 a 8 años 20 – 25

Adulto 15 – 20.

Los valores que nos indican que hay un signo de alarma.

De 2 A 11 meses 50 o más respiraciones en un minutos.

De 12 meses a 4 años. 40 o más en un minuto.

- Educar a la madre para que valore la respiración normal de su niño, explicándole que se caracteriza por ser suave, regular, normalmente la respiración no exige esfuerzos y es silenciosa, ante cualquier cambio de la misma, estamos frente a un signo de alarma.
- Anotar en el formulario correspondiente.

CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Cada vez que late el corazón, bombea sangre hacia las arterias, por lo que la presión de la sangre es más alta cuando el corazón se contrae. Para medirla, el paciente deberá estar en posición de sentado o acostado según su condición, tomando en cuenta que el brazo se encuentre al mismo nivel del corazón. Debemos tener la precaución de que el paciente haya estado en reposo por lo menos 5 a 10 minutos.

PROCEDIMIENTO.

- Colocar el brazo en posición supina
- Descubrir el área donde se va a colocar el brazalete.
- Colocar el brazalete del tensiómetro ceñido al brazo a 2 cm, por encima del pliegue del codo.
- Colocar el manómetro en forma fija y visible sobre el brazalete.
- Localizar con la yema de los dedos el pulso en la arteria.
- Colocar los auriculares en los oídos.
- Cerrar la válvula de paso de aire.
- Colocar el tambor en la parte interna del pliegue del codo.
- Abrir lentamente permitiendo la entrada de aire hasta que la aguja marque más de lo que se cree que el Paciente, tiene de Tensión Arterial.
- Abrir lentamente la válvula permitiendo la salida de aire, poniendo atención al manómetro en el punto que suene el primer ruido: SISTÓLICO y retener la cifra.

- Continuar abriendo lentamente hasta cuando desaparece el ruido o hay cambio en el mismo, lo cual corresponde a la presión DIASTÓLICA grabar mentalmente la cifra.
- Abrir la válvula hasta que salga todo el aire del brazalete o la aguja marque cero.
- Retirar el tensiómetro y dejar cómodo al paciente.
- Registrar el valor en el formulario correspondiente
- En el caso de que este el paciente este con la presión Alta, deberá recibir atención médica inmediatamente.

5.2.2. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS (PESO, TALLA, PERÍMETRO CEFÁLICO, PERÍMETRO CINTURA, PERÍMETRO CADERA Y PERÍMETRO PANTORRILLA).

PESO.-Es la medida de la masa corporal de una persona.

PROCEDIMIENTO.

- Antes de proceder a pesar el personal debe constatar que la balanza esté encerrada.
- El paciente debe tener la menor cantidad de ropa posible y debe subirse a la báscula sin zapatos y con los pies levemente separados.
- El paciente se colocará en el centro de la báscula en posición estándar erecta y de espaldas al registro de la medida, sin que el cuerpo esté en contacto con alguna superficie.
- El niño(a) debe pesarse preferentemente desnudo, sentado o acostado en la balanza pesa bebe hasta aproximadamente los 15 kg.

TALLA.- Es la altura o longitud de un individuo tomada desde la planta de los pies al vértice de la cabeza. Nos permite conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño, salud y posibilidades de supervivencia.

PROCEDIMIENTO

- El paciente permanecerá de pie, guardando la posición erecta con los talones, glúteos, espalda y región occipital en contacto con el plano vertical del tallímetro.
- Se instruye al paciente para que mire al frente y haga una inspiración profunda en el momento de la lectura.
- Con la escuadra del tallímetro bajamos hasta el vértice de la cabeza del paciente en caso de no contar con la escuadra del tallímetro, utilizaremos una escuadra de 90°C.
- Una vez que se tiene el resultado procedemos a registrar en el formulario correspondiente.
- Todo niño menor de 2 años la talla se medirá en el paidómetro, se lo coloca boca arriba, quitar al niño los zapatos, medias y algún adorno para el cabello si lo tuviera, la espina dorsal no debe estar arqueada, la cabeza contra la pieza fija del paidómetro, presionando el pelo, sujete las piernas del bebe con una mano y mueva la pieza para los pies con la otra mano. Aplique presión suave sobre las rodillas para estirar las piernas tanto como se pueda sin causar daño. Las plantas de los pies deben estar planas contra la pieza, los dedos deben apuntar hacia arriba, lea la medición y registre en el formulario correspondiente.

Nota: No es posible estirar la rodillas de los recién nacidos tanto como es posible para niños mayores. Sus rodillas son frágiles y pueden dañarse frágilmente, de manera que debe aplicar el mínimo de presión.

PERIMETRO CEFALICO.

Se toma con cinta métrica a todo niño menor de 1 año de edad iniciando en la región parietal izquierda en forma circular pasando por las partes más prominentes (frontal, occipital), proceder a la lectura y registrar en el formulario correspondiente.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS QUE SE DEBE TOMAR AL PREPARA AL ADULTO MAYOR A MÁS DE LAS ANTERIORES.

PERIMETRO CINTURA.

- El personal de enfermería procederá a tomar con una cinta métrica tomando como punto de referencia el espacio intermedio entre reborde costal de la última costilla y la cresta iliaca.
- El resultado obtenido debe ser anotado en el formulario correspondiente.

PERIMETRO CADERA.

- Con una cinta métrica a nivel de los trocánteres procedemos a tomar la medida.
- El resultado obtenido debe ser anotado en el formulario de la historia clínica.

PERIMETRO PANTORRILLA.

- Se mide con una cinta métrica en la parte más gruesa de la pantorrilla.
- El resultado obtenido debe ser anotado en el formulario correspondiente.

5.2.3. PRECONSULTA.

- El personal de Enfermería orientará al usuario para que haga uso del servicio al que demanda.

5.2.4. POSTCONSULTA.

- Luego de recibir la atención el usuario deberá ser orientado en cuanto a su diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y controles subsecuentes.

6. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS DEL MSP.

6.1. PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS. (P.C.T.).

OBJETIVO GENERAL.

Establecer un control efectivo de la tuberculosis implementando la estrategia DOTS en todos los establecimientos de salud.

ACCIONES.

Investigar a todos los consultantes y acompañantes que acuden al servicio por la presencia de tos y flema por más de 15 días (Sintomático respiratorio).

Si existe alguna persona que tiene tos y flema por más de 15 días proceder a registrar en el libro de sintomáticos respiratorios y tomar las muestras de bacilos copia.

La toma de muestras de baciloscopia se debe realizar mediante el SPORTMONING (dos muestras en 24 horas, al primer contacto y a la mañana del día siguiente). En casos excepcionales se puede tomar las dos muestras en el mismo día con un intervalo de dos horas entre cada una.

Citar al paciente en dos días para la entrega de resultados y reciba la atención médica correspondiente. Los resultados deben ser colocados en la Historia Clínica del paciente y registrados en el libro de sintomático

- ❖ De ser positivo el caso se procederá a solicitar la medicación respectiva y a administrar el tratamiento mediante la estrategia DOTS (tratamiento acortado directamente observado), previa prescripción médica.

- ❖ Se deberá registrar el caso en el libro de casos de tuberculosis, tarjeta de tratamiento, e historia clínica
- ❖ Realizar la visita domiciliaria de enfermería, trabajo social para concienciar al paciente, familia, e investigar contactos.
- ❖ Realizar los controles médicos, controles baciloscópicos en forma mensual y la prueba de tamizaje para VIH.
- ❖ Realizar seguimiento de casos, contactos, IEC a familia y comunidad intra y extra mural sobre la tuberculosis y su importancia de prevenirla.

6.2. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES. (P.A.I.)

OBJETIVO GENERAL.

Disminuir las tasa de morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación en la población objeto.

NORMAS DEL MANEJO DE RED DE FRIO.

OBJETIVO.- Asegurar la correcta conservación de las vacunas en condiciones adecuadas de luz y Tª garantizando su inmunogenicidad desde su fabricación hasta la aplicación al usuario

UTILIZACIÓN TÉCNICA DE LA REFRIGERADORA.

UBICACIÓN:

En un ambiente fresco

Bien ventilado

A la sombra

Alejada de toda fuente de calor

A 15 cm. de distancia

Sobre una base bien nivelada.

❖ **MANTENIMIENTO DE LA REFRIGERADORA-**

El personal de Enfermería debe Limpiar y asear la refrigeradora 1 vez por mes, PRN o cuando el grosor del hielo sea de 1.5 cm.

Verificar que el cierre de la puerta sea hermético. Con una hoja de papel boon.

Limpiar con 1 cepillo de cerdas suaves el compresor y la parrilla vertical del condensador. 1 vez al mes.

Para descongelar la refrigeradora debe retirar las vacunas existentes y colocarlas en termos.

Una vez que se ha realizado la limpieza de la refrigeradora registrar en el documento correspondiente de control, la fecha y más información que solicita.

Control de la Temperatura de la refrigeradora todos los días laborables dos veces en el día, en la mañana en el momento de sacar el biológico para vacunar durante la jornada y en la tarde al guardar el mismo, graficar en la hoja de control de la temperatura con azul en la mañana y con rojo en la tarde.

➤ **NORMAS DE CONSERVACION DE LAS VACUNAS DENTRO DE LA REFRIGERADORA.**

Las vacunas de preferencia se deberán mantener dentro de las cajas de embalaje para ayudar a mantener la T al momento de abrir la refrigeradora.

Caso contrario Las vacunas deben ubicarse en canastillas deberán estar en el centro de la zona de refrigeración.

Las canastillas deben estar separadas a unos 5 cm.

En la primera rejilla de la refrigeradora colocar toda la vacuna liofilizada.

En la segunda rejilla colocar las vacunas líquidas para evitar el riesgo de congelarlas.

En la parte inferior se debe colocar botellas con un litro de H₂O bien tapadas, separadas a 2.5cm., estas ayudan a estabilizar la T y se colocan de poco en poco.

Nunca debe guardarse alimentos, drogas u otro tipo de productos que no sean vacunas.

Descartar los sobrantes de vacunas que no han sido utilizadas dentro del límite de tiempo.

Las vacunas no deben estar en contacto con las paredes de la refrigeradora, pues corren el riesgo de congelarse.

No almacenar vacunas en la parte inferior o en la puerta de la refrigeradora.

➤ **PRECAUCIONES**

Abrir la puerta solo cuando sea necesario.

En caso de un corte de energía no abrir la puerta (sellarla) y si persiste más de 3 horas colocarlas en el termo.

No mezclar los biológicos que se vuelven al refrigerador luego de una jornada con los que no fueron sacados.

El tiempo útil del frío del termo es de 72 h sin destapar y de 36 cuando se destapa para la jornada de trabajo.

IMPORTANTE

Ningún biológico debe ser congelado, debe mantenerse a temperatura adecuada (+ 2 +8).

➤ **MANEJO DE LOS FRASCOS ABIERTOS CON VACUNAS MULTIDOSIS.**

Condición 1

Que las vacunas no hayan pasado la fecha de vencimiento

Condición 2:

Que las vacunas hayan sido almacenadas y conservadas en Condiciones apropiadas de cadena de frío.

Condición 3

Que la tapa de jebes del frasco de vacuna no se haya sumergido en agua

Condición 4

Que las dosis de vacuna extraídas previamente hayan sido con alto grado de asepsia

No olvidarse de:

Colocar la fecha y hora de apertura en el frasco de vacuna.

➤ **PREPARACION DE EQUIPOS.**

Sacar los paquetes fríos del congelador y no colocarlos inmediatamente en el termo o caja fría.

Se debe colocar los frigos a T^o ambiente hasta cuando exista en su superficie externa unas pequeñas gotas de H₂O o cuando al agitar se escuche el sonido del agua.

➤ **TRANSPORTE DE BIOLÓGICOS (salida a las comunidades y visita domiciliaria.)**

PRECAUCIONES.

Los equipos (cajas frías o termos) deberán permanecer colocados a la sombra y alejados de toda fuente de calor.

Si se transporta en vehículos, mantener abiertas las ventanas para renovar el aire.

Si la T° ambiente es elevada, se debe cubrir los equipos térmicos con telas húmedas.

➤ **ACCIONES.**

- Una vez que el niño a recibido el control médico se procederá a inmunizarlo de acuerdo a su edad y de acuerdo a las normas del P.A.I, y en algunos casos especiales en los que la madre acude solo a demandar ese servicio se lo inmunizara sin el control médico.
- Previo a inmunizarle si acude por primera vez para vacunar se lo registrara en el cuaderno correspondiente, se le abrirá su tarjeta y se le asignara su código y se colocara en el tarjetero para su seguimiento, si es subsecuente se le actualizara su tarjeta y se le pondrá la próxima cita.
- Registrar al niño/ a en el parte diario de vacunación Correspondiente.
- Tener torundas secas, en el momento de administrar la vacuna Humedecer con solución jabonosa o antiséptico (alcohol) de acuerdo a la vacuna que vayamos a administrar.
- Educar a la madre sobre los reacciones postvacunales, medidas de apoyo, importancia de las vacunas y su próxima cita.
- Se debe proveer en forma mensual de suficiente biológico, insumos y materiales en el banco de vacunas y estadística.
- Realizar el informe mensual de vacunas y entregar a la persona responsable del banco de vacunas en el Área II (Concentrado Mensual, retroalimentación, información por cantones y la solicitud de biológico.).
- Actualizar el kardex de las vacunas en forma mensual.

- Graficar coberturas alcanzadas en forma mensual y determinar los rangos de cobertura.

PARA FORTALECER EL PROGRAMA DEL PAI Y CUMPLIR CON LA META.

- Se realizara visitas domiciliarias en el sector urbano y rural a los niños renuentes de acuerdo a la tarjeta para inmunizarlos.
- Se visitara los centros de atención infantil cada dos meses para hacer seguimiento.
- Todos los días martes se visitara las comunidades para brindar atención integral. (inmunizaciones).

6.3. SISTEMA INTEGRADO DE VIGILANCIA ALIMENTARIA NUTRICIONAL. SIVAN. (PANN. 2000, PEAN, SISVAN Y PIM).

OBJETIVO GENERAL.

Fortalecer el estado nutricional de grupos vulnerables mediante la administración de suplementos alimentarios que permitirán disminuir el riesgo de enfermedades carenciales y prevenir el retraso en el crecimiento y los daños de mal nutrición calórico proteicos y de micronutrientes de los niños/as menores de 3 años de edad.

ACCIONES.

- El personal de Enfermería en coordinación con el equipo de salud debe impulsar un proceso de educación que incluye la investigación de actitudes, prácticas y análisis de comportamientos en torno a la alimentación en niños menores de 5 años de edad; alimentación y cuidados de la embarazada y madre lactante, para concienciar al usuario sobre cómo mejorar las prácticas alimentarias.

- La norma establece la entrega de dos kilos de mi papilla a los niños/as de 6 a 36 meses y dos kilos de MI Bebida a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia previo control médico.
- Se debe explicar cómo preparar MI PAPILLA y MI BEBIDA, e indicarle que MI PAPILLA es un alimento complementario a la leche materna y de las otras comidas que deben recibir los niños/ as de 6 a 36 meses. MI BEBIDA es un alimento complementario que deben tomar las mujeres embarazadas y las madres en periodo de lactancia.
- Los productos son alimentos pre cocidos por lo tanto, MI PAPILLA es un producto de fácil preparación, debemos mezclar 2 medidas de agua tibia (previamente hervida) con dos medidas de mi papilla para obtener un puré que se le debe dar dos veces al día a los niños/as de 6 a 36 meses,
- MI BEBIDA es un producto de fácil preparación se pone en el jarro 2 medidas de mi bebida y se aumenta agua tibia (previamente hervida) hasta las tres cuartas partes del jarro, la consumen las madres embarazadas y en periodo de lactancia, dos veces al día.
- Luego de la consulta médica el usuario debe recibir el producto de acuerdo a la norma y el personal de enfermería con el personal médico deberá realizar la revisión del correcto llenado de HCL, Partes diarios, concentrados y cupones a fin de mantener un sistema de información adecuado.
- Deberá realizarse los pedidos mensualmente para evitar desabastecimiento, considerando que por parte de la empresa privada la distribución de producto se realiza cada dos meses.
- El sistema de información debe ser entregado al área en las fechas establecidas para el efecto.

6.4. PROGRAMA INTEGRADO DE MICRONUTRIENTES (P.I.M)

OBJETIVO GENERAL.

Contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales causados por deficiencias de micronutrientes (Fe, ZN, Vitamina A, Ácido Fólico) en la población de mayor riesgo social y biológico.

ACCIONES.

- ❖ Previa prescripción médica se entregara diez tabletas de Hierro a toda mujer embarazada desde la primera consulta en cualquier momento del embarazo, las mismas que debe tomar miércoles y domingo de preferencia entre comidas para mejor absorción del hierro.
- ❖ Previa prescripción médica se entregara a la madre 1 frasco de sulfato ferroso de 30 ml si el niño/niña de tiene peso bajo al nacer o es prematuro a partir del segundo mes de vida .Se le indicara a la madre que debe administrar un gotero (20 gotas) miércoles y domingo, luego del sexto mes 1 gotero y medio(30 gotas) miércoles y domingo hasta el año de edad.
- ❖ El personal de Enfermería previo consulta médica y prescripción entregara a la madre 1 frasco de 30 ml de sulfato ferroso trimestralmente si el niño a nacido a término y el peso es adecuado para su edad, se le indicara a la madre que debe administrar un gotero (20 gotas) miércoles y domingo, hasta los seis meses de edad ,luego 1 gotero y medio(30 gotas) miércoles y domingo hasta el año de edad.
- ❖ El personal de enfermería administrara la Vit A a todos los niños/ as a partir de los 6 a 36 meses de edad, previa prescripción médica. Y deberá registrar en el carné de vacunación para hacer seguimiento y pone la próxima cita para la siguiente

dosis, ya que se debe administrar cada 4 meses hasta los 36 meses de acuerdo al siguiente esquema.

100.000 UI a niños/as de 6 a 12 meses de edad, independiente de su Estado nutricional.

200.00 UI a niños/as de 12 a 36 meses con bajo peso.

100.00 UI a niños/as de 12 a 36 meses con peso normal.

- En los casos que la madre acuda con el niño/a solo para suplementarlo con vit A, porque no dispone del tiempo necesario para hacerle el control al niño/a, en estos casos el personal de enfermería procederá a pesar al niño, dejar registrado en la hoja de evoluciones, hacer la receta y administrar la Vit A.
- Luego de la consulta médica el usuario debe recibir el producto de acuerdo a la norma y el personal de enfermería con el personal médico deberá realizar la revisión del correcto llenado de la Historia Clínica, partes diarios, concentrados y cupones a fin de mantener un sistema de información adecuado.
- Al finalizar el mes se deberá realizar la constatación física del producto a fin de cuadrar información y verificar la calidad del producto.

6.5. MANEJO DE DESECHOS BIOPELIGROSOS.

OBJETIVO GENERAL.

Fomentar la aplicabilidad de normas de bioseguridad en el personal de salud, lo que permitirá disminuir el riesgo de adquirir infecciones nosocomiales y enfermedades infectocontagiosas.

ACCIONES.

- Realizar el manejo interno de desechos en sus cuatro fases: Separación, almacenamiento, transporte y tratamiento.
- Separación en el lugar de generación, de acuerdo al Manual de Manejo de desechos.
- En los consultorios de Medicina, Obstetricia, deben existir recipientes para colocar desechos comunes, cortos punzantes e infecciosos.
- En los consultorios de Odontología, en Laboratorio, sala de parto, postparto, vacunas, sala de emergencia, deben existir recipientes para colocar desechos comunes, cortos punzantes, infecciosos y especiales.
- En la sala de preparación, espera, estadística, P.C.T. deben existir recipientes para desechos comunes.
- Todos los recipientes deben estar sin tapa, rotulados en el cuerpo y en la pared donde están ubicados.
- Utilizar funda roja para los desechos contaminados y funda negra para los comunes.
- Los desechos permanecerán en el lugar de generación únicamente 8 horas, luego tiene que ser pesados registrar en el cuaderno de control y depositar en el lugar de almacenamiento final que se encuentra ubicado en la parte izquierda del subcentro. (Comunes e infecciosos).
- Los corto punzantes (agujas, baja lenguas, cepillos endocervicales, espátulas de ayre) deben ser colocados en frascos resistentes, cuando no se dispone de testigos que es lo ideal, una vez que se ha llenado las tres cuartas partes, retirarlo del área, remplazarlo y se debe proceder a su tratamiento.

TRATAMIENTO DE DESECHOS BIOPELIGROSOS

DESINFECCIÓN QUÍMICA DE CORTOPUNZANTES.

- El tratamiento de los cortos punzantes se lo realiza con cloro, colocándole el mismo hasta cubrir todo el material, se deja actuar por 30 minutos y se elimina por la alcantarilla, sellar para evitar la reutilización y colocar el recipiente en el almacenamiento final.

DESINFECCIÓN QUÍMICA DE LIQUIDOS CORPORALES (LABORATORIO.)

- Se recolectara en un recipiente de plástico rígido, no llenar poner solo hasta la mitad del recipiente, colocar cloro 5 o al 10% de acuerdo al tipo de contaminación, cantidad 50 -50 (mitad cloro mitad líquidos corporales) se deja actuar por 10 a 20 minutos y se elimina por la alcantarilla, sellar para evitar la reutilización y colocar el recipiente en el almacenamiento final.
- Al momento de realizar este tratamiento se debe utilizar prendas de protección, guantes, mascarilla, gorro y mandil.
- En el caso de la placenta en la sala de partos se le colocara en un recipiente con una rejilla, dejar que se escurra la mayor cantidad de sangre, colocar la placenta en una funda plástica resistente y colocar una a dos tazas de cal por placenta, pesar, etiquetar y dejar en el recipiente específico.

DESINFECCIÓN QUÍMICA DE MATERIAL QUIRÚRGICO.

- Se realiza con solución clorada: Se prepara 10cc de Cloro en un litro de agua.
- Se coloca las pinzas en una semiluna y se le pone la solución clorada, se deja actuar por 30 minutos y se elimina por la alcantarilla, luego se procede a lavar bien

con agua las pinzas, posteriormente se pone a lavar, se lava, secar y poner a esterilizar.

PARA FORTALECER EL PROGRAMA SE DEBE EJECUTAR LAS SIGUIENTES ACCIONES.

- Capacitación en el Manejo interno de los desechos biopeligrosos a todos los establecimientos de Salud del Cantón.
- Catastro de los establecimientos de Salud del Cantón.
- Reuniones con el comité cantonal cada 4 meses.
- Elaboración del POA del comité de desechos biopeligrosos de los establecimientos de salud del Cantón.
- Evaluación a los establecimientos de salud del cantón en lo que corresponde al manejo de desechos biopeligrosos en sus establecimientos.
- Gestión ante el gobierno local para el Manejo externo de desechos, construcción de la celda especial en el relleno sanitario, colocar el remolque al carrito que ya se dispone para el transporte final de los desechos y el recurso humano para este fin.

6.6. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

OBJETIVO GENERAL.

- Realizar la búsqueda, notificación y seguimiento de enfermedades de notificación obligatoria (dengue, hepatitis, varicela, rubeola, etc), síndromes, muerte materna, desastres o accidentes, brotes o epidemias, lo que permitirá disminuir la incidencia de estas enfermedades.

ACCIONES.

- Búsqueda activa institucional y comunitaria de casos.
- Investigación de casos, en el servicio y en la comunidad
- Elaboración de ficha epidemiológica y toma de muestra de acuerdo al caso
- Notificación de casos en el EPI 1 local en forma semanal.
- Elaboración del EPI confirmado cada cuatro semanas, (casos confirmados, descartados y defunción) en semanas posteriores a la notificación inicial.
- Se debe considerar que las semanas epidemiológicas inician el día Domingo y Termina el Sábado de La siguiente semana de acuerdo al calendario epidemiológico.

7. PATOLOGÍAS.

7.1. PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS. (EDA).

OBJETIVO.

Disminuir la mortalidad y la morbilidad por enfermedades diarreicas en niños/as menores de 5 años.

ACCIONES.

- Enseñarle a la madre sobre los signos de deshidratación: niño/a intranquilo o irritable, ojos hundidos, bebe ávidamente, con sed, signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior.
- Si el niño/a tiene dos signos de los anteriores tiene deshidratación.

- Si el niño esta letárgico o inconsciente o bebe mal o no puede beber, ojos hundidos, bebe ávidamente, con sed, signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior. Dos de estos signos significa deshidratación grave.
- Enseñarle a la madre como prepara el SRO. Ver Anexo 1.
- Enseñarle a la madre las tres reglas del tratamiento en casa: darle más líquidos, continuar alimentándolo, y cuando regresar.
- Enseñar a la madre cuando debe ir urgentemente al subcentro de salud más cercano.

Quando el niño no puede beber.

Se ve decaído.

No puede Tomar el seno.

Tiene dificultad para respirar.

Tiene respiración agitada o ruidosa.

Tiene diarrea con sangre.

Le falta agua en el cuerpo.

Tiene fiebre muy alta.

- Enseñarle como debe dar el medicamento al niño/a, cuantas veces, y por cuantos días.

PLAN A: Tratar la diarrea en casa (cuando no tiene signos de deshidratación).

- Enseñar a la madre las tres reglas del tratamiento en casa.
 - 1.- Darle más líquidos (todo lo que el niño o niña acepte).
 - Darle el seno con mayor frecuencia.
 - Si el niño/a se alimenta exclusivamente con leche materna, darle SRO a más de la leche materna.

- Si el niño/a no se alimenta exclusivamente con leche materna, darle además de la leche materna líquidos y S.R.O.
 - Enseñar a la madre como preparar el suero Oral, entregar dos sobres de SRO para usar en casa.
 - Indicar a la madre la cantidad de líquidos adicionales que debe darle al niño/a después de cada deposición diarreica.

Menores de 2 años	50 a 100 ml.
Mayores de 2 años	100 a 200 ml.

Darle las siguientes instrucciones a la madre.
 - Administrar frecuentemente pequeños sobos de líquido en taza y con cuchara.
 - Si el niño/a vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
 - Continuar dando más líquido hasta que la diarrea pare.
- 2.- Continuar con la alimentación habitual de forma fraccionada.
- 3.- Cuando regresar a la unidad de Salud.

PLAN B: Tratar la deshidratación con SRO.(si tiene algún grado de deshidratación).

Administrar durante cuatro horas en el subcentro de salud, la cantidad recomendada de SRO, la cantidad aproximada de SRO se puede calcular multiplicando el peso del niño (en kilos) por 75 (dar de 50 a 100 ml /kg/4 horas).

Indicarle a la madre como administrar el SRO tal como se recomienda en el Plan A.

Hidratar durante cuatro horas al niño/a y luego evaluar al médico.

PLAN C: Tratar rápidamente la deshidratación grave (vía IV).en unidad de mayor complejidad.

7.2. PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. (IRA).

OBJETIVO GENERAL.

Disminuir la mortalidad y la morbilidad por Infecciones respiratorias agudas en niños/as menores de 5 años.

- Enseñarle a la madre sobre signos de peligro general y preguntarle.
- El niño/a puede beber o tomar seno.
- Ha tenido el niño/ a convulsiones.
- Verificar si el niño/a esta letárgico o inconsciente.
- Indicarle a la madre si tiene uno de estos signos peligro en general necesita atención de urgencia, el médico tiene que referirlo al hospital.
- Motivar a las madres y familiares para que acudan inmediatamente a una unidad de salud cuando sus hijos presenten signos o síntomas compatibles con infección respiratoria aguda, para su adecuado tratamiento.
- Enseñarle a la madre las seis medidas de apoyo.
 - Como tratar la fiebre.
 - Seguir alimentando al niño normalmente.
 - Darle líquidos suficientes.
 - Manejo de la tos.
 - Enseñarle a la madre los signos de peligro.
 - Explicar cómo limpiar la nariz obstruida por secreciones.

8. PROCEDIMIENTOS GENERALES DE LA UNIDAD DE SALUD.

8.1. LAVADO DE MANOS.

OBJETIVO.- Prevenir la transmisión de agentes infecciosos del personal a los pacientes y de unos pacientes a otros, a través de las manipulaciones realizadas por el personal.

Las uñas deben ser cortas y no llevar ningún tipo de esmalte.
No se deben llevar reloj de pulsera, anillos, sortijas, etc.

PROCEDIMIENTO.

Lavado de manos rutinario

1. Se aplica sobre las manos agua y jabón frotándolas entre 10 Y 30 segundos, prestando especial atención a los espacios interdigitales y uñas. Los movimientos de lavado serán desde el brazo hacia los dedos.
2. Lavado con agua templada.
3. Secado con toalla desechable de papel, desde la punta de los dedos hacia el codo.
4. Cerrar el grifo con el codo si tiene el dispositivo adecuado, o bien con una toalla seca de papel.

8.2. TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE GUANTES ESTÉRILES.

OBJETIVO.

Proteger al paciente y a los profesionales que manipulan al enfermo.

PROCEDIMIENTO.

1. El envoltorio de los guantes debe ser abierto por la Enfermera sin que el especialista lo toque con sus manos una vez hecho el lavado adecuado de las mismas.
2. Sacar el paquete interno (estéril) que envuelve los guantes y colocarlo sobre una superficie. Si la superficie no está esterilizada, como es habitual, debe evitarse tocarla con las manos.
3. Desplegar el paquete interno. Los guantes se reconocen mediante una marca que llevan impresa en la que se indica si es derecho o izquierdo. Reconocer el guante derecho, en primer lugar, si es diestro y el izquierdo si no lo es.
4. Para colocar el guante derecho hay que levantar con la mano izquierda la abertura del guante. Los dedos de la mano izquierda sólo deben tocar el guante por la cara interna de la parte invaginada del mismo.
5. Introducir la mano derecha.
6. Con el guante puesto en la mano derecha, tomar el guante izquierdo por la doblez del guante y elevar la entrada para meter la mano izquierda.
7. Finalmente corregir la adaptación de los guantes a las manos, para conseguir una mayor comodidad y eficacia en las tareas manuales.

8.3. CURACIÓN DE HERIDAS.

OBJETIVOS: Mantener una herida limpia y aséptica para:

- Una pronta cicatrización.
- Contrarrestar y evitar infecciones.
- Evitar cicatrización viciosa o queloide

PROCEDIMIENTO.

1. Coloque al paciente, en posición adecuada según el área que va a curar
2. Descubra las zonas que va a curar

3. Colóquese los guantes
4. Retire el esparadrapo y colóquelo en el recipiente de desechos infecciosos.
5. Abra el equipo de curaciones y provéase de gasas y apósitos
6. Si va a utilizar el jelonett saque del recipiente antes de que utilice las pinzas en la curación.
7. Retira las gasas con la pinza, si está adherida a la herida remojándola con suero fisiológico.
8. Limpie con suero fisiológico procurando retirar toda secreción o tejido necrótico.
9. Si la herida es limpia se empieza la limpieza de adentro hacia afuera.
10. Si la herida es contaminada se empieza de afuera hacia adentro.
11. Aplique solución desinfectante como yodopovidona. Si la herida es infectada haga una buena limpieza con agua oxigenada.
12. Siga la indicación médica aplicando medicación prescrita.
13. Colóquese gasa estéril sobre la herida y luego el apósito y asegure bien con esparadrapo.
14. Envuelva los instrumentos en la envoltura.
15. Registre este procedimiento en la hoja correspondiente.
16. Descontaminar el equipo con solución clorada por 30 minutos lavar, secar y poner a esterilizar.
17. Lavarse las manos.

8.4. CONSEJERIA SOBRE LA RECOLECCIÓN DE MUESTRAS.

8.4.1. RECOLECCION DE MUESTRA DE ORINA.

OBJETIVO

Obtener una muestra correctamente recolectada, para enviar al laboratorio.

PROCEDIMIENTO.

- ✓ Rotular el Frasco.
- ✓ Previa a la recolección de la muestra realizarse una ducha vaginal
- ✓ Dejar ir un poco de orina y recolectar aproximadamente 120 cc en el frasco, es decir coger el chorro intermedio
- ✓ Tape el frasco debidamente rotulada
- ✓ Dejar el frasco con la muestra y el pedido en el Laboratorio.
- ✓ Lavarse las manos.

8.4.2. RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE HECES.

OBJETIVO.

Obtener una muestra correctamente recolectada, para enviar al laboratorio.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Rotular la caja.
- ❖ La muestra tiene que ser de heces recién emitidas, y la cantidad mínima necesaria para que sea adecuada tiene que ser de 1 ó 2 gramos, en el caso de tratarse de heces formadas o pastosas, y entre 5 y 10 ml en el caso de que sean líquidas.
- ❖ Para la muestra se escogerán aquellas porciones que contengan sangre, moco o pus.
- ❖ Cerrar herméticamente la caja.
- ❖ Entregar rápidamente al laboratorio para su procesamiento, ya que muchos patógenos intestinales pueden morir o enmascarar su presencia por el sobrecrecimiento de la flora microbiana normal.
- ❖ Lavarse las manos.

8.4.3. RECOLECCIÓN DE MUESTRA PARA EXAMEN BACTERIOLÓGICO.

OBJETIVO

Obtener una muestra correctamente recolectada, para enviar al laboratorio.

PROCEDIMIENTO.

- ❖ Anotar correctamente los datos de la persona en el libro de registro de sintomáticos respiratorios y en la solicitud para examen bacteriológico.
- ❖ Entregar al paciente un envase previamente rotulado en el cuerpo del frasco, con su identificación: nombre, apellidos, fecha y número de muestra, para la toma inmediata de la primera muestra.
- ❖ Acompañar al sintomático respiratorio a la área de recolección de muestras.
- ❖ Explicarle con palabras sencillas como obtener una buena muestra de esputo.
Tomar aire profundamente por la boca,
Retener el aire en los pulmones por unos segundos.
Toser fuertemente para eliminar la flema.
Depositar la flema (gargajo, esputo) en el envase.
Repetir los pasos anteriores por lo menos tres veces para obtener una buena cantidad de flema.
- ❖ Tapar bien el envase.
- ❖ Entregar el envase al personal de salud
- ❖ Recibir la primera muestra y entregar al paciente un envase rotulado (nombre, apellidos, fecha y número de muestra) para la recolección de una segunda muestra que debe ser recogida la mañana del día siguiente, en el domicilio del paciente.
- ❖ Una vez que se han recolectado las 2 muestras, el personal de salud debe citar oportunamente al paciente para informarle de los resultados de sus bacilos copias

- ❖ El personal de salud debe conservar las muestras en una caja, protegidas de la luz solar o el calor excesivo hasta el momento del envío al laboratorio.
- ❖ Lavarse las manos luego de recibir y manipular envases con muestras. El personal de salud debe llevar la muestra a laboratorio para su procesamiento y debe también retirar los resultados de baciloscopias de laboratorio, registrarlos en el libro de sintomáticos respiratorios y archivar en la historia clínica del paciente.

8.5. CONSEJERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA.

OBJETIVO DE LA TÉCNICA:

Proporcionar el alimento más asimilable para el lactante, con los requerimientos nutricionales e inmunológicos necesarios para su desarrollo y crecimiento.

PRECAUCIONES Y/O RECOMENDACIONES:

- a. Evitar la automedicación durante la lactancia.
- b. Háblele al niño cariñosamente durante la alimentación.
- c. Ingiera abundante líquido durante la lactancia

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

- Protección inmunológica al lactante.
- Proporciona los requerimientos nutricionales adecuados a su sistema gastrointestinal.
- Sin peligro de contaminación.
- Estrecha la relación con la madre.
- Interviene en el proceso fisiológico de la involución uterina de la madre después del parto.

PARA LOGRAR EL ÉXITO EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

1. Contacto inmediato con su madre.
2. La madre y el bebe deben permanecer juntos.
3. Dar la Primera leche (calostro).
4. Dar solo leche materna exclusivamente durante los primeros 6 meses.
5. Dar el seno día y noche.
6. No dar biberón.

POSICIÓN Y AGARRE CORRECTO PARA EL AMAMANTAMIENTO.

➤ Mostrar a la madre como sostener bien al niño.

- Con la cabeza y el cuerpo del niño erguidos.
- En dirección a su pecho, con la nariz del niño frente al pezón.
- Con el cuerpo del niño cerca del cuerpo de ella
- Sosteniendo todo el cuerpo del niño, y no solamente el cuello y los hombros.

➤ Mostrar a la madre como facilitar el agarre. La madre debe.

- Tocar los labios del niño con el pezón.
- Esperar hasta que el niño abra bien la boca.
- Mover al niño rápidamente hacia el pecho y cerciorarse de que el labio inferior del niño quede bien debajo del pezón.

➤ Verificar los signos del buen agarre y la succión. Si no son buenos, intentarlo nuevamente.

PROCEDIMIENTO.

1. Indicarle a la madre que debe lavarse las manos cada vez que vaya a alimentar a su bebe.

2. La madre debe estar cómoda y relajada, sentada.
3. Explicarle que lo coloque al niño en la posición y el agarre correcto para el amamantamiento.
4. Que sostenga con la mano opuesta el pezón y con el índice medio introducirlo en la boca del bebé.
5. La madre debe sostener el seno en forma de "C", el dedo pulgar hacia arriba, dejando descansar los otros dedos sobre el tórax, de manera que el dedo índice forme un soporte bajo el seno.
6. Ofrecer al niño cada mama durante 10 minutos al principio.
7. Retirar el pezón introduciendo el dedo en la boca del lactante o comprimiendo la zona areolar.
8. Sacar los gases al niño colocándoselo sobre el hombro o muslo, dando ligeros golpecitos o frotamientos en su dorso.
9. Deje al niño cómodo en posición prona (decúbito ventral) o decúbito lateral izquierdo

8.6. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

OBJETIVO.

Administrar con seguridad, sustancias terapéuticas por las diferentes vías.

LOS CINCO PASOS CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FORMA SEGURA.

1. DROGA CORRECTA

- Leer la etiqueta tres veces antes de coger la droga del anaquel, antes de removerla del envase, y antes de regresarla al anaquel de medicinas, ver caducidad del fármaco
- La etiqueta debe estar legible.

- Lo que debe conocer acerca del medicamento: Nombre, dosis, ruta, acción y usos, contraindicaciones, reacciones adversas, implicaciones para enfermería.

2. DOSIS CORRECTA

- Conocer la dosis usual adulta
- Hacer cálculos correctos
- Medir la droga correcta

3. RUTA O VÍA CORRECTA

- Ver vía de administración.

4. TIEMPO CORRECTO

- El medicamento debe administrarse dentro del período de seguridad de 15 minutos antes y después del tiempo

5. PACIENTE CORRECTO

- Preguntar el nombre al paciente
- Ver identificación del paciente

8.6.1. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL.

OBJETIVOS

Administrar con seguridad y precisión sustancias terapéuticas por la boca.

PROCEDIMIENTO.

- Lavarse las manos.
- Chequear el medicamento tres veces: antes, durante y después de la preparación.
- Preparar el medicamento de acuerdo a su naturaleza.

Tabletas, sellos, píldoras, cápsulas, etc.

- No tomar el medicamento con las manos sino con su respectivo copero o cuchara o jeringuilla y ponerlo en la boca.
- Si el paciente no pudiera deglutir, triturar en el mortero.

Líquidos

- Medir sea en el copero o en jeringuilla sin aguja.
- En caso de gotas, contarlas en una copa colocando a la altura de los ojos.

Polvos

- Enseñar a la madre como prepara el medicamento:
Disolver el medicamento con agua previamente hervida y fría, agitar antes de administrar, medir con la jeringuilla la dosis prescrita, dar el medicamento, proporcionándoles suficiente agua.
- Cerciorarse si el medicamento HA SIDO INGERIDO completamente.
- Registrar en el formulario correspondiente la dosis administrada y educar a la madre que continúe administrando el mismo de acuerdo a la dosis y hora prescrita.

8.6.2. PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA PARENTERAL.

PROCEDIMIENTO PARA PREPARAR LA MEDICACIÓN.

Lavarse las manos

- Si es ampolla
 - Desinfectar el cuello con una torunda
 - Protegerse los dedos con gasa estéril
 - Romper la ampolla
 - Introducir la aguja sin topar los bordes y absorber la cantidad prescrita
-
1. Si es frasco
 2. Quitar la tapa metálica
 3. Desinfectar la tapa de goma
 4. Introducir la aguja
 5. Invertir el frasco en forma perpendicular y absorber la cantidad prescrita
-
- ✓ Si es polvo
 - ✓ Con la ampolla de diluyente proceder como ampolla.
 - ✓ Con el frasco proceder como frasco
 - ✓ Vaciar el diluyente en el interior del frasco
 - ✓ Mover el frasco hasta conseguir una completa dilución
 - ✓ Absorber la dosis prescrita

VIA INTRADERMICA

- ✓ Introducir la aguja con el bisel hacia arriba con ángulo de 15 grados
- ✓ Inyectar el líquido lentamente
- ✓ Retirar la aguja en un solo movimiento

✓ Limpiar con la torunda

✓ No dar masaje

Las áreas utilizadas. Tercio superior de la cara anterior y lateral del antebrazo y base del deltoides.

VIA SUBCUTÁNEA

✓ Hacer promontorio introducir la aguja con el ángulo hacia arriba en ángulo de 45 grados

✓ Aspirar para estar seguro si no se pincho un vaso sanguíneo

✓ Administrar el líquido lentamente

✓ Hacer presión con la torunda y retirar la aguja con un solo movimiento

✓ No dar masaje

Las áreas utilizadas son: deltoidea, región periumbilical

VIA INTRAMUSCULAR

✓ Estirar la piel del paciente e introducirla aguja en ángulo de 90 grados.

✓ Aspirar para estar seguro de que no se pincho algún vaso sanguíneo

✓ Administrar lentamente

✓ Hacer presión con la torunda y retirar la aguja en un solo movimiento

✓ No dar masaje

✓ Dejar cómodo al paciente

✓ Las áreas utilizadas son: Triceps, cuadrante superior externo del glúteo, tercio medio del muslo.

✓ Para la inyección intraglútea se pondrá al paciente en posición decúbito ventral con la punta de los pies juntas y los talones separados

VIA INTRAVENOSA

✓ Seleccionar la vena

✓ Colocar el torniquete de 3 a 5 cm. Sobre el sitio a pincharse

- ✓ Estirar la piel sujetando la vena e introducir la aguja con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15 grados
- ✓ Aspirar para comprobar que se está en vena
- ✓ Soltar el torniquete
- ✓ Administrar el líquido lentamente, controlando reacciones del paciente.
- ✓ Presionar con una torunda y retirar la aguja en un solo movimiento

NOTA: Las jeringuillas se deben descartar en el recipiente de corto punzantes y los protectores de las agujas en comunes, nunca se debe volver a tapar la jeringuilla. Las torundas a utilizar deben estar secas sin ninguna solución, en el momento de administrar el medicamento humedecer con solución antiséptica (alcohol).

8.7. NEBULIZACIONES.

OBJETIVO.

Ayudar a la broncodilatación, movilizar secreciones broncopulmonares y fluidificar secreciones para mejorar la ventilación pulmonar.

PROCEDIMIENTO.

- ❖ Limpiar fosas nasales y cavidad bucal. (asegurarse que las vías aéreas superiores estén permeables).
- ❖ Preparar la mascarilla para la nebulización de acuerdo a la edad, la misma debe ser de uso personal.
- ❖ Preparar la solución para dar la nebulización de acuerdo a prescripción médica.
- ❖ Colocar al paciente la mascarilla, prender el nebulizador y vigilar su adecuado funcionamiento.
- ❖ Terminada la nebulización realizar fisioterapia respiratoria (drenaje postural) si el caso lo amerita.

VALORES NORMALES DE FRECUENCIA CARDIACA EDAD PULSACIONES POR MINUTO

Recién nacido 120 – 170

Lactante menor 120 – 160

Lactante mayor 110 – 130

Niños de 2 a 4 años 100 – 120

Niños de 6 a 8 años 100 – 115

Adulto 60 – 80

Nota: No se debe realizar la nebulización en pacientes con taquicardia.

8.8. PLANIFICACION FAMILIAR.

Educar a la madre sobre los diferentes métodos de planificación familiar que ella puede hacer uso para evitar embarazos.

VER ANEXO 2.

8.9. PAPANICOLAOU.

- Educar a nuestras usuarias sobre la importancia de hacerse el examen de Papanicolaou, una vez cada año y dependiendo del resultado anterior.
- Explicarle los requisitos previos al examen de papanicolaou.

Dentro de las 24 horas anteriores al examen se debe evitar

- Tener relaciones sexuales
- Hacerse lavados vaginales profundos
- Usar tampones.
- Administrarse óvulos vaginales.

VER ANEXO 3.

8.10 SCREENING DE MAMA O DOC. MAMARIO.

- Educar a la mujer sobre la importancia de realizarse el auto examen de mama en forma mensual para advertir cualesquier cambio de textura y la inspección manual, de pie y recostada, para observar protuberancias o engrosamientos inusuales.

VER ANEXO 4.

8.11 CONTROL PRENATAL.

- Educar a la madre sobre la importancia de los controles prenatales periódicos de acuerdo a su edad gestacional, control Odontológico, y la vacunación Antitetánica.

VER ANEXO 5.

BIBLIOGRAFIA.

33. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Capacitación de AIEPI, Ecuador 2005.
34. Manual de Normas Para el control de la Tuberculosis en Ecuador, Julio, 2005.
35. Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Prevalentes graves de la Infancia, segunda edición, 2004.
36. Manual de Normas Para el control de la Tuberculosis en Ecuador, segunda edición, 2010.
37. INFORME DE LOGROS, Avances; Situaciones de las Enfermedades Inmunoprevenibles, Ecuador Marzo 2008.
38. Manual de Normas Técnicas y Procedimientos del Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional, Quito- Ecuador 2006.
39. Manual de Normas Técnico- Administrativas; Métodos y Procedimientos de vacunación y Vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunizaciones; Ecuador; 2005.
40. BOSSANO Fernando, Otros, Manual para el Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud, segunda edición.2001.
41. Manual de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria para consejeras comunitarias. Ecuador 2001.
42. Régimen de la salud Tomo 1, junio 2007.

ANEXO 1.

PREPARACIÓN DE LA SOLUCIÓN DE SALES DE REHIDRATACION ORAL (SRO).

1. Lavarse las manos antes de prepara el SRO.
2. Medir un litro de agua hervida y fría.
3. Agregue todo el contenido de un sobre de SRO y revuelva bien hasta que quede disuelto por completo.

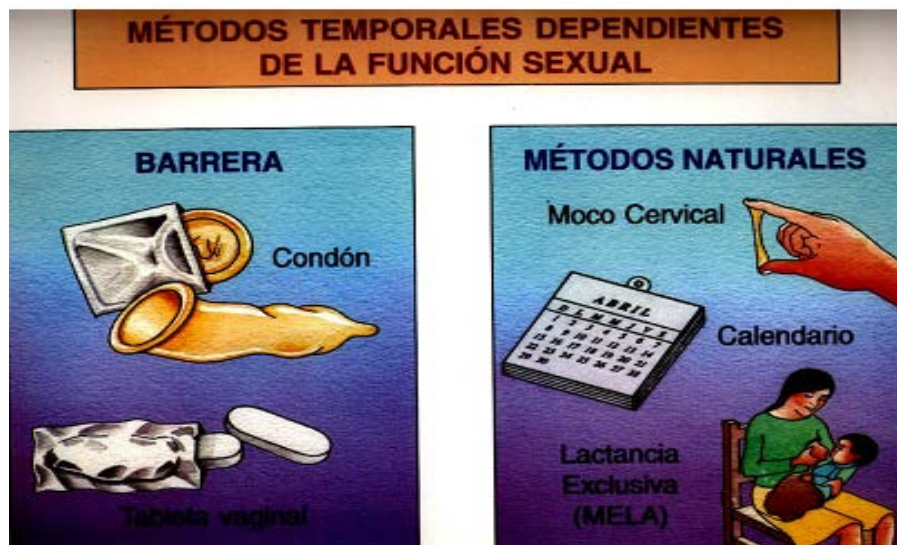
Recomiende.

- ❖ El Suero Oral debe administrarse a la temperatura ambiente.
- ❖ Cada día preparar una solución nueva.
- ❖ Mantenga tapado el recipiente.
- ❖ Nunca haga hervir el Suero Oral.
- ❖ Que la madre pruebe el Suero Oral para que conozca el sabor que tiene.

ANEXO 2

PLANIFICACION FAMILIAR.

Se refiere a una variedad de métodos usados para planificar o evitar embarazos, que se basan en la identificación de los días fértiles de la mujer.



MÉTODOS TEMPORALES

MÉTODOS NATURALES

Son aquellos que no requieren instrumentos o medicamentos (Calendario, moco cervical, lactancia materna)

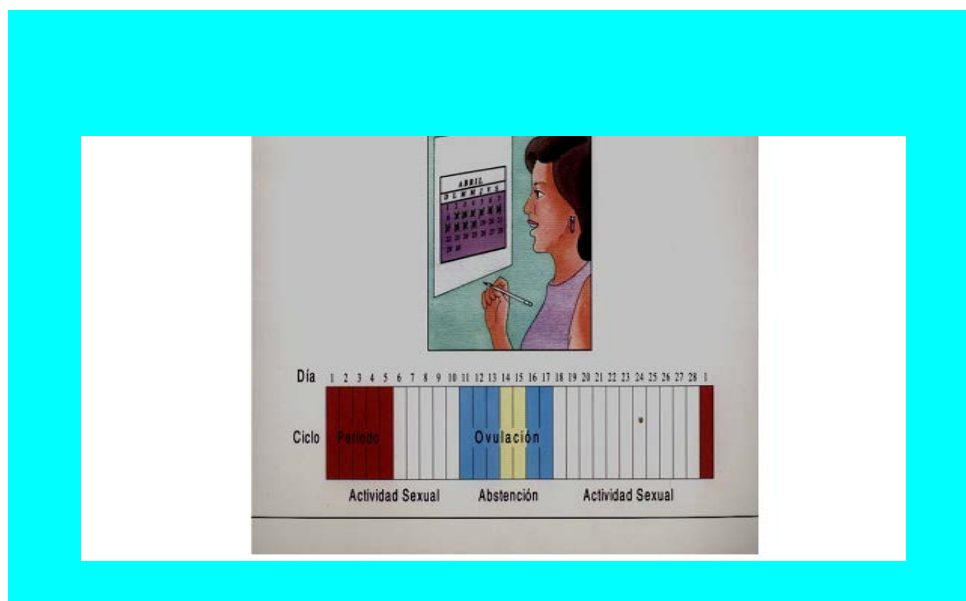
MÉTODOS DE BARRERAS

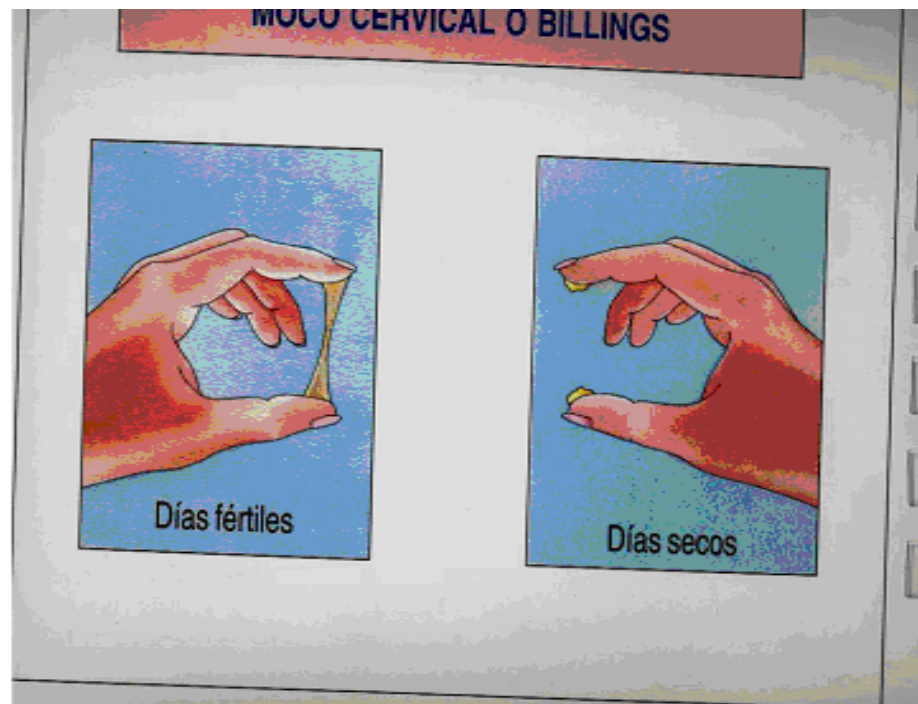
se usan en cada relación sexual, no tienen contraindicaciones, se debe obedecer todas las instrucciones para no embarazarse.

MÉTODOS NATURALES

EL RITMO O CALENDARIO

Se determinan los días fértiles basándose en la duración de los ciclos menstruales, y se abstiene de relaciones sexuales en esos días, la paciente no debe estar dando de lactar, ser premenopausica, no ser adolescente, mujeres con ciclos regulares





MOCO CERVICAL

Se determinan los días fértiles basándose en los cambios del moco cervical durante el ciclo menstrual, previenen el embarazo no teniendo relaciones sexuales durante los días fértiles (abstinencia sexual)

Días secos: al terminar la menstruación hay días sin moco cervical

Días fértiles: Son días cuando hay presencia de moco cervical, es elástico y transparente.

TEMPERATURA BASAL.

Concepto

Se basa en el efecto termogénico de la progesterona y consiste en la elevación de la temperatura, que se produce poco después de la ovulación y se mantiene hasta la siguiente menstruación. El nivel de seguridad no suele superar el 62% en cuanto a diagnóstico de ovulación. Su empleo exige una disciplina exhaustiva en la continuidad de la toma de la temperatura, al menos en los 3 primeros ciclos, para comprobar su regularidad. Está contraindicado en enfermedades crónicas que modifiquen la temperatura basal.

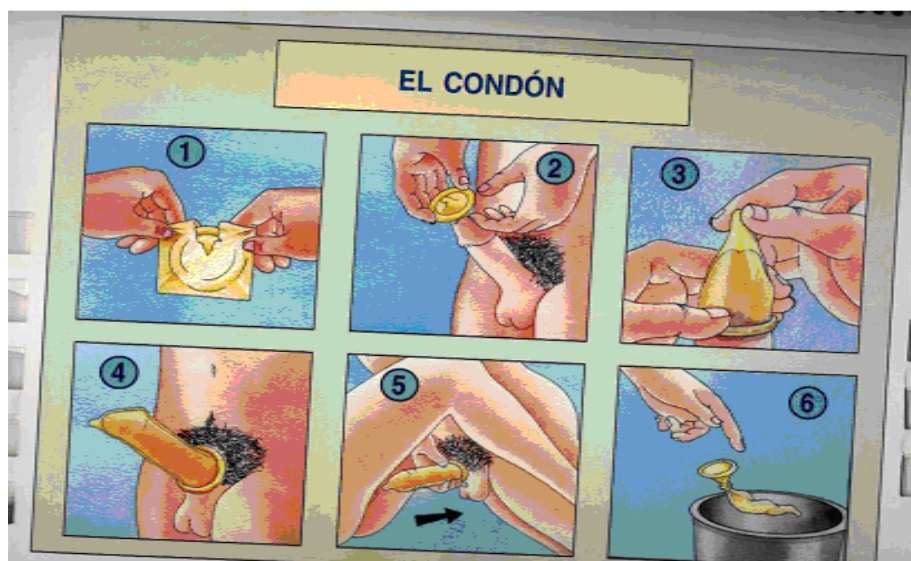
PROCEDIMIENTO.

- Iniciar el control de la temperatura basal el primer día del ciclo.
- A diario, a la misma hora, con el mismo termómetro, en la misma cavidad corporal (recto, vagina, bucal) durante 5 min y después de 6 horas de sueño antes de levantarse de la cama (situación de metabolismo basal).
- La Temperatura basal probablemente se elevará entre 0,2 y 0,4 °C después de la ovulación y se mantendrá elevada hasta la siguiente menstruación.
- Tres días después de que la temperatura basal alta se haya estabilizado se inicia el «período seguro», que dura hasta la próxima regla. Se aconseja abstención del coito hasta ese momento.
- Si existe un proceso infeccioso capaz de modificar la temperatura es aconsejable utilizar otro método contraceptivo hasta el último día de ese ciclo.

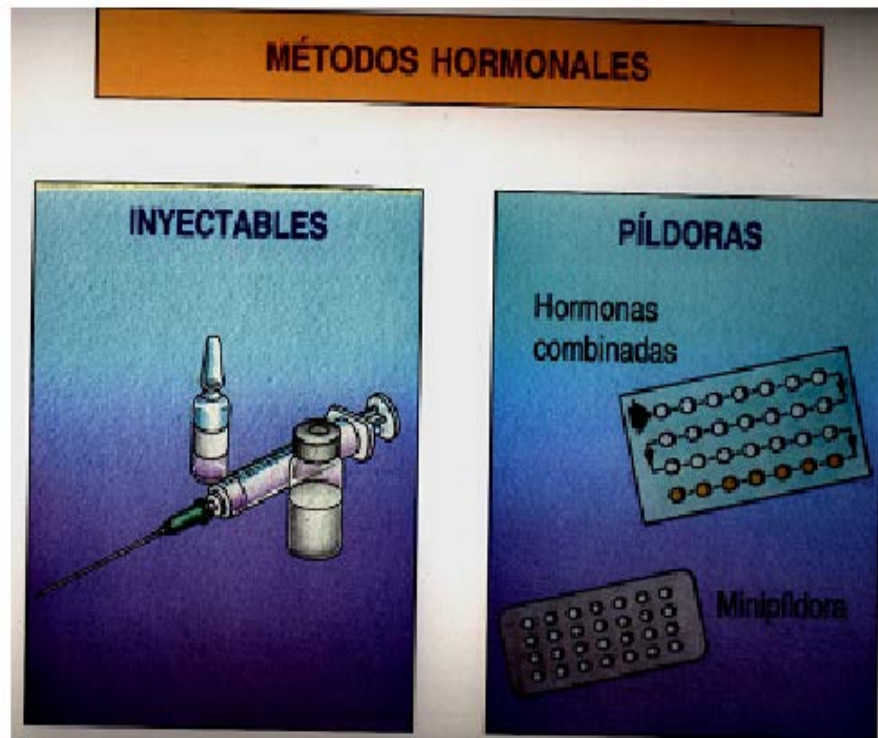
METODO DE BARRERA MÁS UTILIZADO.

EL PRESERVATIVO O CONDÓN

Es una funda fina de caucho o látex previene el embarazo impidiendo que los espermatozoide pasen a la vagina ya que quedan dentro del condón.



MÉTODOS HORMONALES.



INYECTABLES

Son métodos temporales consisten en la administración de la inyección profunda en la nalga, evitando el embarazo.

Hay de dos tipos: 1 vez al mes se aplica al 5to día de la regla o menstruación luego cada mes, la otra se aplica al 7mo día de la regla ,1 vez cada tres meses.

ANTICONCEPCION ORAL (PILDORA).

Consideraciones generales

El efecto contraceptivo de los Anticonceptivos Orales (ACO) viene determinado por su acción sobre el eje hipotálamo-hipófisis-aparato genital femenino:

Inhibición de la ovulación por inhibición de la liberación pulsátil de la GnRH hipotalámica y por disminución de la secreción hipofisiaria de FSH y LH periovulatoria. La ovulación se suprime en el 95-98% de los ciclos y en un 15-40% en las píldoras que sólo contienen progestágenos.

Cambio en la motilidad y secreción de las trompas, disminuyendo la fecundación.

Cambio en la motilidad y estructura del endometrio, favoreciendo la aparición de glándulas atróficas y cambios regresivos a partir del 14 día.

Cambio de la composición del moco cervical y vaginal, aumentando la viscosidad del mismo y dificultando la penetración del espermatozoide.

Normas de uso y algunas precauciones

Tras haber informado detalladamente a la mujer y descartado alguna contraindicación, se le advertirá sobre las normas de uso de los ACO y algunas precauciones a tener en cuenta.

Para iniciar la toma de ACO esperar al comienzo de la próxima regla. El primer día de la misma tomar la primera gragea, y así todos los días hasta el día 21 inclusive, procurando tomarla aproximadamente a la misma hora. A continuación tendremos un descanso de 7 días.

El esquema para cada ciclo es fácil de recordar: 3 semanas de toma diaria y 1 semana de descanso.

Si el tratamiento es correcto la protección será para todo el ciclo, incluida la semana de descanso. Al 2º-4º día después de iniciar el descanso, generalmente, empezará la regla.

Tras los 7 días de descanso comenzará un nuevo envase aunque la regla no haya terminado.

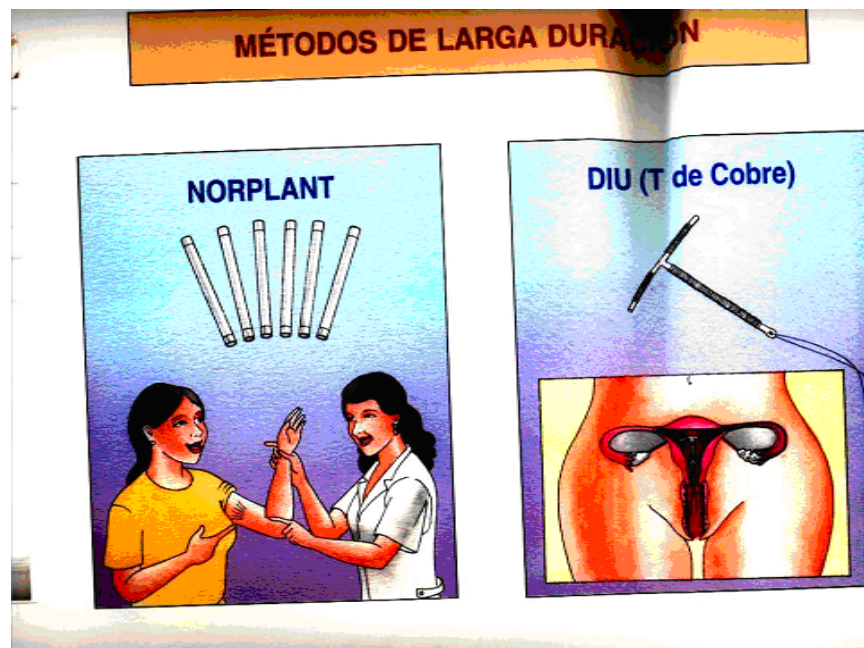
Si se olvida una píldora dándose cuenta de que todavía no han transcurrido 12 horas, se recomienda tomar la pastilla olvidada y continuar las tomas. Frente al olvido de más de 12 horas se recomienda continuar con la toma correspondiente y aconsejar la adopción de otras medidas anticonceptivas hasta que comience el nuevo envase. Es importante no superar el intervalo libre de tomas más de 7 días, si esto ocurre, utilizar otro método adicional.

La existencia de vómitos o diarrea disminuye la eficacia contraceptiva, por lo que debe reforzarse con la utilización de un contraceptivo de barrera.

Si cambiamos a una píldora de menor dosis, comenzar el nuevo combinado el primer día que empiece con la regla después de haber tomado la última gragea del anterior ACO. Si cambiamos a otra de mayor o igual dosis, comenzar el nuevo envase a los 7 días de descanso.

La evidencia científica disponible no justifica la realización de «descansos» o interrupciones periódicas durante la toma de ACO. Los descansos conllevan un riesgo de embarazos no deseados.

MÉTODOS DE LARGA DURACIÓN.



NORPLANT.

Es un método temporal, hormonal, son tubitos de plásticos, que se insertan bajo la piel en la parte interna del brazo, cuando la mujer está menstruando o si está segura de no estar embarazada en cualquier día del ciclo, la mujer lo puede llevar hasta 5 años, si la mujer quiere embarazarse se los puede retirar.

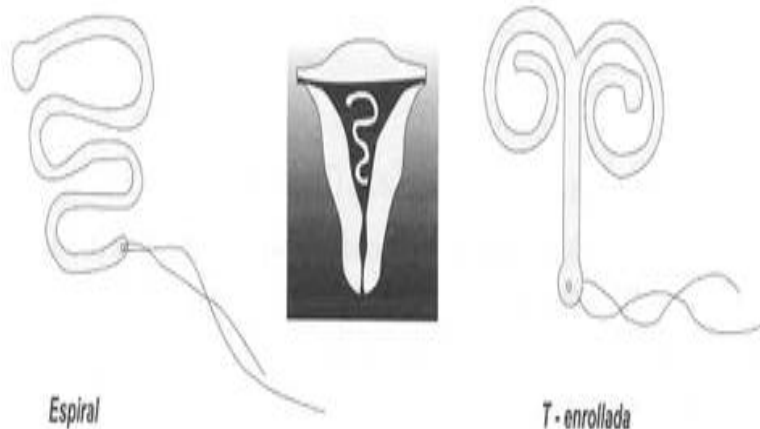
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) O T DE COBRE.

Consideraciones generales

Es un método temporal, es un aparato de plástico que se coloca en el útero, se lo debe insertar en el 2do **día de la menstruación** lo , **puede causar: dolor cólico durante las** menstruaciones, aumento del sangrado menstrual, sangrado irregular entre menstruaciones.

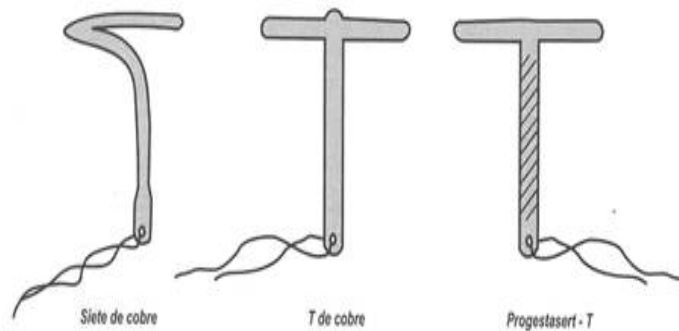
- DIU inerte o inactivo (objeto de polietileno).
- DIU medicado o activo: con hilo de cobre, sólo o recubierto de un núcleo de plata o con un gestágeno.

Los más empleados actualmente son los DIU medicados con Cu. La cantidad de Cu oscila, según los modelos, entre 200 (baja carga) y 380 mm² (alta carga). Es en función de la carga de Cu y de su tasa de liberación diaria como se calcula la vida teórica del DIU, plazo que puede aumentar al incorporar un núcleo de plata al filamento de Cu. La morfología más frecuente tiene aspecto de T o de «áncora», pendiendo de su extremo distal 1 ó 2 hilos guía. Su vida media varía entre 2 y 5 años.



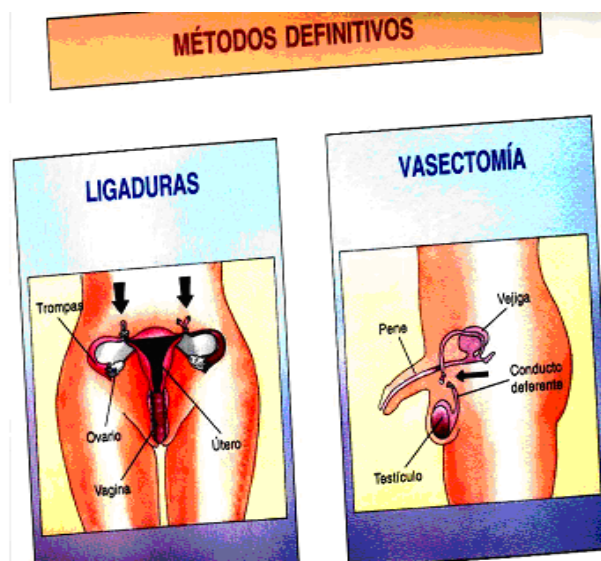
Los DIU liberadores de progesterona o de levonogestrel tienen forma de T y disponen de un depósito que contiene el progestágeno en el vástago vertical.

Los DIU liberadores de levonogestrel tienen una larga duración, entre 7 y 10 años, además presentan una alta eficacia contraceptiva, una reducción del sangrado menstrual y una ausencia de embarazos ectópicos.



Es un método temporal, es un aparato de plástico que se coloca en el útero, se lo debe insertar en el 2do **día de la menstruación lo pueden llevar 10 años, puede causar: dolor cólico durante las menstruaciones, aumento del sangrado menstrual, sangrado irregular entre menstruaciones.**

MÉTODOS DEFINITIVOS.



LIGADURA.

Es un método definitivo, es una operación sencilla para la mujer consiste en ligar, amarrar y cortar las trompas de Falopio, esto impide que óvulos lleguen donde están los espermatozoides, se previene la unión de estos y no habrá embarazo, es efectivo, es importante que la mujer este segura que no quiere tener hijos.

VASECTOMÍA.

Es una operación sencilla para el hombre, consiste en amarrar y cortar los conductos deferentes, por donde pasan los espermatozoides hacia el pene, después de la operación el hombre sigue disfrutando de relaciones sexuales y funcionando normalmente.

ANEXO 3.

PRUEBA DE PAPANICOLAOU.

CONCEPTO

Es un estudio citológico creado en 1920 por George N. Papanicolaou que permite la detección precoz del cáncer cervical.

Es una de las pruebas más usadas. La toma de muestras la puede realizar el personal facultativo o de Enfermería y consiste en el raspado de las secreciones del cuello uterino. Permite la toma de muestras endocervicales, cervicales y vaginales.

La valoración citológica realizada al microscopio permite conocer la madurez, morfología y actividad metabólica de las células.

El momento adecuado para realizar la prueba es 5-6 días antes de la menstruación o bien una Semana después, ya que la presencia de la regla lava las células de la zona y dificulta el diagnóstico.

Quienes deben realizarse el Papanicolaou.

Toda mujer en edad reproductiva.

Con antecedente de actividad sexual a temprana edad.

Que sufren de infecciones vaginales.

Mujeres multípara (2 o Mas hijos).

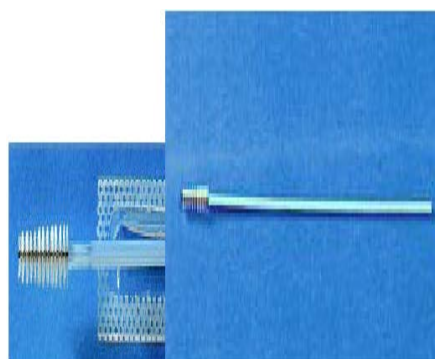
Mujeres que han tenido su parto en casa.

Mujeres que han tenido o más compañeros sexuales.

MATERIAL

- Guantes y gasas estériles
- Espéculo de un solo uso
- Espátulas de Ayre
- Cepillo cervical
- Porta objetos esmerilada.
- Laca fijadora
- Contenedor de plástico para transporte

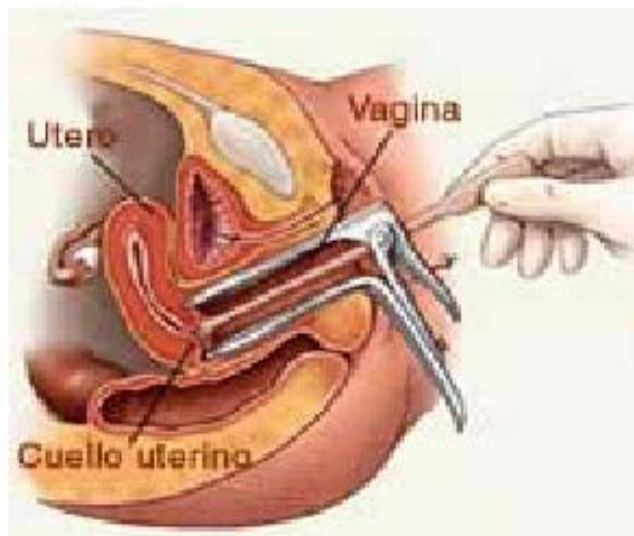
- Lápiz de grafito y etiquetas
- Hoja de citología)
- Fuente de luz



PROCEDIMIENTO.

- Lavarse las manos con agua y jabón o antiséptico siguiendo la técnica de lavado de manos.
- Hay que explicarle el procedimiento a seguir a la paciente.
- Hay que pedirle a la paciente que orine para relajar los músculos perineales y que se pueda realizar el examen bimanual del útero.
- Proteger la intimidad de la paciente, realizando la técnica es un espacio de la consulta reservado.
- Coloque a la paciente en la posición de litotomía, con los pies en los estribos.
- Ajustar la lámpara para iluminar la región genital.
- Colocarse guantes para realizar la exploración y toma de muestras.

- Pedir a la paciente que respire profundamente y con suavidad introduzca el espéculo en la vagina. No utilice lubricantes hidrosolubles que pueden dificultar los resultados de la prueba. Una vez colocado abra las hojas para ver el cuello uterino.



- Con la espátula, se efectúa un movimiento de rotación alrededor del orificio cervical externo, rascando toda la superficie del Hocico de Tenca.
- Las extensiones se realizan, deslizando suavemente la espátula sobre el portaobjeto limpio evitando los movimientos de vaivén que pueden alterar los elementos celulares, se extenderá en la parte más cercana a la identificación (parte esmerilada).
- Estando aún húmedos los frotis, se fijaran con laca inmediatamente a fin de evitar su oxidación, colocando el frasco (de laca) frente al portaobjeto a una distancia aproximada de unos 15 cm. y recorriendo de izquierda a derecha, y viceversa, toda la superficie del material extendido

TOMAS DE EXOCERVIX.



TOMA DE ENDOCERVIX.

- Se utiliza el cepillo que con un movimiento de rotación se frota las paredes del canal cervical (o cepillado endocervical).
- La extensión del material en el portaobjetos debe ser cuidadosa, procurando que el espesor del material sea el adecuado para una buena tinción y lectura.
- La fijación debe ser inmediata, se deja secar al aire y después se introduce en la caja para su transporte.



- Retire el espéculo.
- Complete el formulario de citología y envíe la muestra al área II.

ANEXO 4.

SCREENING. DE MAMA O DOC MAMARIO.

Consideraciones Generales.

En el curso de toda la vida, una de cada ocho mujeres se le diagnosticará cáncer de mama.

- **Edad y género:** el riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta a medida que uno envejece. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. **Antecedentes familiares de cáncer de mama:** uno también tiene un riesgo más alto de padecer cáncer de mama si tiene un familiar cercano que haya padecido este tipo de cáncer, al igual que cáncer uterino, cáncer ovárico o cáncer de colon.
- **Ciclo menstrual:** las mujeres que inician tempranamente sus períodos menstruales (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia tarde (después de los 55) tienen un riesgo mayor de cáncer de mama.
- **Consumo de alcohol:** el consumo de más de 1 ó 2 vasos de alcohol al día puede incrementar el riesgo de cáncer de mama.
- **Parto:** las mujeres que nunca han tenido hijos o que los tuvieron sólo después de los 30 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Autoexamen de mama

- El autoexamen de seno mensual siempre debe incluir: la inspección visual (con y sin un espejo) para advertir cualquier cambio de contorno o textura, y la inspección manual, de pie y recostada, para observar protuberancias o engrosamientos inusuales.



Auto examen del seno



La mamografía es la forma más efectiva de detectar precozmente el cáncer de mama. Esta se la deber de hacer a partir de los 40 años de edad



ANEXO 5

CONTROL PRENATAL.

CONCEPTO.

Se refiere a los controles que se realice a la mujer embarazada durante todo el periodo de su embarazo, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto.



OBJETIVOS.

- ✓ Vigilar la evolución del embarazo.
- ✓ Prevenir complicaciones y/o poder actuar contra ellas
- ✓ Obtener una adecuada preparación tanto para el parto como para la crianza del bebe.
- ✓ Detección del riesgo
- ✓ Disminuir la morbimortalidad.
- ✓ Detectar enfermedades maternas.

- ✓ Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de complicaciones maternas.
- ✓ Vigilar crecimiento y vitalidad fetal.
- ✓ Preparación psicofísica para el nacimiento.
- ✓ Educar a la madre.

EFICAZ.

1.- Precoz y Temprano.

La captación de la embarazada en lo posible será durante el primer trimestre de la gestación, lo que permite:

- La ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud.
- Identificar precozmente a los embarazos de alto riesgo.
- Planificar eficazmente el manejo de cada caso





2. Completo e integral.





- **La mujer embarazada debe visitar al medico u obstetrix 13 veces (optimo), o al menos 5 (mínimo), veces durante todo su embarazo.**



- **Actividad: Vacunación Antitetánica.**



OBJETIVO: prevenir el tétanos neonatal y puerperal.

- **dT1:** en el primer contacto
 - **dT2:** *al mes después* de la dT1
 - **dT3:** 1 año después de dT2
 - **dT4:** 1 año después de dT3
 - **dT5:** cada 10 años después de dT4
- **Además debe hacerse controles o chequeos odontológicos, para evitar la presencia de caries.**



- Periódico y Continuo.

OCTUBRE 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	NOVIEMBRE 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	DICIEMBRE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
ENERO 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	FEBRERO 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29	MARZO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
ABRIL 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	MAYO 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	JUNIO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
JULIO 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	AGOSTO 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	SEPTIEMBRE 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

- MENSUAL: hasta las 32 SEMANAS
- QUINCENAL: 32 A 36 SEMANAS.
- SEMANAL: 36 A 40 SEMANAS.
- DIARIO : > 40 SEMANAS

- Exámenes Complementarios de rutina.

- Reacciones serológicas (VDRL).
- Prueba de tamizaje (VIH)
- Hemograma completo,
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Glicemia basal
- Emocultivo
- Citología Vaginal
- Ecografía

- **Básicamente en cada control prenatal se determinará.**

Evaluación de riesgo.

- Pulso y presión arterial.
- Semanas de amenorrea.
- Presencia sintomatología urinaria.
- Presencia de edemas y/o varices.
- Altura uterina.
- Movimientos fetales.
- Situación y presentación.
- Auscultación de FCF.
- Incremento de peso
- Examen mamario.

- **Historia Clínica Perinatal y carné perinatal.**

- ❖ Toda gestante tendrá una historia clínica vigente para el componente perinatal y el carné perinatal.
- ❖ Los mismos que deben ser llenados en forma apropiada y completa en toda consulta.
- ❖ El carné provee de datos anteriores para quien atiende las siguientes consultas y el parto.
- ❖ Se instruirá a la gestante para que lleve el carne consigo a todas las consultas.
- ❖ Se programará las consultas subsecuentes.

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP-OPS/OMS

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO dia mes año		RAZA <input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra		ALFA BETA <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		ESTUDIOS <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. años en el mayor nivel		ESTADO CIVIL <input type="radio"/> casada <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> otro		CONTROL PRENATAL EN	
DOMICILIO		EDAD (años) <input type="radio"/> < de 16 <input type="radio"/> > de 40								PARTO EN			
LOCALIDAD		TELEF:								NUMERO IDENTID.			

ANTECEDENTES		OBSTETRICOS		FIN EMBARAZO ANTERIOR			
FAMILIARES <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preeclampsia eclampsia <input type="radio"/> otros		PERSONALES <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> VIH+ <input type="radio"/> cardiop./nefrop. <input type="radio"/> cond. medica. grave <input type="radio"/> cirugía tracto reprod. <input type="radio"/> infertilidad		gestas previas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si abortos <input type="radio"/> 3 espont consecutivos <input type="radio"/> otros vaginales <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si partos <input type="radio"/> cesáreas nacidos vivos <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> nacidos muertos viven <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		EMBARAZO PLANEADO <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no FRACASO METODO ANTICONCEP <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> píldora depo <input type="radio"/> natural hormonal	

GESTACION ACTUAL		EG CONFIABLE		MOVIM FETALES		CIGARRILLOS POR DIA		ALCOHOL		ANTITETANICA		ANTIRUBEOLA		EX. NORMAL	
PESO ANTERIOR Kg <input type="text"/>		TALLA (cm) <input type="text"/>		por Eco <20 s. <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		desde dia mes		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		vigente si <input type="radio"/> no		previa no sabe <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		ODONT. si <input type="radio"/> no	
PPP <input type="text"/>		EG <20 s. si <input type="radio"/> no		dia mes		<input type="radio"/> 0= no fuma		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		DOSIS 1° 2°		embarazo no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		MAMAS <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no	

BACTERIURIA		GRUPO Rh		PAPANICOLAOU		VIH		VDRL/RPR		SIFILIS		VDRL/RPR		Hb <20 sem		Fe/FOLATOS		Hb ≥20 sem		ESTREPTOCOCCO B		PELVIANA	
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> + <input type="radio"/> -		<input type="radio"/> vigente <input type="radio"/> no solicitado		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> + <input type="radio"/> -		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> + <input type="radio"/> -		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no	

dia	mes	edad gest.	peso	P A	altura uterina	presión	latidos fetales	signos de alarma, exámenes, tratamientos					próxima cita
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

PARTO		ABORTO		CONSULTAS PRENATALES		HOSPITALIZ en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO		RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO		EG sem.		Tiempo hasta el parto		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION	
FECHA DE INGRESO dia mes año		CARNE si <input type="radio"/> no		total <input type="text"/>		dias <input type="text"/>		<input type="radio"/> completo <input type="radio"/> múltiples <input type="radio"/> incomp. <input type="radio"/> ninguna		<input type="radio"/> espontáneo <input type="radio"/> inducido <input type="radio"/> cesar. elect.		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> <37 sem <input type="radio"/> ≥18 hs.		semanas <input type="text"/> dias <input type="text"/>		semanas <input type="text"/> dias <input type="text"/>		<input type="radio"/> cefálica <input type="radio"/> pelviana <input type="radio"/> transversa	

TRABAJO DE PARTO										ENFERMEDADES									
hora <input type="text"/> min <input type="text"/>										<input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si									
COMPAÑIA <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no										<input type="radio"/> HTA previa <input type="radio"/> HTA inducida <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> cardiop./nefrop. <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> otra cond. grave									
POSICION <input type="radio"/> sentada <input type="radio"/> cuclillas <input type="radio"/> acostada										<input type="radio"/> conioamnionitis <input type="radio"/> infec. urinaria <input type="radio"/> amenaza parto preter. <input type="radio"/> R.C.I.U. <input type="radio"/> rotura prem. de membranas									
Contr. / 10' <input type="text"/>										<input type="radio"/> 1° trim <input type="radio"/> 2° trim <input type="radio"/> 3° trim <input type="radio"/> postparto <input type="radio"/> infección puerperal									
DILATACION <input type="text"/>										HEMORRAGIA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si									
ALTURA <input type="text"/>										INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO									
FCF / DIPS <input type="text"/>										INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO									

NACIMIENTO		VIVO		MUERTO		MÚLTIPLE		espont.		cesárea		otra		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO	
hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		<input type="radio"/> parto <input type="radio"/> ignora momento		<input type="radio"/> parto <input type="radio"/> ignora momento		<input type="radio"/> G=único <input type="radio"/> otros		<input type="radio"/> espont. <input type="radio"/> cesárea <input type="radio"/> forpceps <input type="radio"/> vacuum		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	

ACOMPANANTE		POSICION PARTO		ERISITOMA		DESGARRO		OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO		PLACENTA COMPLETA		LIGADURA CORDON		MgSO4		ocitocina		antibiot.		analgesia		anest. regional		anest. gral		transfusión	
<input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno		<input type="radio"/> sentada <input type="radio"/> cuclillas <input type="radio"/> acostada		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		<input type="radio"/> ocitocina <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> precoc (<30s) <input type="radio"/> tardia (>30s)		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no	

RECIEN NACIDO		PER. CEFALICO		EG CONFIABLE		PESO E.G.		APGAR		REANIMACION		FALLECE en SALA de PARTO		REFERIDO		ATENCION			
SEXO f <input type="radio"/> m <input type="radio"/>		<input type="radio"/> menor <input type="radio"/> mayor		<input type="radio"/> FUM <input type="radio"/> ECO		<input type="radio"/> adec. <input type="radio"/> peq. <input type="radio"/> gde.		<input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 5°		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no	

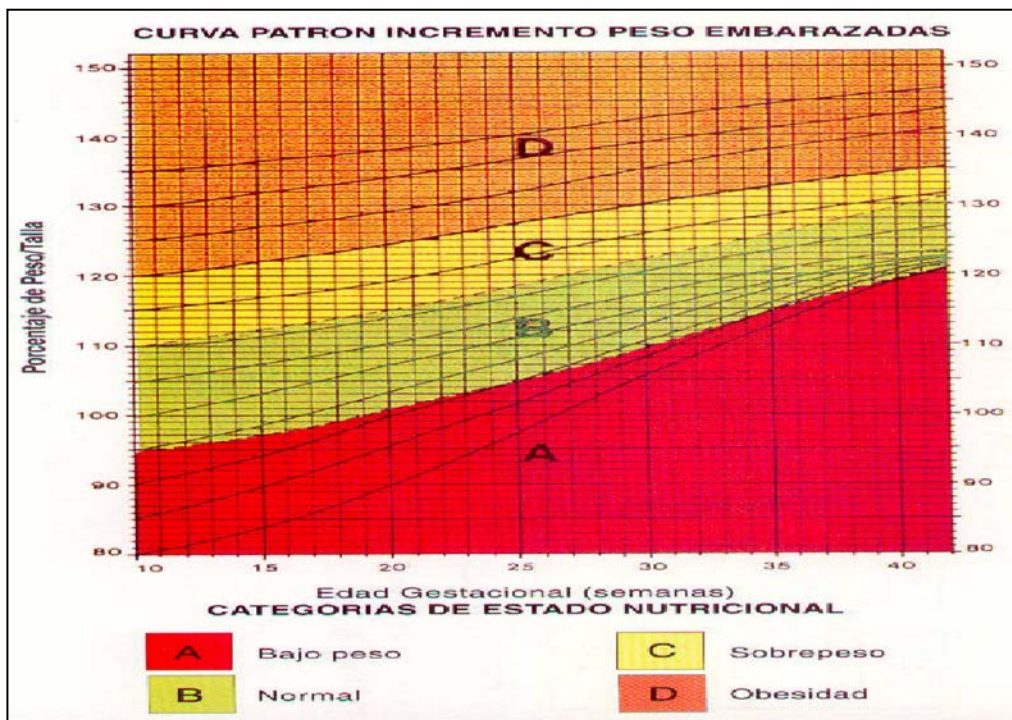
DEFECTOS CONGENITOS		ENFERMEDADES		TAMIZAJE NEONATAL NORMAL		Meconio 1° dia		Boca arriba	
<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> no se hizo		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no	

EGRESOR N		vivo		EDAD		LACTANCIA		PESO AL EGRESO (g)		EGRESO MATERNO		viva		ANTIRUBEOLA POST PARTO		ANTI CONCEPCION	
dia <input type="text"/> mes <input type="text"/>		<input type="radio"/> vivo después de traslado <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/> fallece después de traslado		<input type="radio"/> <1 dia		<input type="radio"/> exclusiva <input type="radio"/> parcial <input type="radio"/> formula		<input type="text"/>		<input type="radio"/> viva <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/> fallece después de traslado		<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> referida <input type="radio"/> hormonal		<input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> ligadura tubaria <input type="radio"/> natural <input type="radio"/> otro	

NUMERO IDENTID.		Nombre Recien Nacido		Responsable		Responsable	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Este color significa ALERTA

Descripción de códigos en el reverso



Signos de alarma.

- Secreción vaginal acuosa
- Hemorragia vaginal
- Cefaleas intensas y permanentes
- Visión borrosa y acúfenos
- Dolor o calambres abdominales o lumbosacros
- Náuseas y vómitos intensos y repetidos
- Desmayos o mareos
- Aumento de peso
- Orina escasa o molestias
- Edema, Varices
- Ausencia de movimientos fetales
- Fiebre
- Contracciones

PARTO: si se ha roto la bolsa de aguas, contracciones, hemorragia vaginal

ANEXO 6

POSICIONES ANATOMICAS.

OBJETIVOS

General: mantener la perfecta alineación anatómica

Específicos: colocar al paciente en posición correcta para:

1. Examen físico
2. Darle cuidados de enfermería
3. Intervenciones quirúrgicas
4. Favorecer la comodidad y descanso

EQUIPO

Es variable de acuerdo a la posición, pero generalmente se debe disponer de:

- Silla, almohadas y cojines de diferente tamaño, rueda de caucho, rodetes o vendas, pelotitas de esponja, de tela de algodón o de hule, tablero para los pies, sábanas y periódicos.

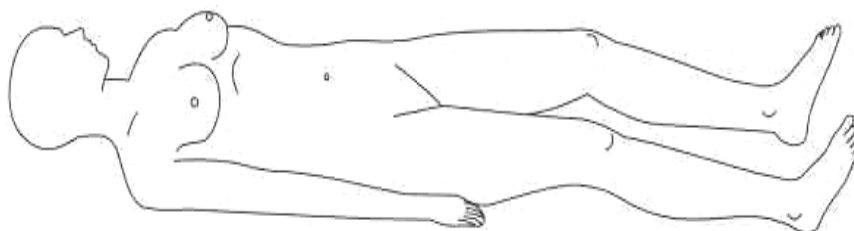
POSICION ERECTA

En la posición normal de pie con el cuerpo erecto, los brazos extendidos hacia abajo y a los lados y la palma de las manos hacia dentro, puntas de los pies ligeramente separados.

USOS

- Examen de columna
- Locomoción y equilibrio para ver anomalías del sistema esquelético

POSICION DORSAL

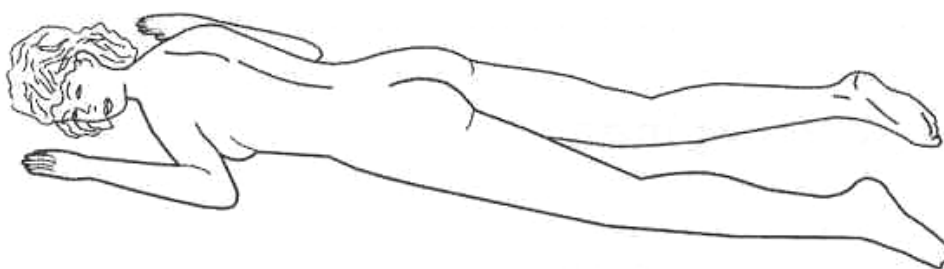


Decúbito dorsal.- la persona descansa sobre su espalda con las piernas extendidas y los brazos a lo largo del tórax y abdomen.

USOS

Examen de tórax y abdomen.

POSICIÓN PRONA O DECÚBITO VENTRAL

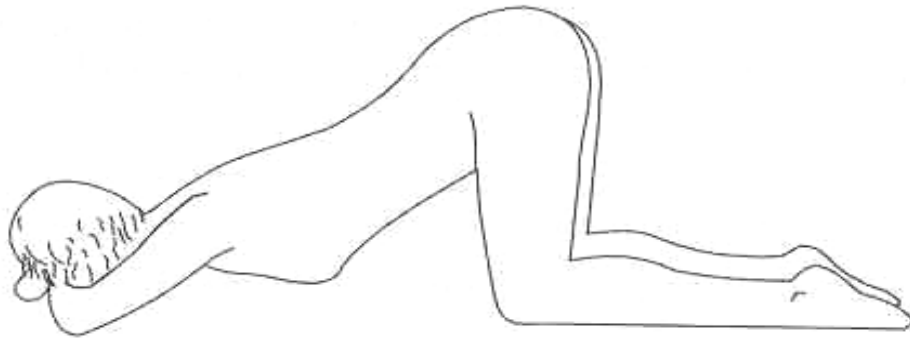


La persona se coloca sobre su abdomen con los brazos alrededor de la cabeza y esta hacia su lado.

USOS

Examen de espalda, glúteos, toma de temperatura rectal, administración de medicamentos por el recto, fricción de espalda.

POSICIÓN GENUPECTORAL



La persona está de rodillas, la cabeza y la parte superior del tórax descansan en la cama, los brazos van paralelos a la cabeza y sirven de apoyo, la cara hacia su lado.

POSICIÓN DE LITOTOMIA O GINECOLÓGICA

La persona es colocada de espaldas con los glúteos al borde de la mesa ginecológica y las piernas sujetas en las perneras. Los brazos sujetos a las partes laterales de la mesa.

USOS

- ✓ Atención del parto
- ✓ Examen ginecológico
- ✓ Tacto rectal
- ✓ Examen urológico

POSICIÓN DE SIMS (Izquierda o derecha)



La persona se coloca de lado con la línea de las caderas ligeramente detrás de la línea de los hombros. La rodilla de la pierna de encima ligeramente flexionada.

USOS

- ✓ Tomar temperatura RECTAL
- ✓ Administración de medicamentos y enemas
- ✓ Fricción de espalda

Nota: utilizara de 1 a 4 almohadas cuando el paciente lo requiera por comodidad.

POSICIÓN GINECOLÓGICA O DORSO SACRA O LITOTOMÍA MODIFICADA

La persona se coloca con los hombros y la cabeza descansando sobre la cama. Las piernas separadas y flexionadas, apoyando los pies sobre la cama.

USOS

- ✓ Examen ginecológico
- ✓ Cateterismo vesical
- ✓ Administración de medicamentos por vagina y uretra
- ✓ Ducha perineal

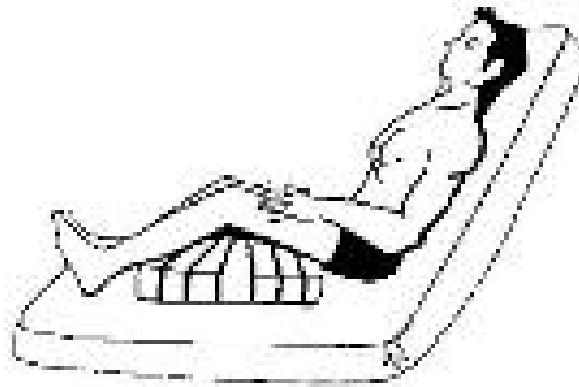
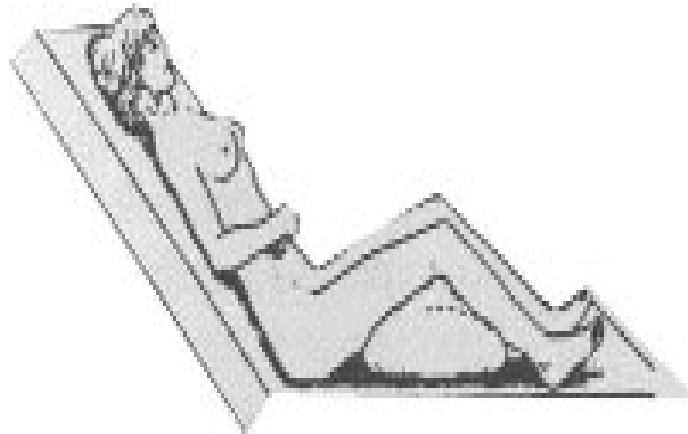
POSICIÓN FOWLER

Es la posición sentada, con la parte superior de la cama levantada a un ángulo de 45° por lo menos. Los principales puntos de apoyo están en talones, sacro partes sobresalientes posteriores del hueso coxal.

USOS

Molestias respiratorias y cardíacas pues se logra la máxima expansión torácica. Para que coma el paciente.

NOTA: hay dos variedades de posición fowler: la semifowler y la fowler elevada.



POSICIÓN SEMIFOWLER

Es una posición semisentada con la cabeza y los hombros ligeramente elevados en ángulo de 30°. Las rodillas ligeramente flexionadas.

USOS

- ✓ Descanso para facilitar la respiración.

POSICIÓN DE FOWLER ELEVADA

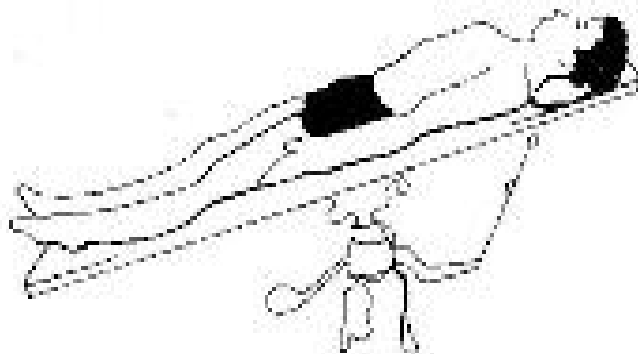
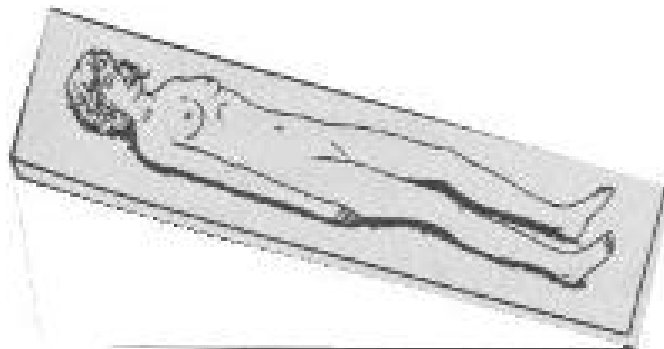
Es la posición sentada con la parte superior de la cama levantada en ángulo de 90°.

POSICIÓN DE TRENDELEMBURG

El paciente se encuentra en decúbito dorsal con la parte inferior de la cama elevada en un ángulo de 45°.

USOS

- ✓ En casos de choque o hemorragia.
- ✓ Intervenciones quirúrgicas: cirugía abdominal.
- ✓



POSICIÓN DE TRENDELEMBURG MODIFICADA

La paciente descansa sobre su espalda y se eleva tan solo la parte de los pies unos 45° de tal modo que haya flexión de caderas y estas estén más altas que el tórax.

USOS

Para aliviar el edema.

