



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

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

**“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO
DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE
SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE
MANTA 2009-2010”**

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

AUTORA:

LIC. ROCÍO ACOSTA MOREIRA

DIRECTORA:

Mg. Sc. MARIBEL GARCIA MACÍAS

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2010

Mg. Sc.

Maribel García Macías

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado **“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010”**, el mismo que está de acuerdo con lo estipulado por la Escuela de Medicina de la U.T.P.L., por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Portoviejo, septiembre de 2010

Mg. Sc. Maribel García Macías

AUTORÍA

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

Portoviejo, septiembre de 2010

Lic. Rocío Acosta Moreira
C.I. 130426490-4

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Rocío Acosta Moreira, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Portoviejo, septiembre de 2010

Lic. Rocío Acosta Moreira
C.I. 130426490-4

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico principalmente a Dios y a mi Madre la Santísima Virgen María por ser quienes siempre me han ayudado y protegido en todos los momentos de mi vida.

Las siguientes personas más importantes a quien se lo dedico son a mis padres Ninfa y Fernando, por constituir el pilar en que se ha forjado mi formación académica.

A mis hijas Andrea, Inés y Salime, quienes han sido quienes me han apoyado y alentado en los momentos más difíciles de mi existencia,

Al Dr. Milagro Saltos C. compañero sentimental y de trabajo, quien día a día me ha dado fuerza para no desmayar en este camino.

A toda mi familia por estar siempre a mi lado. A todos mis docentes en especial a las Lic. Maribel García y Lic. Marcela Viteri, las que fueron y siempre serán ejemplos a seguir.

A mi amiga y compañera incondicional de trabajo Lic. Mercedes Farfán, por su participación en todos los momentos vividos en esta experiencia.

Rocío

AGRADECIMIENTO

Expreso mi imperecedero agradecimiento a:

Dios, ser supremo que me permitió ver cristalizada mi meta.

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 la capacitación profesional.

Al Personal Médico, de Enfermería, Autoridades del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta”, por la acogida, colaboración y soporte brindado en este trabajo.

A la Mg. Sc. Maribel García, Directora de Tesis, que con sus sólidos conocimientos cimentó el interés investigativo muy ligado a nuestra profesión.

Y a todas las personas que de alguna manera contribuyeron con el presente trabajo y asumen el reto de continuar con las acciones que hoy dejo iniciada para ofrecer mejores días a nuestra sociedad.

La autora



DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE MANABI
HOSPITAL "RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO" MANTA
Teléfono 2612-014 2611-849

Manta, 17 de Septiembre 2010.

*Licenciada
Rocio Acosta M.
MAESTRANTE UTPL
Ciudad*

De mi consideración:

A petición verbal, de la parte interesada certifico que la Lic. Rocio Acosta, en calidad de Maestrante de la U.T.P.L. a cumplido con su programación en su proyecto de acción quedando implementado el programa de Atención Prenatal a las embarazadas que acuden a la consulta externa del hospital Dr. Rafael Rodriguez Zambrano de Manta.

La interesada, puede hacer uso de esta certificación como mejor convenga a sus intereses, por estar ajustados a la verdad.

Acentamento,

Rolando
Dr. Rolando ~~Gonzalez~~
DIRECTOR A.R.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES:	PÁGINAS
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Certificación institucional	vii
Índice	viii
APARTADOS	
1. Resumen	1
2. Abstract	4
3. Introducción	7
4. Problematización	10
5. Justificación	13
6. Objetivos	16
7. Marco teórico	18
7.1. Marco institucional	19
7.1.1. Aspectos geográficos	19
7.1.2. Dinámica poblacional	21
7.1.3. Misión de la institución	22
7.1.4. Visión de la institución	22
7.1.5. Características de la organización administrativa	22
7.1.6. Servicios que presta la institución	27
7.1.7. Datos estadísticos de cobertura	32
7.1.8. Características geofísicas de la institución	33
7.1.9. Políticas de la institución	33
7.2. Marco conceptual	34

8. Diseño metodológico	98
8.1. Matriz de involucrados	99
8.2. Árbol de problemas	101
8.3. Árbol de objetivos	102
8.4. Matriz del marco lógico	103
9. Resultados	108
Resultado N° 1	109
Resultado N° 2	111
Resultado N° 3	121
Evaluación de los indicadores de los resultados	125
Evaluación del indicador del propósito	128
Evaluación del indicador del fin	129
10. Conclusiones	130
11. Recomendaciones	132
12. Bibliografía	134
13. Anexos	139

13. ANEXOS

FICHA DE CONTROL DEL AVANCE DEL PROYECTO DE ACCIÓN

Nombres y apellidos: Lic. Rocío Acosta Moreira

Centro Universitario: Universidad Técnica Particular de Loja

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA AÑO 2010

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA					OBS
		MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEPT	
1. Programa de control prenatal revisado y aplicándose.	Al 30 de Mayo del 2010, el programa de control prenatal revisado. A Septiembre del 2010 el 100% de las normas y protocolos aplicados.	50%	100%			100%	
2. Personal de la Consulta Externa capacitados.	A julio del 2010 el 100% de personal capacitado.			100%		100%	
3. Taller de motivación a las embarazadas en lo concerniente al control prenatal.	Al 7 de Julio del 2010, el 100% de las embarazadas informadas.		50%	100%		100%	

Tutora: Mg. Sc. Maribel García
DIRECTORA DE TESIS

PUBLICACIÓN

Mejoran servicios en hospital local

Dos planes nuevos son ejecutados en beneficio de la comunidad.

MANTA • En el hospital Rafael Rodríguez Zambrano se han implementado dos nuevos planes para una mejor atención. Se trata de la aplicación del plan de egreso hospitalario de

los pacientes de las áreas de medicina interna, pediatría, neonatología, y ginecología, y un programa de mejoramiento de calidad a las embarazadas.

Estos nuevos servicios en los que el único beneficiado es el paciente, fueron explicados en una etapa de capacitaciones en la que participaron el personal que labora en el nosocomio local.

En la implementación del plan de egreso, que fue dado por la licenciada Mercedes Farfán, participaron enfermeras y trabajadoras sociales, el objetivo es que una vez que el paciente sea dado de alta, las enfermeras indiquen

TOME NOTA

Entre las necesidades de los pacientes del hospital consta que hayan más médicos en el área de emergencia.

detalladamente el cuidado y las indicaciones de los medicamentos que debe tomar en casa; las enfermeras están consciente que antes no se daba por completo.

El taller para la implementación del programa de las mujeres embarazadas fue dado por la licenciada Rocío Acosta, y fue dirigido para el personal de enferme-

ría de consulta externa.

Las capacitaciones que seguirán dándose en el hospital de Manta, son dirigidas especialmente en las patologías más frecuentes, el objetivo es que las personas que ingresan delicadas de salud, sean atendidas de la mejor manera, al igual que tengan una buena recuperación.

ENCUESTAS



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA
MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO

APLICACIÓN POST TEST DE SATISFACIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN POST TEST A LAS EMBARAZADAS QUE ASISTIERON AL TALLER DE MOTIVACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS.....

Marcar con un círculo la respuesta seleccionada:

1.- El contenido del taller es:

- | | |
|---------------|------------|
| 1.- Muy bueno | 2.- bueno |
| 3.- Malo | 4.- pésimo |

2.-¿Le ha interesado en general el taller?

- | | | | |
|-----------|--------------|---------|-----------|
| 1.- Mucho | 2.- Bastante | 3.-Poco | 4.- Nada. |
|-----------|--------------|---------|-----------|

3.- Considera que las explicaciones son:

- | | |
|--------------|--------------|
| 1.-Excelente | 2.- Buenas |
| 3.- Malas | 4.- Pésimas. |

4.- La duración del taller le ha parecido:

- | | | |
|--------------|----------------|------------------|
| 1.- Excesivo | 2.- Suficiente | 3.-Insuficiente. |
|--------------|----------------|------------------|

5- El taller le ha servido para conocer más acerca del control prenatal sobre sus ventajas y sus desventajas.

- | | | |
|--------|--------|------------|
| 1.- Sí | 2.- No | 3.- No sé. |
|--------|--------|------------|

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

FOTOGRAFÍAS

HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA



LIDERES DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA



AUTORIDADES DE LA INSTITUCION



REUNIÓN CON AAUTORIDADES Y LIDERES DE SERVICIOS.





CAPACITACIÓN



CAPACITACIÓN A EQUIPO DE SALUD







TALLER DE MOTIVACIÓN





TALLER DE MOTIVACIÓN



NIÑOS PREMATUROS





**OFICIOS ENVIADOS,
RECIBIDOS Y ACTAS**

Manta, 4 de Mayo del 2010.

Sr. Dr.

Rolando Gavilanes

DIRECTOR DEL HOSPITAL "RODRIGUEZ ZAMBRANO" DE MANTA.

Ciudad,

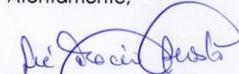
De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de Magister en Gerencia de salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja, el cual es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

Para lo cual solicito se me permita realizar las debidas reuniones con los Líderes y personal de los servicios de Consulta externa, Ginecoobstetricia, Neonatología y Estadística para lo cual necesitare de revisión de historias clínicas y luego realizar la capacitación a todos los involucrados en este programa.

Esperando su aceptación, le reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,


Lic. Rosío Acosta Moreira.

MAESTRANTE.



24 Mayo 2010
Hant

Manta, 4 de Mayo del 2010.

Lic. Cruz Constantine Alvarado.

LIDER DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HRZ. (E)

Ciudad.

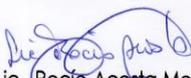
- De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de Magister en Gerencia de salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja, el cual es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

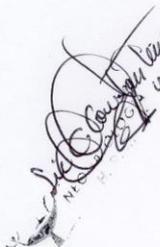
Por lo cual solicito reunirme con usted, para conocer cuál es el número de niños prematuros atendidos en el servicio de Neonatología mensualmente y conocer causas maternas, manejo de normas y protocolos de atención a los neonatos.

Seguro de contar con su colaboración, desde ya le reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,


Lic. Rocío Acosta Moreira

MAESTRANTE


Cruz Constantine Alvarado
4-05-10

Manta, 4 de Mayo del 2010.

Lic. Rocío Reyna Murillo.

LIDER DE ENFERMERIA SERVICIO DE GINECOOBSTETRICA DEL HRZ.

Ciudad.

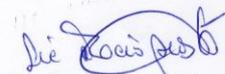
De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de Magister en Gerencia de salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja, el cual es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

Por lo cual solicito reunirme con usted, para conocer cuál es el manejo de Normas y Protocolos para la atención de las embarazadas que acuden a su atención del parto y puerperio y luego con su personal, para realizar la debida capacitación.

Desde ya le reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Lic. Rocío Acosta Moreira

MAESTRANTE



Manta, 4 de Mayo del 2010.

Lic. Fátima Mera Pacheco.

LIDER DE ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA HRZ.

Ciudad.

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de Magister en Gerencia de salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja, el cual es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

Por lo cual solicito reunirme con usted, para conocer cuál es el manejo de Normas y Protocolos para la atención de las embarazadas que acuden a su control y luego con su personal, para realizar la debida capacitación.

Desde ya le reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,


Lic. Rocio Acosta Moreira

MAESTRANTE



Manta, 4 de Mayo del 2010.

Ing. Melva Pacheco.

LIDER DE ESTADÍSTICA DEL HRZ.

Ciudad.

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de Magister en Gerencia de salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja, el cual es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

Por lo cual solicito reunirme con usted, para conocer cuál es el número de pacientes que se atienden en la consulta externa, en ginecoobstetricia y niños prematuros atendidos en el servicio de Neonatología mensualmente, para lo cual necesitaré revisar historias clínicas, y quiero contar con su autorización con respecto al personal que labora a su cargo.

Seguro de contar con su colaboración, desde ya le reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,


Lic. Rocio Acosta Moreira

MAESTRANTE



Manta, 4 de Mayo del 2010.

Lic. Mariana Cedeño M.

Coordinadora de la gestión de Enfermería del HRZ.

Ciudad.

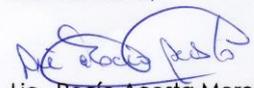
De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de Magíster en Gerencia de salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja, el cual es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

Por lo cual solicito reunirme con usted, las líderes de los servicios y el Gerente de la institución para presentar mi proyecto a realizar en esta institución.

Desde ya le reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Lic. Rocío Acosta Moreira

MAESTRANTE



Manta, 4 de Mayo del 2010.

Sr. Dr.

Rolando Gavilanes

DIRECTOR DEL HOSPITAL "RODRIGUEZ ZAMBRANO" DE MANTA.

Ciudad,

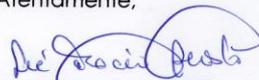
De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de Magister en Gerencia de salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja, el cual es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

Para lo cual solicito se me permita realizar las debidas reuniones con los Líderes y personal de los servicios de Consulta externa, Ginecoobstetricia, Neonatología y Estadística para lo cual necesitare de revisión de historias clínicas y luego realizar la capacitación a todos los involucrados en este programa.

Esperando su aceptación, le reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Lic. Rocío Acosta Moreira.

MAESTRANTE.



24 Mayo 2010
Hant

Manta, 4 de Mayo del 2010.

Lic. Rocío Reyna Murillo.

LIDER DE ENFERMERIA SERVICIO DE GINECOOBSTETRICA DEL HRZ.

Ciudad.

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo, la presente es para comunicarle que he realizado un proyecto para la obtención de mi título de Magister en Gerencia de salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja, el cual es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

Por lo cual solicito reunirme con usted, para conocer cuál es el manejo de Normas y Protocolos para la atención de las embarazadas que acuden a su atención del parto y puerperio y luego con su personal, para realizar la debida capacitación.

Desde ya le reitero mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Lic. Rocío Acosta Moreira

MAESTRANTE



Rocío Reyna Murillo
Manta, 4-05-10

Manta, 02 de Julio del 2010.

Sr. Dr. Víctor Manuel Traverso

Sub-Director Técnico del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta.

De mis consideraciones:

- Por medio del presente comunico a usted, que se va a realizar una capacitación para el personal de la consulta externa, como requisito para la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud, y cuyo tema es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

El cual se llevará a efecto el día 9 de Julio del 2010, en el Comedor del Hospital, a partir de las 08h30 minutos.

Esperando contar con su presencia, le quedo de antemano agradecida.

Atentamente,


Lic. Rocio Acosta Moreira.

MAESTRANTE UTPL.



Manta, 02 de Julio del 2010.

Lic. Mariana Cedeño de Centeno

Coordinadora de la gestión de Enfermería HRZ.

De mis consideraciones:

Por medio del presente comunico a usted, que se va a realizar una capacitación para el personal de la consulta externa, como requisito para la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud, y cuyo tema es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

El cual se llevará a efecto el día 9 de Julio del 2010, en el Comedor del Hospital, a partir de las 08h30 minutos.

Esperando contar con su presencia, le quedo de antemano agradecida.

Atentamente,



Lic. Rocio Acosta Moreira.

MAESTRANTE



SE INVITA AL PERSONAL
DE LA CONSULTA
EXTERNA A
**CAPACITACIÓN SOBRE
CONTROL PRENATAL**
QUE SE REALIZARÁ

EL DIA VIERNES 09 DE JULIO DEL
2010.

HORA: 08H30

LUGAR: COMEDOR DEL
HOSPITAL

Lic. Rocío Acosta Moreira
MAESTRANTE UTPL.



SE INVITA A LAS SRAS.
EMBARAZADAS **AL TALLER
DE MOTIVACIÓN** QUE SE
REALIZARÁ

EL DIA MIERCOLES 07 DE
JULIO DEL 2010.

HORA: 10 H00

LUGAR: COMEDOR
DEL HOSPITAL

Lic. Rocío Acosta
Moreira



MAESTRANTE UTPL.



DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE MANABI
HOSPITAL "RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO" MANTA
Teléfono 2612-014 2611-849

Manta, 17 de Septiembre 2010.

*Licenciada
Rocio Acosta M.
MAESTRANTE UTPL
Ciudad*

De mi consideración:

A petición verbal, de la parte interesada certifico que la Lic. Rocio Acosta, en calidad de Maestrante de la U.T.P.L. a cumplido con su programación en su proyecto de acción quedando implementado el programa de Atención Prenatal a las embarazadas que acuden a la consulta externa del hospital Dr. Rafael Rodriguez Zambrano de Manta.

La interesada, puede hacer uso de esta certificación como mejor convenga a sus intereses, por estar ajustados a la verdad.

Acentamento,

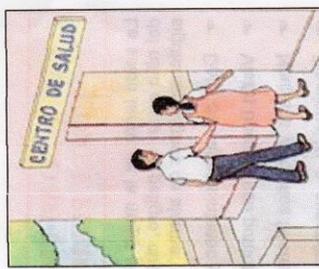
Rolando
Dr. Rolando *García*
DIRECCION A.R.


TRÍPTICOS

¿QUÉ HACER SI TENGO SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO ?



Toda mujer debe revalorizarse como mínimo cuatro controles durante su embarazo, las actividades deben registrarse en el carné perinatal, y el carné que contiene los datos de cada visita debe guardar la mujer para presentarlo en el momento del parto.



En el Centro de Salud

Las actividades que desarrolla el equipo de salud para el control prenatal, son:

1. Estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de enfermedades, que pongan en peligro la vida de la madre y del niño, mediante el chequeo médico y exámenes de laboratorio;
2. Tratamientos comprobados como beneficiosos; y
3. Educación sobre los signos de alarma o emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas.

CONSEJOS SALUDABLES

Red Andina de Centros de Salud Materno-Perinatal

Red Nacional de Salud Materno-Perinatal Ecuador

Dr. Angel Racines
Ministerio de Salud Pública
Dra. Sara Pergolizzi y Dra. Cecilia Vaica
CESTAS

Dr. José Ortiz y Dr. Oswaldo Cárdenas

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca
Hospital Docente Vicente Corral Moscoso – Cuenca

Dr. Francisco Delgado

Hospital Pablo Arturo Suárez – Quito

Dr. Francisco Egílez

Hospital Enrique Sotomayor – Guayaquil

Dra. Rebeca Yonece

Hospital Matilde Hidalgo de Procel - Guayaquil



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

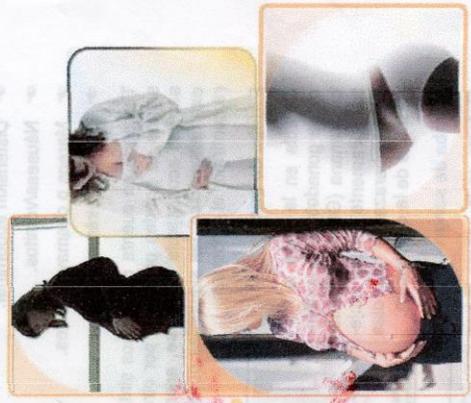
UNIVERSIDAD DE CUENCA



Cuenca, abril 2006



PROMOCION DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



EMBARAZOS SANOS Y SEGUROS

MODULOS EDUCATIVOS

¿CÓMO SABER QUE SOY EMBARAZADA?

Cuando una mujer está embarazada puede presentar los siguientes síntomas y signos:

- ☞ Ausencia de períodos menstruales.
 - ☞ Fatiga.
 - ☞ Aumento del tamaño de los senos y sensibilidad de los senos.
 - ☞ Distensión abdominal.
 - ☞ Náuseas/vómitos.
 - ☞ Mareos o desmayos reales.
 - ☞ Signos y exámenes.
- Teniendo en cuenta que dichos síntomas y signos se pueden presentar por otras causas, es aconsejable realizarse, además del examen médico, las siguientes pruebas para confirmar el embarazo:

Prueba de orina

Detecta en la orina la hormona gonadotropina coriónica humana (GCH) que existe únicamente en las mujeres embarazadas 10 días después de la concepción.

Prueba de sangre

Detecta en la sangre la hormona gonadotropina coriónica humana (GCH) que existe únicamente en las mujeres embarazadas 10 días después de la concepción.

Ultrasonido

El ultrasonido obstétrico sirve además para: verificar la fecha del parto, el crecimiento y algunas enfermedades que pueda tener el feto.



CONSEJOS SALUDABLES

Alimentación. Durante el embarazo se debe consumir: variedad de alimentos completos, como los granos integrales, los vegetales y las frutas; abundantes líquidos y una buena cantidad de proteínas, calcio, hierro, ácido fólico, sustancias que pueden estar en mayores cantidades en ciertos alimentos que se exponen en el gráfico de la pirámide. La embarazada que tiene acceso a una dieta balanceada no requiere de suplementación adicional de vitaminas.



Alcohol y tabaco. El consumo de alcohol puede causar malformaciones, o retardar el crecimiento del feto. El tabaco afecta el crecimiento fetal, eleva los riesgos de parto antes de término, causa bajo peso al nacer y problemas de la conducta y aprendizaje.

Higiene personal. Se recomienda: aseo de la vagina y el ano por lo menos una vez al día, cepillarse los dientes tres veces al día, higiene de los senos, y formación del pezón en el último trimestre.

Trabajo. Deben evitar los trabajos muy agotadores y en los que estén expuestas a químicos y radiaciones.

Viajes. La época adecuada para viajar es durante el segundo trimestre del embarazo, la decisión de viajar y la distancia del viaje debe ser tomada conjuntamente entre la mujer embarazada y su médico.

Ejercicios. Una mujer acostumbrada al ejercicio antes del embarazo, puede continuar durante el embarazo; pero no es recomendado comenzar ejercicios para una mujer que no practicaba ejercicios antes del embarazo.

Actividad sexual. En mujeres con embarazos normales, no es necesario interrumpir las relaciones sexuales durante todo el embarazo, incluyendo el último mes. Se debe realizar en posturas que no compriman el abdomen.

Vestido. Deben usarse vestidos o pantalones holgados, zapatos bajos y cómodos para prevenir tropiezos y caídas, no usar ligas para evitar varices.

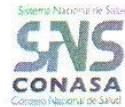
¿CUÁNDO MI EMBARAZO CORRE PELIGRO?

La salud tanto de la mujer embarazada como del niño están en peligro, cuando presenta los siguientes signos de alarma:

- ☞ Dolor de cabeza intenso y permanente.
- ☞ Visión borrosa con puntos de lucecitas.
- ☞ Náuseas y vómitos frecuentes.
- ☞ Disminución o ausencia de movimientos del niño.
- ☞ Palidez marcada.
- ☞ Hinchazón de pies, manos, cara.
- ☞ Pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales.
- ☞ Fiebre y escalofríos.
- ☞ Molestias al orinar y escasa cantidad de orina.
- ☞ Dolor abdominal.
- ☞ Aumento de peso más de dos kilos por semana.

**LISTADOS DE
ASISTENCIA**

**NORMAS Y
PROTOCOLOS**



REPÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Sistema Nacional de Salud

COMPONENTE NORMATIVO
MATERNO NEONATAL
COMPONENTE OBSTETRICO

La Salud Ya es de todos ...
La Salud Ya es de todos ...
La Salud Ya es de todos ...

1. RESUMEN

Este proyecto de desarrollo social, se efectuó específicamente de capacitación y promoción de salud; utilizando la metodología del marco lógico. La población beneficiaria es en su mayoría embarazadas adolescentes, los prematuros y niños de bajo peso que son los pacientes más proclives o vulnerables.

Se realizó inicialmente un diagnóstico situacional de la salud de la comunidad y posteriormente se resolvió intervenir en el problema de atención de las embarazadas sin aplicación de normas y protocolos, así como el incremento de niños prematuros y de bajo peso al nacer; para esto se llevó a cabo capacitación al personal de salud de la consulta externa, así como, taller de motivación a las embarazadas que acuden al control prenatal.

En este contexto se está desarrollando un proyecto, cuyo objetivo es contribuir a la disminución de niños prematuros y de bajo peso al nacer en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta. Y el propósito es que las embarazadas que asistan a la consulta externa del H.R.R.Z. reciban atención de calidad, mediante la aplicación de normas y protocolos establecidos, y Ley de Maternidad Gratuita por el M.S.P.

En cuanto a los resultados obtenidos tenemos que se dio capacitación a personal de salud de la consulta externa, se cumplió con un 85% de satisfacción, además el taller de motivación a las embarazadas que asisten al control prenatal, se cumplió en un 90%, se dio trípticos a las embarazadas para que lo lleven consigo y mantengan la información proporcionada.

Se realizan propuestas a la Líder de Enfermería de la consulta externa básicamente compuestas de acciones como:

- Continuar con la capacitación al personal de salud de la consulta externa.
- Realizar frecuentemente talleres de motivación a las usuarias que acuden a su control prenatal.
- Monitoreo frecuente de atención y educación a las embarazadas.

Se obtuvo como resultado una mejora estadísticamente significativa del 80%, después de desarrollada la capacitación. Se lo realizó con indicadores y estándares de calidad para lo cual se realizó revisión y monitoreo de las historias clínicas de las usuarias que han asistido en el mes de Agosto.

El grado de satisfacción del taller por parte de las embarazadas fue alto con un 70% de muy bueno y el 30% de bueno. Y en lo concerniente a la pregunta de la duración del taller respondieron en un 75% como suficiente. Todas las participantes respondieron que estos talleres deben realizarse frecuentemente.

2. ABSTRACT

This social development project, was made specifically of training and promotion of health; using the methodology of the logical mark. The population beneficiary is in her majority embarrassed adolescents, the premature ones and first floor children that are the most inclined or vulnerable patients.

He/she was carried out a situational diagnosis of the health of the community initially and later on he/she was solved to intervene in the problem of attention of the pregnant ones without application of norms and protocols, as well as the increment of premature children and of under weight when being born; for this it was carried out training to the personnel of health of the external consultation, as well as, motivation shop to the pregnant ones that go to the prenatal control.

In this context a project is developing whose objective is to contribute to the decrease of premature children and of under weight when being born in the Hospital Rodríguez Zambrano of Blanket. And the purpose is that the pregnant ones that attend the external consultation of the HRZ receive attention of quality, by means of the application of norms and protocols settled down by th MSP.

As for the obtained results we have that training was given to personal of health of the external consultation, it was fulfilled 85% of satisfaction, also the motivation shop to the pregnant ones that attend the prenatal control, was completed in 100%, it was given triptychs to the pregnant ones so that they take it I get and maintain the proportionate information.

They are carried out proposals to the Leader of Infirmary of the external consultation basically made up of stocks as:

- To continue with the training to the personnel of health of the external consultation.
- To frequently carry out motivation shops to the users that go to their prenatal control.
- Frequent monitoring of attention and education to the pregnant ones.

It was obtained an improvement as a result statistically significant of 80%, after having developed the training. He/she was carried out it with revision and monitoring of the clinical histories of the users that have attended in the month of August.

The grade of satisfaction of the shop on the part of the pregnant ones was high with 70% of very good and 30% of good. And in the concerning thing to the question of the duration of the shop responded in 75% as enough. All the participants responded that these shops should frequently be carried out.

3. INTRODUCCIÓN

El mejoramiento de la calidad de atención, es de suma importancia para los servicios de salud, ya que se quiere brindar atención de calidad y calidez en todos los ámbitos, especialmente a los servicios de salud. Para contar con esta perspectiva es necesario utilizar estrategias e intervenciones costo efectivas, e identificar necesidades de la colectividad que acude a estos centros, contemplando aspectos biológicos, sociales, económicos, culturales entre otros.

El mejoramiento de la calidad se enfrenta con optimismo a este enorme desafío, partiendo desde un enfoque integral e intercultural de la atención materna y neonatal.

En el mundo los problemas relacionados con el embarazo y el parto continúan estando en los primeros lugares de prevalencia de morbimortalidad, siendo problemas prevenibles, que están ligados íntimamente al subdesarrollo, la pobreza, la mala educación y la falta de distribución equitativa de la riqueza.

El Ecuador es un país subdesarrollado y dentro de sus primeras 10 causas de morbilidad se encuentran los problemas relacionados con el embarazo, el parto, la prematurez y el peso bajo al nacer. Es así como el M.S.P. y la O.P.S., tuvieron la iniciativa de la maternidad gratuita y crear conciencia sobre la condición de salud de las mujeres reflejadas en las altas tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en los países en vías de desarrollo.

Una de cada 130 madres en América Latina y el Caribe se enfrenta a riesgo de muerte. En cambio, en países más desarrollados como Canadá, la tasa es de 1 por cada 7.750. En los países en desarrollo, se ha comprobado que la muerte de la madre en el parto puede llevar a la muerte posterior del recién nacido.

La tasa de mortalidad materna en Ecuador por cada 100.000 nacidos vivos es de 77.8%, la tasa de mortalidad neonatal es de 16%, la perinatal de 20%, el porcentaje de parto asistido por personal capacitado es de 69% y el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer es de 16%.

La tasa de mortalidad materna en el Hospital Rodríguez Zambrano es de 1%, la neonatal es del 12%, la perinatal es de 14% y el porcentaje de parto asistido por personal profesional es de 65%, el porcentaje de recién nacidos prematuros es de 33% y de bajo peso es 9%.

El Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, es una unidad de salud de segundo nivel, pero que tiene todas las especialidades, con una gran afluencia de usuarios, especialmente embarazadas adolescentes, la consulta externa consta de consultorios médicos equipados adecuadamente para la valoración prenatal y la atención de niños menores de 5 años, que son los más vulnerables.

En el transcurso de estos meses, ha habido un incremento significativo de pacientes obstétricas, pero con la novedad de que asisten al primer control tardíamente, a pesar de que la atención es gratuita, para esto es necesario educar más a la población en edad fértil, más aún a las adolescentes, para esto debería realizarse un trabajo de campo en las unidades educativas.

Este tipo de problemas y fortalezas, me ha hecho ver la necesidad de planificar una estrategia de salud en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta y me incentivó a desarrollar este proyecto para el mejoramiento de calidad de atención basada en la aplicación de normas y protocolos materno-neonatal, la aplicación de indicadores y estándares para medir la calidad de atención materno-neonatal, y hacer que se cumpla la Ley de Maternidad gratuita

Hay que recalcar que los costos del cuidado de la salud, que una persona va a tener que enfrentar cuando existe una complicación del embarazo o parto es muchísimo más alto, que si éste decide entrar en un programa de prevención como es el caso de cumplir con los controles adecuados que nos dice la norma de cómo mínimo 5 controles. Cuando una mujer recibe cuidados prenatales adecuados, es posible identificar y tratar ciertos problemas, reduciendo así el riesgo de tener un bebé prematuro y de bajo peso al nacer.

4. PROBLEMATIZACIÓN

La salud, como derecho humano ya establecido, al igual que el derecho a la vida, a no ser discriminado por cuestiones de género y el derecho de decidir el número y el espaciamiento de los hijos, respaldan el derecho de la mujer a quedar embarazada y parir sin riesgo de muerte o de sufrir lesiones graves.

Los problemas relacionados con la salud perinatal es de mucha importancia en la salud de los pueblos, actualmente vivimos en una época en la cuál es más fácil intervenir y prevenir graves alteraciones de la salud tanto en las madres como los niños.

La intervención en salud, debe estar sujeta a la realidad de la comunidad, es por esto que luego de una reunión participativa entre directivos del hospital, de los servicios y la comunidad, se llegó a la conclusión, que es importante conocer la problemática inherentes del servicio de Neonatología, el porqué de gran número de niños prematuros y de bajo peso; y la deficiente calidad en los controles prenatales de dichas embarazadas, he ahí que se origina la problemática para el presente proyecto.

Se pudo detectar que la población ha crecido en estos últimos años; y que la afluencia de pacientes de otros sectores se ha incrementado en búsqueda de una atención especializada, de las complicaciones del binomio madre e hijo, es por esta razón me propuse; realizar socialización de las normas y protocolos de atención prenatal a todo el personal de salud involucrados en la atención a la embarazada con la finalidad de contribuir a la disminución de niños prematuros y de bajo peso al nacer, mediante la aplicación de normas y protocolos a las embarazadas que acuden al Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta; adoptando un criterio nuevo para salvar la vida de la madre, los recién nacidos y los niños. Cada niño y cada madre contarán en un estudio de amplio alcance de los cuales la situación es apremiante de los recién nacidos, cuyas necesidades específicas se han escurrido por los intersticios que separan a los programas de atención de salud materno infantil.

Así mismo se aplicaron estándares e indicadores, para medir la calidad de la atención materno neonatal luego de realizada la capacitación al personal de salud de la consulta externa.

Tenemos que en el H.R.R.Z., el número promedio de partos mensuales es de 200 a 220 nacimientos, de los cuales el 60% es de parto y el 40% de cesáreas, de éstos el 25% ingresan por diferentes causas pero el porcentaje más alto es de 33% de niños prematuros. Y un 9 % de peso bajo al nacer.

Es por esta razón que debemos hacer conciencia tanto a las madres como el personal de salud de un control de calidad a las embarazadas.

Este plan inicia el camino hacia la nueva perspectiva que el gobierno propone; asegurar a todas las madres y a sus hijos el derecho a una vida plena y digna, disponiendo de servicios de salud de calidad y en condiciones de equidad.

5. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, es una unidad de segundo nivel, con una infraestructura moderna, Para la atención el binomio madre e hijo es necesario involucrar al equipo de salud en la aplicación de la ley de maternidad gratuita de normas y protocolos en la atención prenatal para el mejoramiento de la calidad de vida evitando complicaciones maternas y neonatales como prematuridad, bajo peso al nacimiento, eclampsia, preeclampsia, entre otras.

Con el propósito de que las embarazadas que asisten a la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, reciban atención de calidad y calidez, mediante la aplicación de normas establecidas, con un equipo humano dispuesto a aprender y enseñar con el objetivo de mejorar la atención prenatal de la comunidad.

Mediante la aplicación de normas y protocolos, necesarios para que conlleve a efectivizar la aplicación de éstas ya que son basadas en conocimientos discutidos por el M.S.P., O.P.S., además integrando la parte educativa hacer conciencia a que las madres promuevan estilos de vida que hagan que estas sean proclives a integrarse a el avance científico y tecnológico, sin olvidar su estado, ya que siendo el gobierno nacional de que las madres deben conocer los signos de alarma.

Su relevancia humana se basa en el cuidado integral que debe realizar cada madre, hacer conciencia de lo que es traer al mundo a niños sanos así no ser causante de daños físicos, psíquicos y morales que llegan a sufrir los niños por no recibir orientación a tiempo de un buen control ginecológico.

Es menester dar a conocer a la comunidad los beneficios que brindan los hospitales y centros de salud del país, que en la actualidad son gratuitos.

Contamos con la presencia de actores externos a la comunidad, que nos ayudan a que se realice de la mejor manera un control prenatal adecuado, ayudando a los más necesitados con educación, trabajo de campo en los colegios e incluso universidad y todo esto con calidad y voluntad de realizarlo.

Esto contribuye al fortalecimiento de la consulta externa y cumplir con los programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública, que es el ente rector de todos los servicios de salud.

Es un proyecto económico y rentable, debido a la gestión de los recursos disponibles, tanto en el área humano como técnica y económica, lo que se convierte en sostenible a largo plazo.

Por lo tanto, la línea de acción que se siguió para la intervención en este trabajo como maestrante en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta, fue la capacitación del personal de salud sobre la aplicación de normas y protocolos y el taller de motivación a las embarazadas para un control prenatal adecuado y un parto sin complicaciones y la aplicación de indicadores y estándares, para medir la calidad de atención a las embarazadas

6. OBJETIVOS

GENERAL

Mejorar la calidad de atención a embarazadas, mediante el cumplimiento de la Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia, en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

ESPECIFICOS

- Capacitar al equipo de salud, en la aplicación de normas, protocolos y Ley de Maternidad gratuita en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.
- Aplicar protocolos, normas y Ley de Maternidad gratuita en la atención a la embarazada, por el equipo de salud del HRZ.
- Elaborar un taller motivación a las embarazadas que acuden al control prenatal, para mantenerlas informadas..

7. MARCO TEÓRICO

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS

“El cantón Manta, un hermoso cantón que pertenece a la Provincia de Manabí, limita al Norte, Sur y Oeste por el Océano Pacífico, Al Sur y al Este con el cantón Montecristi. Su superficie según el INEC es de 306 Kilómetros”¹



Manta tiene 5 parroquias urbanas y una rural además pintorescos sitios o recintos tanto a la orilla del mar como en el interior de la montaña. Entre las parroquias urbanas tenemos: Manta, que es la cabecera cantonal, Tarqui, Los Esteros, Eloy Alfaro y parroquia rural es San Mateo que se encuentra a una distancia de 10 kilómetros.

Su longitud es de $00^{\circ} 55' 35''$ y una latitud de $30^{\circ} 43' 02''$.

La creación y el desarrollo histórico del Hospital Cantonal “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta, provincia de Manabí fue en el año 1911 y tuvo su inicio en Tarqui “La Ensenadita”, siendo el primer fundador el Dr. Rafael Rodríguez Zambrano y con el apoyo del Gral. Eloy Alfaro Delgado quien tenía conocimiento de la

existencia de una partida presupuestaria sin inversión en el cantón Montecristi ordenó su transferencia para la construcción del mismo.

Pasan los años, crece Manta y la necesidad imperiosa de tener una casa de salud y es así que en el año de 1944 el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, ahora Organización Panamericana de la Salud, construye varios pabellones en el sector de la calle 24 y avenida 13, estos eran sala de hombres, sala de mujeres, sala de maternidad, aislamiento y un pequeño quirófano.

En el año 1946 elementos valiosos y representantes de las fuerzas vivas de Manta, pidieron que en su reconocimiento de las virtudes de este facultativo de nobles sentimientos humanitarios, llevara su nombre para mantener latente su recuerdo como digno ciudadano acreedor a una imperecedera gratitud.

El primer director del hospital fue el Dr. Carlos Alberto Palacios Izquierdo en el año 1944 y fue quien con el señor Ramón Virgilio Azúa, realizaron las gestiones pertinentes con la superiora provincial de la comunidad para el envío de las Hermanas de la Caridad a esta casa de salud; siendo el 1 de Mayo de ese mismo año y en presencia del señor Subdirector de Asistencia Social de Portoviejo que firmaran el convenio.

El 12 de diciembre de 1962 se realizan las bendiciones de las salas de operaciones, en esa misma fecha también se celebra 31 años de vida profesional el Dr. Daniel Acosta Rosales, en reconocimiento a sus servicios gratuitos a la institución el señor director Eduardo Paz.

Actualmente el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, funciona con 220 camas en un moderno edificio de hormigón armado, de 6 pisos con buena ventilación, en el barrio Santa Marta, fundado el 7 de Agosto de 1988, con un área de influencia de 115.000 habitantes.



Actualmente contamos con talentos humanos en número de 581, distribuidos en: 84 Médicos, 81 Enfermeras, 148 Auxiliares de Enfermería, 189 trabajadores y 79 Empleados.

7.1.2. DINÁMICA POBLACIONAL

“La población del cantón Manta es de 360.000 habitantes, según el último censo de INEC 2001, representa el 16.2 % del total de la provincia de Manabí, ha crecido en el último periodo intercensal 1990-20001 a un ritmo de 3,4% promedio anual. El 4.8% de su población reside en el área rural, se caracteriza por ser una población joven, ya que el 42,3% son menores de 20 años, según se puede observar en la pirámide de población por edad y sexo.”¹

La población por sexo corresponde a mujeres con el 50.9% y hombres 49,1%.

El Hospital Rodríguez Zambrano, en el año 2009 tuvo una demanda de 13.142 pacientes con un porcentaje de 88.55% de hospitalización.

En cuanto a la atención primaria a través de la consulta externa su cobertura correspondió a 66.837 usuarios, datos obtenidos por el departamento de estadística del H.R.R.Z.

¹ INEC. (2010). IV Censo de población y vivienda, 2001, Manabí-Ecuador. Disponible en: <http://www.inec.gov.ec>.

Las áreas de afluencia son: Cuba Libre, Horacio Hidrovo, Nueva Esperanza, Santa Clara, 24 de Mayo, 15 de Abril, María Auxiliadora, San José, Altamira, Los Esteros, San mateo, las Cumbres, San Juan, El Aromo, San Lorenzo, Santa Marianita, El Arrollo, Montecristi, Los Bajos de Afuera, Cárcel, Estancia las Palmas, La Sequita, Manantiales, Leonidas Proaño, Colorado, Pile, Jaramijó.

Además tenemos las áreas de influencias como: Ciudadela Lomas de Barbasquillo, Barrio Jesús de Nazaret, Ciudadela Los Eléctricos, Universitaria, Barrio Umiña 2, Ciudadela Barbasquillo, . Manta 2000, Abdón Calderón, , 24 de Mayo, Las Acacias, Buena Vista, Barrio Medardo Mora, Ciudadela Complejo Umiña.

7.1.3. MISION DE LA INSTITUCION

“Se sustenta las políticas del M.S.P., Normas y Reglamentos de la institución, promoviendo y fomentando la atención a toda la población que acude a esta unidad, garantizando servicios eficientes de calidez, con sólidas bases científicas, tecnológicas, humanística y ética, y con un enfoque a la atención primaria, la recuperación, para fortalecer la salud.”²

7.1.4. VISION DE LA INSTITUCION

“**La Visión** es que hasta el año 2010, la calidad de atención garantice a la población condiciones de vida saludable, brinda atención oportuna, orientados a promover la cobertura de prestaciones de salud con calidad, equidad, eficacia, eficiencia y solidaridad; con talentos humanos capacitados, comprometidos e innovadores, acorde al avance de la medicina y tecnología.”³

7.1.5. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Depende jerárquicamente de la Dirección Provincial de Salud de Manabí, y está conformado por los siguientes servicios, bajo la responsabilidad de la Dirección del Hospital.

Dirección del hospital: Secretaría y Archivo.

² Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta. (2010). Orgánico funcional. Departamento de Subdirección médica.

³ Ibidem.

Organismos asesores y de apoyo, integrado por: Consejo Técnico, Comité de adquisiciones, Comité de farmacología, Auditoría Médica e historia clínica.

Área médica integrada por: Medicina Interna, Cirugía, Ginecoobstetricia, Pediatría, Odontología,

Unidad de cuidados intensivos.

Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento integrado por: Enfermería, Trabajo social, Estadística y Registros médicos, Alimentación y dietética, Farmacia, Educación para la salud.

Administración Hospitalaria de quien dependen los siguientes servicios: Oficina de Recursos Humanos (personal).

Área financiera integrada por: Contabilidad, Pagaduría, Suministros, Proveeduría. Mantenimiento.

Servicios generales integrados por: Transporte y Movilización, Lavandería, Ropería y Costura, Central Telefónica e Intercomunicaciones. Servicios varios: limpieza, guardianía y Conserjería.

Puestos de trabajo, El equipo médico, personal técnico y administrativo desplegará también sus actividades coordinadamente en los puestos de trabajo de Consulta externa, Emergencia y Hospitalización.

Del Organigrama Estructural

El organigrama es el que representa la organización estructural del Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, de conformidad al Reglamento Orgánico Funcional General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública.

1.- Dirección del Hospital

Secretaría y Archivo.

2.- Organismos asesores y de Apoyo

Consejo Técnico.

Comité de Adquisiciones.
Comité de Farmacología.
Auditoría Médica e Historia Clínica.

3.- Subdirección Médica.

La subdirección médica es la responsable de la organización y ejecución de la atención que se brinda en el Hospital a través de los departamentos médicos. Depende jerárquicamente de la Dirección del Hospital.

4.- Servicios Médicos.

Medicina Interna.
Cirugía.
Gineco-Obstetricia.
Pediatria.
Odontología.
Unidad de Cuidados Intensivos.

5.- Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

Laboratorio clínico.
Anatomía Patológica.
Radiodiagnóstico.
Anestesiología.
Medicina Física y Rehabilitación.

6.- Servicios Técnicos de Colaboración Médica.

Enfermería.
Trabajo Social.
Estadística y Registros Médicos.

Alimentación y Dietética.

Farmacia.

Educación para la salud.

7.- Administración Hospitalaria.

La administración del Hospital, es el área que a través de las unidades a su cargo, ejecuta las acciones administrativas y financieras, mediante la programación organización y control de los recursos humanos, materiales y financieros para cumplir con las funciones y objetivos del Hospital.

- Recursos Humanos (personal).
- Contabilidad.
- Pagaduría.
- Suministros.
- Proveeduría.
- Mantenimiento.
- Servicios generales: Transporte y Movilización.
- Lavandería, ropería y costura.
- Central Telefónica e intercomunicaciones.
- Servicios varios: Sección limpieza ,Guardianía,

Tiene un área de 31.060 metros cuadrados de construcción. Cuenta con un recurso humano entre empleados y trabajadores de 585 personas.

La consulta externa, se encuentra ubicado externamente al Este con el parqueadero, Al Oeste con la Comunidad, Al Sur con la Farmacia Popular, Al Norte con la Cruz Roja.

Internamente se encuentra ubicado al Norte, con Estadística; Al Sur con la entrada al Hospital, Al Este con el Parqueadero; Al Oeste con la Emergencia.

Actualmente el área de la consulta externa cuenta con el siguiente personal de Enfermería:

- 1 Líder Médico.
- 1 Líder de Enfermería.
- 1 Secretaria.
- 11 Auxiliares de Enfermería
- 3 Auxiliares administrativos

El Servicio de Consulta Externa, brinda atención preventiva de control y protección de los clientes, tanto de la ciudad, de sus alrededores, áreas de influencias, de la provincia de Manabí y de varias ciudades del País.

Entre los Objetivos tenemos:

- Brindar atención oportuna y continua a todos los clientes que acuden a este servicio.
- Mejorar el estado de salud de la población, en especial de los de mayor riesgo.
- Verificar si se cumplen totalmente los programas y actividades programadas para el mejor funcionamiento del servicio.

“La Misión es atender al cliente, especialmente a los grupos de mayor riesgo, como embarazadas, niños menores de 5 años, utilizando normas de atención primaria de salud a toda la población que acude a este servicio en busca de atención tanto preventiva como curativa.

La Visión del servicio de la Consulta Externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano aspira en los próximos años ser un servicio de fomento, protección y recuperación, optimizando los recursos disponibles en la institución.”⁴

Entre la filosofía del Servicio tenemos:

- Debe brindarse atención a todos los clientes que acuden al servicio sin importar edades, ni raza y mucho menos religiones.

⁴ Hospital Rafael Rodríguez Zambrano. (2010). Servicio de Consulta Externa.

- La unidad de salud debe responder a las necesidades de la comunidad y debe tratar de brindar atención oportuna y eficaz-
- Este servicio depende de la administración técnica de la dirección y Subdirección, además es responsabilidad del servicio brindar atención a niños menores de 1 año, preescolar, embarazadas, post-parto, regulación de la fecundidad y salud familiar.

Se llevan los siguientes programas: de Salud Escolar, programa ampliado de inmunizaciones, Programa de control de Enfermedades Diarreicas. Programa de control de infecciones respiratorias aguda (IRA), Programa de Planificación familiar.

Se cuenta con un gran número de áreas de influencia así mismo escuelas, colegios y Universidad.

7.1.6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

Por complejidad.

- Preventiva y curativa.
- Brinda atención a los clientes enviados de otros establecimientos de salud de menos complejidad.
- Atender las interconsultas enviadas por los médicos tratantes a otras especialidades.
- Desarrollar programas educativos, docencia e investigación para la salud.
- Realizar controles de seguimiento a los clientes que han sido dado de alta, en especial a los clientes con Tb.

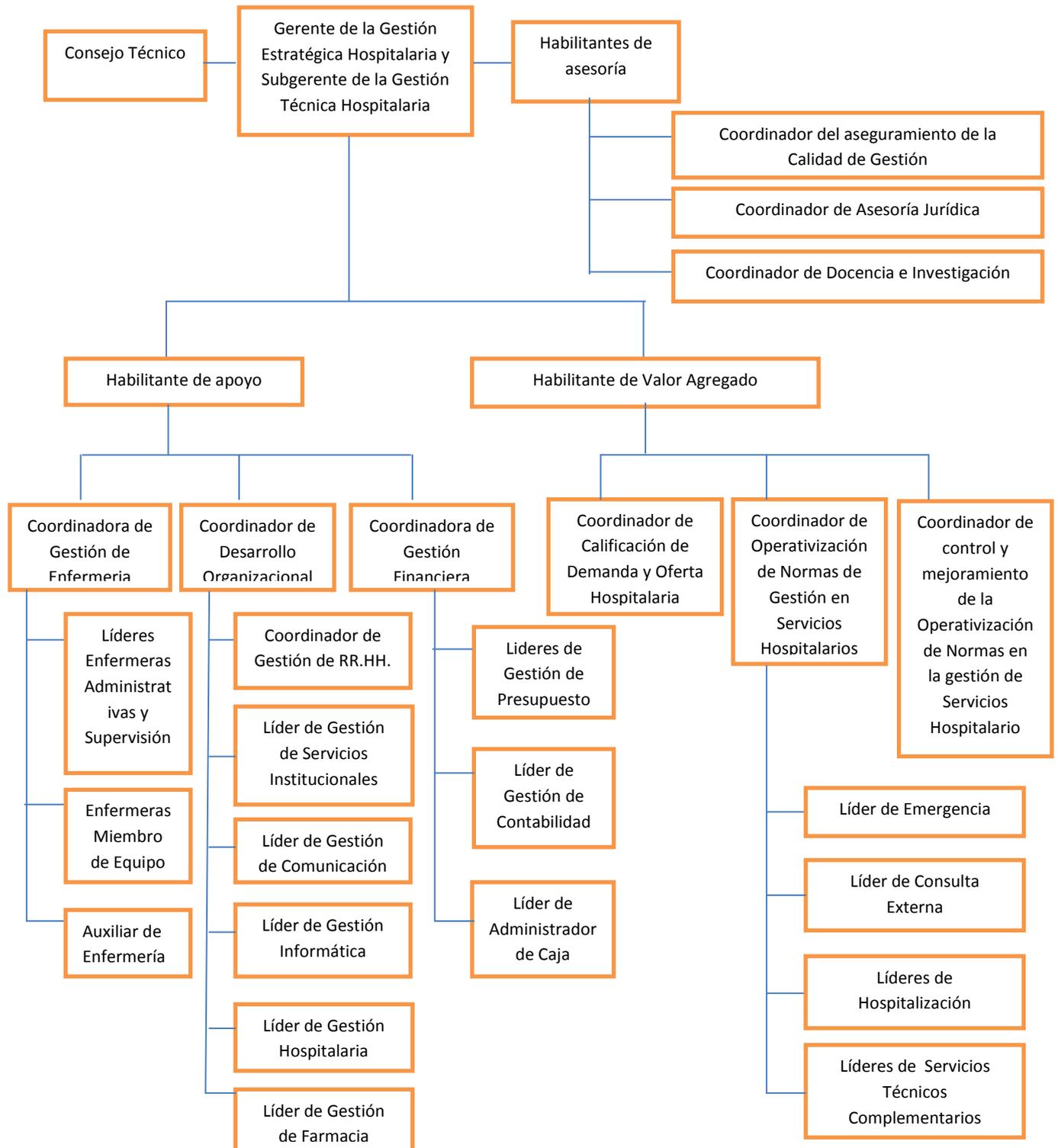
Entre los datos estadísticos obtenidos a través de la información del Hospital Rodríguez Zambrano, existen varias enfermedades predominantes como: Rinofaringitis, Parasitosis, Desnutrición, Amigdalitis, Bronquitis, Diabetes, Hipertensión arterial, Gastritis, Várices.

El servicio de Consulta Externa cuenta con las siguientes áreas para cubrir las necesidades de los clientes.

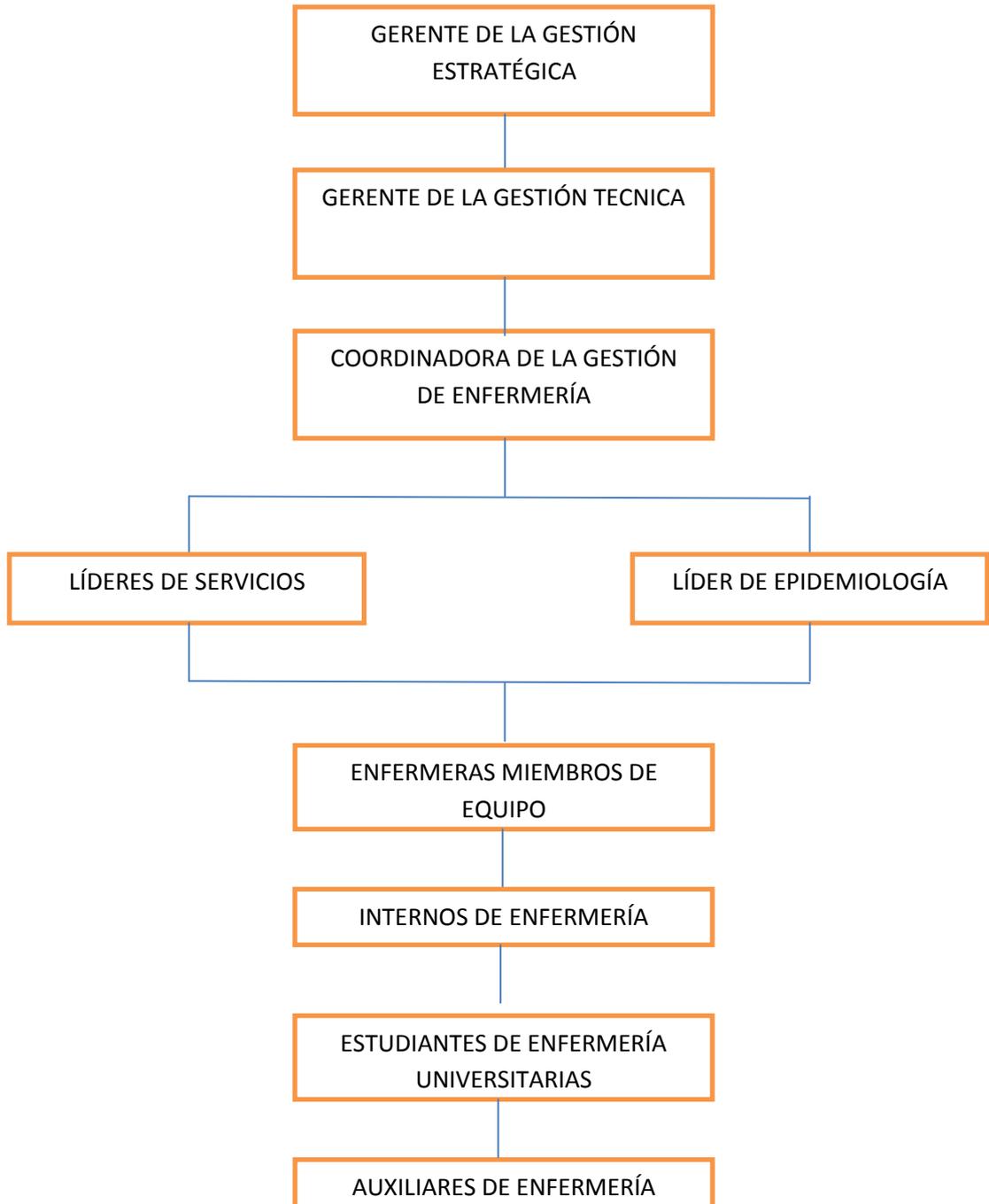
Preparación de niños, preparación de adultos, Inmunizaciones, Odontología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Tb, Consultorios clínicos, Electrocardiograma, entrevista post consulta, Curación, Planificación familiar.

En el área hospitalaria se brinda atención clínica como quirúrgica según especialidad. Además de estos tenemos las áreas de diagnósticos como RX con su respectivo tomógrafo, laboratorio, área de rehabilitación física, estimulación temprana, consejería para pacientes de VIH.

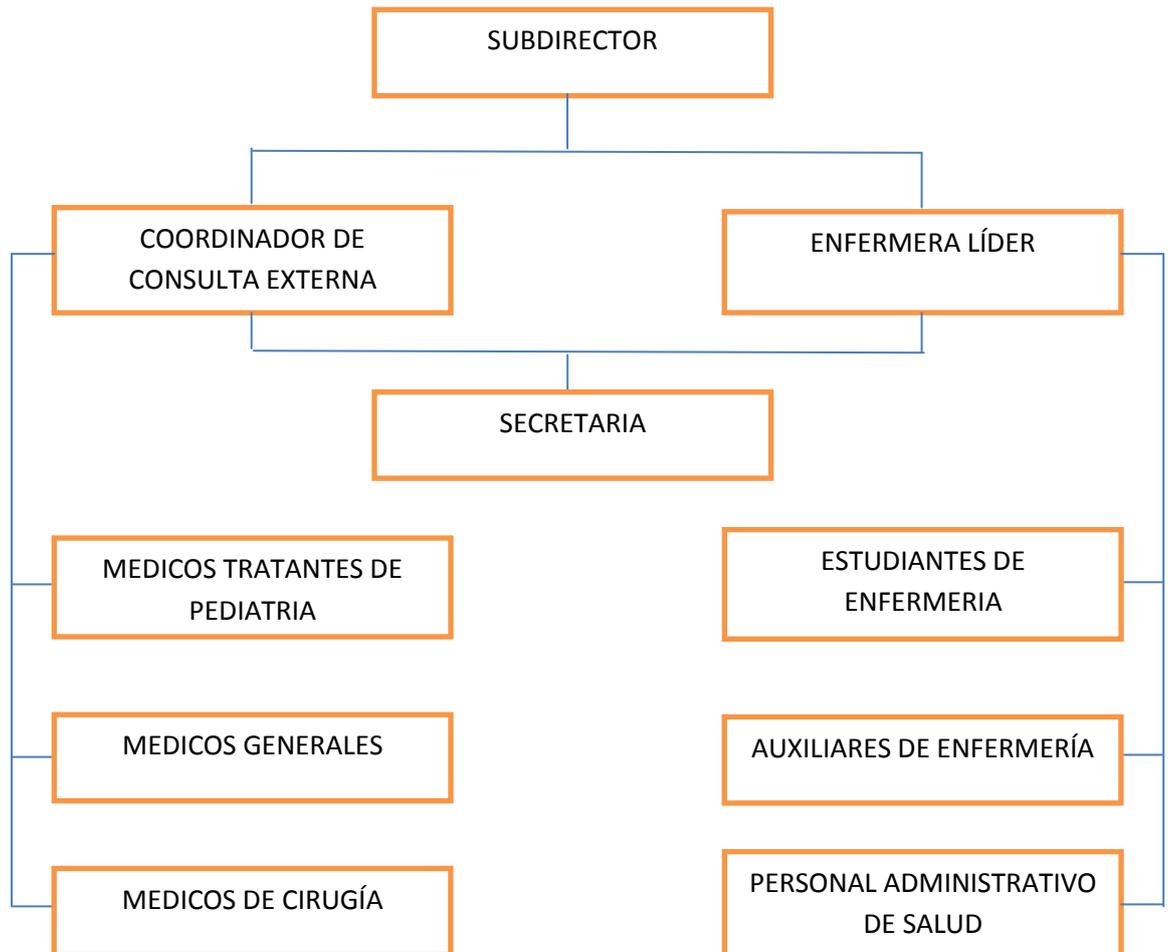
ORGANIGRAMA POR PROCESO DEL HOSPITAL



ORGANIGRAMA DE LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA



ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE LA CIUDAD DE MANTA



7.1.7. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA

La población de mayor afluencia por edad comprende:
MES DE JULIO 2009 A JULIO DEL 2010.

Edad	Frecuencia
De 0 a 28 días	419
De 1 m a 11 m	2.323
De 1 a – 5 a	6.416
De 6ª a 9 a	5.492
De 10 a 14 a	3.208
De 15 a 19 a	3.148
De 20 a 45 a	9.057
De 45 a 75 a	9.118
TOTAL	39.181

Fuente: Departamento de Estadística H.R.R.Z.

Elaborado por: Lic. Rocío Acosta

La cobertura que tiene el H.R.Z. de la ciudad de Manta a través de la consulta externa es:

Menores de 5 años son de 9.158
De 45 a 75 años es de 9.118.

A nivel hospitalario la cobertura se asemeja a la de atención primaria arrojando los siguientes datos estadísticos:

Menores de 5 años son de 13.235
De 45 a 75 años es de 11.658
Datos del año 2009.

“Por lo que podemos determinar según las fuentes estadísticas que el estado de salud que se presenta en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad

de Manta, continúan siendo los más vulnerables los niños menores de 5 años, como la edad comprendida de los 45 a 75 años.”⁵

Esta situación de salud se debe al incremento poblacional que se vive cada día por la mala infraestructura sanitaria, falta de información por el personal de salud a la población, desconocimiento de la comunidad de los servicios de salud que presta la institución, como también influyen los factores económicos, culturales y sociales, entre los problemas de salud más frecuentes que se presenta en la institución tenemos la desnutrición a consecuencia de la prematurez y bajo peso al nacer, lo que se relaciona con los problemas diarreicos y respiratorios; entre las enfermedades del paciente adulto tenemos la diabetes, hipertensión, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, accidente cerebro vascular, enfermedad renal, preeclampsia, eclampsia, amenaza de parto prematuro, lo que se concluye expresando que estas enfermedades continúan siendo un problema de salud pública, ya que cada día van en incremento.

7.1.8. CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Rafael Rodríguez Zambrano se encuentra ubicado en el sur de Manta, en el Barrio Santa Martha, vía a San Mateo, es de estructura vertical, consta de seis pisos, tiene todas las especialidades, funciona con 220 camas, es un hospital de Segundo Nivel.

Actualmente cuenta con una nueva estructura física el mismo que fue inaugurado en su nuevo edificio el 7 de agosto de 1988.

7.1.9. POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

- Regular y coordinar la asignación y la utilización de los recursos financieros de acuerdo a lo establecido.
- Promover la salud mediante el programa información, educación y comunicación.

⁵ Hospital Rafael Rodríguez Zambrano. (2009). Datos estadísticos.

- Desarrollar acciones de prevención, capacitación y vigilancia de las enfermedades de mayor riesgo biológico.
- Fortalecer las actividades de investigación y desarrollo tecnológico en función de los problemas de salud.
- Implementar sistema de motivación e incentivos.
- Administrar los servicios por procesos.

7.2. MARCO CONCEPTUAL

EL EMBARAZO.- Es una etapa difícil para toda mujer, en donde se ajusta a los cambios que experimentan y se prepara para asumir su nueva función la de ser mamá de uno o más hijos.

El inicio de la vida sexual, es un acontecimiento que influye de una manera muy importante en la vida de toda mujer, y aún más, en la mujer adolescente, pues es determinante para el desarrollo futuro de ésta.

La experiencia con aquellas mujeres de bajos niveles de escolaridad, indican que alrededor de los 18 años se unen en pareja para iniciar su vida sexual y tan solo un año después, experimentan el nacimiento de su primer hijo.

Embarazo es salud, o al menos eso ha sido una creencia tradicional de nuestra cultura. Sin embargo, la atención prenatal que existe hoy en día te ayudará a tener un embarazo sano y seguro, a prevenir o tratar algunas de las enfermedades que más nos afectan a las latinas como la diabetes gestacional⁶

Tan pronto como sospeches que estas embarazada, pide una cita con tu ginecólogo. Tu primera cita prenatal será la más larga, aprovecha a preguntarle al doctor todas las cosas que te preocupan y para contarle cualquier cosa que pienses que puede ser importante.

Debe asistir a los controles periódicos, vacunarse, tener una vida tranquila y una buena alimentación.

Las mujeres que asisten a los hospitales a tener sus partos en la actualidad cuentan con el 86%. La atención durante el embarazo no es tan bajo tenemos un 75% y el número de visitas es muy bajo, La atención preconcepcional es casi nula, lo que se traduce en que los embarazos no deseados representan el 60 a 70% de los embarazos, el embarazo en adolescentes es superior al 20%.

Hay que asumir un reto como es mejorar la salud materna y perinatal en Ecuador, en la provincia de Manabí y por ende en la ciudad de Manta, hay que unir esfuerzos para cumplir con esta meta.

CONTROL PRENATAL

“Definición.- El control prenatal consiste en un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgos en la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud para la madre y de su hija o hijo.”⁶

Asegura que todo embarazo deseado culmine en el parto de un niño sano sin deteriorar la salud de la madre.

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el.

⁶ CARRERA, JM; MALLAFRÉ, J; SERRA, B. (2006). Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal. Barcelona: Masson

Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoque de interculturalidad, género y generacional.

Embarazo de bajo riesgo o normal, es aquel que no cursa con criterios de riesgo.

Embarazo de alto riesgo obstétrico, es aquel que cursa con criterios de riesgo.

Se ha sugerido que un primer paso en la atención a la mujer embarazada es un adecuado y cuidadoso control prenatal

Es un proceso destinado a fomentar la salud materna, fetal y familiar.

Entre los requisitos tenemos:

- 1.- Precoz
- 2.- Periódico
- 3.- Completo
- 4.- De amplia cobertura.

1.- PRECOZ

En el primer trimestre

Detección temprana de embarazo de alto riesgo

Promoción, protección y recuperación temprana de la salud.

Establecer fehacientemente edad gestacional.

2.- PERIÓDICO

Frecuencia depende del nivel de riesgo

Población de bajo riesgo: 5 controles

Controles insuficientes: menos de 5 controles.

Uno en las primeras 20 semanas.

Uno entre las 22 y 27 semanas.

Uno entre las 28 y 33 semanas.

Uno entre las 34 y 37 semanas.

Uno entre las 38 y 40 semanas.

3.- COMPLETO

- Contenido de evaluación del estado general de la paciente y la evolución del embarazo.
- Cumplimiento del control garantizan su eficacia.

4.- AMPLIA COBERTURA

Realizar promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Solo cuando el porcentaje de población controlada sea alto se podrán disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna y fetal.

Promover el control prenatal a la mayor proporción de la población posible en base a Programas educacionales, garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad de la atención.

OBJETIVOS

- Educación para la salud de la madre, familia y crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Detectar y tratar enfermedades maternas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

ACTIVIDADES DEL CONTROL PRENATAL

- Anamnesis
- Se realizaran con apertura del carnet prenatal.
- Datos filiativos.
- Educación
- Antecedentes personales, familiares y obstétricos.
- Hábitos.

EXAMEN CLINICO GENERAL

- Anamnesis
- Inspección de piel y mucosas
- Palpación abdominal
- Puño percusión lumbar
- Auscultación cardiaca
- T.A - Pulso
- Peso - talla.

EXAMEN GENITAL

- Inspección vulvar. Varices, condilomas.
- Especuloscopia
- Tacto vaginal: miomas, malformaciones, masas ováricas.
- PAP y Colpo.

EXAMEN MAMARIO

- Diagnosticar patología.
- Ejercicios para pezones planos, retráctiles, umbilicados, a partir del 6to mes.
- Elongación de la areola.
- Rotación del pezón.

- Inmunización: 1era dosis entre la semana 20 y 24.
2da. Dosis entre la semana 24 y 28.
- Paciente con esquema completo y última dosis, hace < 5 años: no requieren vacunación.
- Paciente con esquema incompleto o última dosis hace > de 5 años: única dosis entre la semana 20 y 24.
- Si la 2da dosis se realiza a 2 semanas del parto, la protección será satisfactorio pero no óptima.

DETECCIÓN DBT GESTACIONAL

- Entre las semanas 20 y 28 o 28 y 32.
- P75 (equivalente a GPP): 75 gr. Glucosa en 375 cc. De agua, dosage a los 120 minutos.
- Factores de riesgo:
 - Edad materna > 30 años
 - RN macrosómico, malformados, FM.
 - Historia familiar de DBT
 - DBT gestacional previa
 - HTA
 - Glucosuria.

ECOGRAFIA

- 2 ecografías en el embarazo normal
- 1era antes de la semana 20, óptimo: 14 semanas
- 2do. 32 – 34 semanas-

PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS

- Acido fólico preconcepcional y hasta la semana 12 de amenorrea.
- Vacunación púerperas sin Ac. contra rubeola.

- Tratamiento temprano de sífilis.
- Evitar alcohol, droga y cigarrillo.
- Edad materna avanzada como factor de riesgo.
- En pacientes DBT alcanzar normoglucemia tres meses antes de la concepción.

DETECCIÓN DE ANEMIA.

- Define: Hb. < 11 g %.
- Factores de riesgos:
 - Multiparidad.
 - Intervalos intergenésicos < 2 años.
 - Menstruaciones abundantes.
 - Desnutrición previa.
 - Adolescentes.
 - Condición socio-económica bajo.
 - Parasitosis anemizantes: uncinarias.

LA CALIDAD.- Definición.- Significa ofrecer los mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles.

La calidad significa ofrecer una gama apropiada de servicios, por ejemplo: integrar el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y los servicios de salud materno-infantil con los servicios de planificación familiar. Otros en cambio lo definirán como el hecho de cubrir los deseos del cliente.

Además, una buena calidad puede significar cubrir los estándares mínimos para una atención adecuada o alcanzar altos estándares de excelencia. La calidad puede referirse a la calidad técnica de la atención; a los aspectos no técnicos de la prestación de servicios, tales como el tiempo de espera del cliente y las actitudes del personal, y a los elementos programáticos, tales como las políticas, la infraestructura, el acceso y la administración. La calidad a veces se contrasta con el acceso.

Los clientes, profesionales de salud, administradores, elaboradores de políticas y financiadores todos tienen perspectivas distintas pero legítimas sobre lo que constituye la atención de buena calidad.

Para los profesionales de la salud la calidad ha significado calidad de atención clínica, es decir, prestar atención técnicamente competente, eficaz y segura que contribuya al bienestar del individuo.

La definición de **la calidad** creada por la Organización Mundial de la Salud consiste en el desempeño adecuado (según los estándares) de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición.

CALIDAD DE ATENCIÓN.- En un momento tan trascendental como el que vive el mundo actual, donde las organizaciones se mueven dentro de la calidad total como la estrategia para el éxito y se abren paso a conceptos de gerencia estratégica, reingeniería de procesos entre otros, surge el imperativo de colocar a las instituciones de salud dentro de ese ámbito, para hacerlas más confiables y capaces de responder a las crecientes expectativas generada por la necesidad de la población de garantizar su salud y de los países de lograr un desarrollo sostenible de los pueblos, y muy especial en garantizar los derechos reproductivos de la mujer, expresados en la maternidad segura. Ante este reto para las instituciones de salud, el estudio se ha enfocado en calidad de atención para garantía de la maternidad en los diferentes hospitales del Ecuador.

En la gestión de las instituciones de la salud, los líderes que dirigen y gestionan, adquieren un compromiso de un manejo de las organizaciones dentro de parámetros que garanticen a la población uno de sus bienes más preciados; la salud, lo cual conlleva la necesidad de implementar un sistema de garantía de calidad que pueda ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas de esta materia.

“La salud, como derecho humano ya establecido, al igual que el derecho a la vida, el derecho a no ser discriminado por cuestiones de género y el derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, respaldan el derecho a la mujer o de sufrir lesiones graves. Cuando la mortalidad materna y las lesiones sean evitables; los entes de salud deberán asumir la responsabilidad de no haber cumplido con las condiciones necesarias para evitarlas. Dichos entes pueden seguir los siguientes pasos para promover la maternidad segura. Trabajar para eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer y las prácticas perjudiciales que afecten su salud; Garantizar a todas las mujeres la apropiada asistencia médica requeridos solo por la mujer, incluyendo los procedimientos de aborto seguro.”⁷

Detener las prácticas discriminatorias realizadas en centros médicos de asistencia pública; incluyendo el requisito de presentar consentimiento conyugal para poder ser atendida; garantizarles a todas las mujeres y adolescentes en edad reproductiva el acceso a la información y a los servicios de salud.

GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS.- La mayoría de programas de salud y planificación familiar se establecen de acuerdo con la premisa de que las personas tienen el derecho fundamental de recibir atención a la salud. En muchos países, los gobiernos son responsables de garantizar que todos tengan acceso a los servicios de salud. Los gobiernos también asumen la responsabilidad reguladora de proteger a los clientes de cualquier daño causado por atención deficiente, especialmente se los prestadores de servicios son empleados del gobierno. Las asociaciones de planificación familiar y demás proveedores no gubernamentales también procuran garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

La calidad de atención está estrechamente vinculada a la accesibilidad. El garantizar el acceso a los servicios significa que la atención económicamente accesible y de buena calidad debe estar a la disposición del público en todo lugar y todo momento que la necesite. El acceso es mucho más que la mera existencia de una instalación de salud o de un profesional de salud cercano. Cuando una unidad de salud no cuenta con suficiente personal capacitado adecuadamente, lleva un horario irregular, sufre de escasez de suministros, cobra precios altos o bloquea la atención con barreras médicas innecesarias, la comunidad no tiene acceso adecuado a los servicios ayuda a

⁷ Bone, D; Griggs, Rick. (2001). Calidad en el trabajo. México: Ediciones Gravica.

los programas a cumplir con su meta de lograr la disponibilidad universal de los servicios.

La motivación laboral es el resultado de una serie de relaciones entre el esfuerzo individual, el rendimiento obtenido, las recompensas organizativas y los objetivos individuales. Aunque cualquier trabajador es susceptible al desánimo y a la pérdida de entusiasmo por su trabajo, los que más riesgo tienen son los profesionales que mantienen un contacto directo con el público, especialmente en los ámbitos social, educativo y sanitario.

Hoy día, los profesionales sanitarios están sometidos a una gran sobrecarga asistencial por parte de unos pacientes cada vez más exigentes y críticos. Todo ello en medio de una creciente burocracia que apenas deja tiempo para desempeñar la labor asistencial y de la incomprensión de gestores sanitarios y políticos. Es decir, existen múltiples factores sociales, tecnológicos y económicos que obligan a que cada vez se exija mayor rendimiento a los profesionales sanitarios sin que, nunca, o casi nunca, se piense en su CVP. Esto es así a pesar de que, desde que los estudios de Maslach popularizaron el término burnout, es conocida la relación entre la insatisfacción laboral en los profesionales asistenciales y la disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por éstos, tanto cualitativa como cuantitativamente. En otras palabras, los profesionales tienden a dar calidad al cliente en la misma medida en que perciben que son tratados por la organización en que trabajan.

La CVP puede definirse como la experiencia de bienestar secundaria a la percepción de equilibrio entre las demandas de un trabajo profesional y los recursos disponibles para afrontarlas¹. Aunque disponemos de diferentes instrumentos para cuantificarla, son escasos los estudios realizados en nuestro país en el ámbito de Atención Primaria, cuyo objetivo sea medir la CVP de sus trabajadores. Por todo lo anterior, nos planteamos la realización de este estudio con el siguiente objetivo: conocer la CVP percibida por los trabajadores que conforman el núcleo básico de los equipos de Atención Primaria de nuestra área de salud, identificando los principales componentes de la misma.

EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.- El mejoramiento de la calidad es una idea revolucionaria en el campo de la salud. La idea es elevar el nivel de atención, independientemente de cuán bueno sea actualmente, mediante una búsqueda continua para mejorar. El mejoramiento de la calidad solicita a los gerentes, prestadores de servicios y demás miembros del personal no solo cumplan con los estándares sino que los excedan para elevar las normas.

La calidad se puede mejorar de muchas maneras, tales como poner en vigor o modificar los estándares, fortalecer la supervisión y solicitar que los gerentes o expertos técnicos vuelvan a idear un proceso. Sin embargo, el concepto MC, el cual está basado en el movimiento de la calidad en el campo industrial, generalmente implica un enfoque de equipo para resolver los problemas.

“En el MC, los grupos de miembros del personal a nivel nacional, municipal o local trabajan juntos para identificar y resolver los problemas que comprometen la calidad de atención. Ellos basan su toma de decisiones en datos y no suposiciones, usan herramientas diagnósticas y analíticas y siguen un proceso sistemático. Un supervisor o gerente puede seguir el mismo enfoque, pero el MC procura abarcar los talentos y las energías del personal de salud en cada nivel para mejorar la calidad de los servicios: en muchos casos, con poca o ninguna ayuda exterior y con pocos recursos nuevos.”⁸

Cada vez más organizaciones de salud están adaptando los principios del enfoque en equipo para resolver problemas. Aunque las iniciativas del MC en los países en desarrollo son demasiados recientes para demostrar un impacto duradero en el campo de la salud, es evidente que el enfoque en equipo ha ayudado a las instalaciones individuales y a programas enteros a utilizar los recursos de una manera más eficaz y a mejorar la administración y prestación de servicios. Según la experiencia con los equipos de MC, se ha encontrado que son difíciles de implantar, que funcionan lentamente y que pueden evadir los problemas más difíciles. Las iniciativas de calidad en los países en desarrollo han dependido más de los enfoques convencionales en la administración que los equipos de mejoramiento de la calidad. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Nacional de Normatización, en el marco

⁸ Ministerio de Salud Pública. (2009). Programa de mejoramiento de la calidad de servicio. Quito: Conasa..

del cumplimiento de los objetivos del Milenio, la política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, el plan de Reducción Acelerada de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal y las prioridades gubernamentales .definidas en el Plan Nacional de Desarrollo, implementada desde hace tres años un proceso Colaborativo de Mejora Continua de la Calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial, con el apoyo técnico del Proyecto de Mejora de la atención en Salud.

A través de este proceso, entre 65 y 70 unidades de salud, en su mayoría hospitales cantonales de once provincias del País, han establecido equipos de MCC que miden y mejoran la atención a madres y recién nacidos. El MSP ha logrado avances importantes en estas unidades, tales como la implementación del uso regular del partograma, la introducción del manejo activo de la tercera etapa del parto, la mejora de la atención prenatal y del puerperio inmediato, la atención inmediata del recién nacido bajo criterios de calidad, un currículo y experiencias en capacitación clínica en CONE, entre muchos otros. El Ministerio de Salud Pública ha puesto en marcha un sistema de MCC y ha publicado herramientas importantes tales como el Manual de Estándares e Indicadores para el MCC, las guías para la Capacitación Clínica en CONE, el Addendum a la Norma Nacional para el manejo activo de la 3ª etapa del parto, herramientas para la capacitación en MCC, bases de datos para el reporte y análisis de indicadores de calidad en los diferentes niveles del sistema, y un Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del parto. Estos avances del M.S.P. del Ecuador han trascendido las fronteras nacionales, han sido presentados en foros internacionales y han sido replicados por instituciones de países latinoamericanos. Más recientemente, el MSP se encuentra fortaleciendo estos procesos a través de la actualización de las normas y estándares de salud materno-neonatal y la inclusión de nuevos estándares de calidad para el manejo de las complicaciones más frecuentes del recién nacido. Así mismo, se encuentra implementando un esfuerzo colaborativo para mejorar el manejo de las principales complicaciones obstétricas en hospitales generales del país.

“El M.S.P. reconoce que para lograr mejorar la atención no basta con tener una norma nacional actualizada, sino que es necesario asegurar su aplicación efectiva y sostenida. Para ello, la Dirección Nacional de Normatización ha

incorporado los métodos y herramientas de MCC en el proceso de gestión del cumplimiento de la Norma Nacional, el mismo que consiste en un conjunto de actividades específicas a ser desarrolladas en el Nivel central, Direcciones Provinciales, Direcciones de hospitales y Jefaturas de Área, todas ellas orientadas a difundir el contenido de la nueva Norma Nacional, fortalecer las capacidades del personal para su aplicación efectiva, medir el grado de su cumplimiento a través de indicadores y fortalecer a los diferentes niveles y unidades que muestren deficiencias.”⁹

Para este propósito, el M.S.P. pone a disposición de las unidades de salud y equipos de MCC el presente documento, que está dirigido a los profesionales y equipos de MCC que van a poner en práctica el enfoque de MCC y mejorar la atención CONE. En él se describen las principales lecciones aprendidas por los equipos que aplicaron el enfoque de MCC en las once provincias iniciales en los años anteriores, los obstáculos operativos que encontraron para mejorar la atención, las intervenciones más exitosas que pusieron en práctica, así como las herramientas que desarrollaron. Todas estas herramientas están disponibles en el MSP para las nuevas provincias y unidades de salud que van a poner en práctica la mejora continua de la calidad de los CONE. Así mismo, está disponible el apoyo técnico de un grupo de profesionales, quienes ganaron experiencia en la aplicación de este proceso en las provincias iniciales, y que pueden apoyar a las nuevas provincias que quisieran recibir la asesoría directa de uno de ellos.

Los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos. La estrategia CONE consiste en asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad.

La estrategia CONE está basada en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales que en su mayoría no pueden ser prevenidas y por lo tanto necesitan

⁹Ministerio de Salud. (2007). Legislación codificada.- Régimen de la Salud. Quito: Corporación de estudios y publicaciones.

cuidados obstétricos y neonatales esenciales rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo. Un número de niños nacerá con problemas relacionados con asfixia, bajo peso, prematurez y otros que habiendo nacido sano, en los primeros 28 días de vida desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos que ponen en riesgo su vida y a los que habrá que brindarles cuidados neonatales esenciales en base a la mejor evidencia científica.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, trabaja permanentemente para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población ecuatoriana a través de sus servicios de salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario.

Para ello, se basa en los siguientes fundamentos legales:

La constitución política del Ecuador, en especial en su artículo 42; en la ley orgánica de salud, en su artículo N° 1, 6 y 7, que indica que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares, y en su artículo 10: “quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos de salud individual y colectiva”.¹⁰

La ley orgánica del sistema nacional de salud, en su artículo N°2. La ley de maternidad gratuita que en su artículo N°1 dice: “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”.

En 1996, mediante Acuerdo Ministerial N° 3339, el Ministerio de Salud creó el “Programa Nacional de Mejoramiento de la calidad” que capacitó a equipos de mejoramiento de la calidad, en 7 hospitales y 16 áreas de salud de 7 provincias.

En 1998, la Dirección Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud implementó un modelo de gestión para mejorar la calidad en 17 hospitales cantonales.

En 1999, la Subsecretaría General de Salud y la Unidad de Garantía de Calidad, realizaron una investigación operativa para mejorar la calidad del manejo del sistema de documentación hospitalaria (historia clínica obstétrica).

En el año 2006, mediante acuerdo ministerial N° 0284, se aprobó y autorizó la publicación del manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil que ha venido siendo utilizado por los equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad, en muchas provincias.

Posteriormente, luego del trabajo constante y de la retroalimentación de los EMCC de las unidades operativas del MSP, los estándares e indicadores fueron revisados durante el primer trimestre del 2008. El presente documento presenta este conjunto de nuevos estándares, instrumentos e instructivos, basados en la nueva Norma Nacional y en la evidencia científica, diseñados para que los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de las unidades operativas recojan la información necesaria y puedan a través de los indicadores evaluar el cumplimiento del estándar y por ende de la norma. Cada instrumento tiene su respectivo, en el que se indica cómo obtener los datos, el llenado del formulario y procesamiento del mismo.

LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA

Para el ejercicio del derecho a la salud

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es un instrumento para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, y de los derechos a la salud de niñas y niños menores de cinco años en el Ecuador, consagrados en la actual Constitución.

La Ley es un aporte para superar la barrera económica de acceso a la salud al financiar los gastos por medicamentos, micronutrientes (vitaminas), insumos médicos y de laboratorio, sangre y sus componentes, para prestaciones de salud sexual y reproductiva y de salud infantil sin costo para los/las usuarios/as en todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública del país.

Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia - UELMGAI

La Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia - UELMGAI- es una entidad técnico-financiera del Ministerio de Salud Pública con autonomía administrativa y financiera, encargada del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y fundamentalmente de la administración de los recursos asignados a la cuenta Fondo Solidario de Salud, que es la fuente que financia a nivel nacional la aplicación de esta Ley.

La UELMGAI fue creada mediante Reglamento a la Ley en el año 2002 y posteriormente con Reforma a la Ley en el año 2005, actualmente su creación consta en el párrafo tercero del literal a) del Art. 7 de la Codificación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, publicada en el Registro Oficial No. 349 del 5 de septiembre de 2006.

Misión - Visión

Misión.- La Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es responsable de vigilar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en el ámbito de su competencia, y gerenciar el Fondo Solidario de Salud en el marco del Modelo de Gestión y Control que establece la Ley pertinente; para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios, del conjunto de prestaciones que establece la Ley, para la atención de mujeres y niños-as menores de cinco años, garantizando, en coordinación con las instancias del Ministerio de Salud Pública, MSP, implicadas y cumpliendo la normativa de esta Cartera de Estado y del Consejo Nacional de Salud, la atención gratuita y de calidad en las unidades operativas del MSP en forma obligatoria y en otras sin fines de lucro que voluntariamente participen con sus recursos; para lo que cuenta con un recurso humano calificado, competente y comprometido con una gestión pública basada en el derecho y en la rendición de cuentas.

Visión.- Entidad eje del manejo de fondos su **LA UNIDAD EJECUTORA DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA**

Considerando:

Que, las instituciones que la Constitución y la ley determinen, gozarán de autonomía, para su organización y funcionamiento, conforme lo prescrito en el Art. 119 de la Carta Fundamental del Estado;

Que, la Ley de Maternidad Gratuita en el literal a) del Art. 7, crea la Unidad de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, como una entidad autónoma, encargada de administrar los recursos asignados a la cuenta Fondo Solidario de Salud;

Que, la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de la Remuneraciones del Sector Público, determina que las estructuras organizacionales serán por procesos;

Que, para mejorar la prestación de servicios que la ley le dispone, se ha diseñado la estructura organizacional en el marco del ordenamiento jurídico vigente;

Que, el Ministerio de Economía y Finanzas en ejercicio de las atribuciones que le confiere el Art. 113 del Reglamento de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las Remuneraciones del Sector Público, con oficio No. MEF-SP-CDPP-2006-904634 de 27 de diciembre del 2006, emite informe favorable previo a la expedición del estatuto;

Que, la Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público, con fundamento en la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa, su reglamento de aplicación y Norma Técnica de Diseños de Reglamentos o Estatutos Orgánicos de Gestión Organizacional por Procesos, con oficio No. SENRES-DI-038250 de 28 de diciembre del 2006, emite el dictamen favorable para la emisión del presente estatuto; y,

En ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley,

Resuelve:

Expedir el siguiente Estatuto de la Unidad de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

CAPITULO I

DE LA NATURALEZA, DOMICILIO Y AMBITO

Art. 1.-Naturaleza.- La Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es una entidad del sector público con autonomía administrativa y financiera, conforme lo dispuesto en el Art. 7 de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Art. 2.-Domicilio.- La Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia tendrá su domicilio en el Distrito Metropolitano de Quito, República del Ecuador, pudiendo establecer unidades desconcentradas en el resto del país.

Art. 3.-Ambito.- La Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es de ámbito nacional.

CAPITULO II

DE LA MISION, FINES Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Art. 4.-Misión.- La Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es responsable de vigilar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en el ámbito de su competencia, y gerenciar el Fondo Solidario de Salud en el marco del modelo de gestión y control que establece la ley pertinente; para cubrir los gastos por medicamentos, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios, del conjunto de prestaciones que establece la ley, para la atención de mujeres y niños-as menores de cinco años, garantizando, en coordinación con las instancias del Ministerio de Salud Pública, implicadas y cumpliendo la normativa de esta Cartera de Estado y del Consejo Nacional de Salud, la atención gratuita y de calidad en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, en forma obligatoria y en otras sin fines de lucro que voluntariamente participen con sus recursos; para lo que cuenta con un recurso humano calificado, competente y comprometido con una gestión pública basada en el derecho y en la rendición de cuentas.

Art. 5.-Visión.- Entidad eje del manejo de fondos suficientes para garantizar la cobertura universal de las prestaciones que contempla la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y de otras que se incluyan para los mismos grupos u otros beneficiarios, con procesos internos definidos, eficientes, eficaces, efectivos, transparentes y automatizados, con capacidad de control y sanción, en el marco del modelo de gestión que establece la ley; y, con comités de gestión de los fondos solidarios locales de salud, comités de usuarias y unidades ejecutoras locales, fortalecidos para el cumplimiento de su rol y responsabilidad.

Art. 6.-Objetivos Estratégicos.- Son objetivos estratégicos de la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, las siguientes:

- a) Proyectar las necesidades de la población relacionadas con las prestaciones que financia la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- b) Garantizar el financiamiento de los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios del conjunto de prestaciones que establece la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; de las unidades ejecutoras locales;
- c) Definir el tipo de prestaciones y el costo de las mismas;
- d) Buscar financiamiento de la cooperación reembolsable y no reembolsable para promover la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y apoyar el fortalecimiento de los organismos creados por mandato legal, en el marco del modelo de gestión y control de la ley;
- e) Administrar el Fondo Solidario de Salud, con equidad, solidaridad y transparencia;

f) Establecer directrices para la asignación de recursos a los Comités de Gestión del Fondo Solidario Local de Salud y unidades ejecutoras locales;

g) Asesorar a las municipalidades en lo concerniente con el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, que son: Financiamiento y organización de la referencia obstétrica, neonatal y pediátrica; y, la promoción de la ley y de los derechos sexuales y reproductivos;

h) Controlar de acuerdo a la normativa legal, el uso de los recursos del Fondo Solidario de Salud, asignados a las unidades ejecutoras locales y a los Comités de Gestión del Fondo Solidario Local de Salud;

i) Monitorear y evaluar el impacto de la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; y,

j) Garantizar el derecho de denunciar la inobservancia de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia por parte de los comités de usuarias de salud, instrumentar las sanciones y hacer el seguimiento de las causas.

ficientes para garantizar la cobertura universal de las prestaciones que contempla la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y de otras que se incluyan para los mismos grupos u otros beneficiarios, con procesos internos definidos, eficientes, eficaces, efectivos, transparentes y automatizados, con capacidad de control y sanción, en el marco del modelo de gestión que establece la Ley; y, con Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, Comités de Usuaris y unidades ejecutoras locales de salud, fortalecidos para el cumplimiento de su rol y responsabilidad.

Estructura Orgánica

La Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia -UELMGAI- está conformada por los siguientes procesos:

1. PROCESO GOBERNANTE
 - 1.1 Gestión Estratégica Institucional
2. PROCESOS AGREGADORES DE VALOR
 - 2.1 Financiamiento Integral
 - 2.1.1 Planificación e Investigación
 - 2.1.2 Financiamiento
 - 2.2.3 Control
- 3 PROCESOS HABILITANTES
 - 3.1 DE ASESORIA
 - 3.1.1 Asesoramiento Legal
 - 3.1.2 Comunicación Social

3.2 DE APOYO

3.2.1 Desarrollo Institucional

Estatuto de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

INDICADORES INTEGRALES DE GESTIÓN.- Hoy en día las organizaciones con proyección a largo plazo, basan su crecimiento principalmente en el aprovechamiento de elementos intangibles tales como; Las competencias y capacidades de su gente, la calidad, la eficacia y eficiencia de sus procesos y el nivel de satisfacción de sus clientes. En la medida que logremos construir un sistema integrado de indicadores de gestión, podremos conocer el nivel de resultados que venimos alcanzando en nuestra organización.

LA CAPACITACIÓN.- En la actualidad la capacitación de los recursos humanos es la respuesta a la necesidad que tienen las empresas o instituciones de contar con un personal calificado y productivo.

La obsolescencia, también es una de las razones por la cual, las instituciones se preocupan por capacitar a sus recursos humanos, pues ésta procura actualizar sus conocimientos con las nuevas técnicas y métodos de trabajo que garantizan eficiencia.

Para las empresas u organizaciones, la capacitación de recursos humanos debe ser de vital importancia porque contribuye al desarrollo personal y profesional de los individuos a la vez que redundan en beneficios para la empresa.¹⁰

EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN.- Una de las cosas buenas que se puede decir de muchas acciones de capacitación, es que no han producido daño, pero a lo mejor, tampoco han generado beneficios; y si algunas de esas acciones de capacitación hubiesen sido exitosas, estaríamos, a lo mejor, en problemas puesto que sus resultados podrían haber sido desastrosos.

¹⁰Álvarez de Mon, Cardona Soriano y Otros. (2001). *Paradigmas del Liderazgo*. Madrid. Ed. McGraw-Hill.

Cuando queremos evaluar la capacitación debíamos estar preocupados de los siguientes aspectos claves:

1. ¿Ocurrió un cambio de conducta durante la capacitación?
2. ¿Esa conducta es valorada para la organización?
3. ¿La capacitación efectuada fue además rentable, en sentido de producir el mayor valor agregado en favor de la organización?

ALGO SOBRE LAS EVALUACIONES DE LOS CAMBIOS DE CONDUCTA.- Cuando evaluamos sistemáticamente la capacitación debemos saber que los tests tienen ciertas limitantes, por lo que es necesario complementarlos teniendo en mente un conjunto de estándares más sólidos.

Cuando se toma una prueba de final de curso a los alumnos, supone que ellos pueden escribir algo en la hoja de prueba al haber sido expuesta la materia, y que no podrían haber escrito sin asistir al curso. Si se pone énfasis en la prueba, implica que el propósito del curso es pasar ésta. Aunque las pruebas sirven a objetivos útiles en las escuelas, tienen menos utilidad para los propósitos que persigue la capacitación en el mundo de la empresa.

Las pruebas verbales o escritas tales como verdadero o falso, elección múltiple, comparación, disertación, definición de preguntas y otras, pueden revelar que las personas pueden hablar o escribir acerca de las relaciones humanas, pero de ninguna manera demuestran la -habilidad individual de relacionarse con sus semejantes.¹¹

BENEFICIOS DE LA CAPACITACIÓN.- La capacitación a todos los niveles constituye una de las mejores inversiones en Recursos Humanos y una de las principales fuentes de bienestar para el personal y la organización.

Cómo beneficia la capacitación a las organizaciones:

¹¹ Op. Cit. (10)

- Conduce a rentabilidad más alta y a actitudes más positivas.
- Mejora el conocimiento del puesto a todos los niveles.
- Crea mejor imagen.
- Mejora la relación Jefes-subordinados.
- Se promueve la comunicación a toda la organización.
- Reduce la tensión y permite el manejo de áreas de conflictos.
- Se agiliza la toma de decisiones y la solución de problemas.
- Promueve el desarrollo con vistas a la promoción.
- Contribuye a la formación de líderes y dirigentes.

Cómo beneficia la capacitación al personal:

- Ayuda al individuo para la toma de decisiones y solución de problemas.
- Alimenta la confianza, la posición asertiva y el desarrollo.
- Contribuye positivamente en el manejo de conflictos y tensiones.
- Forja líderes y mejora las aptitudes comunicativas.
- Sube el nivel de satisfacción con el puesto.
- Permite el logro de metas individuales.
- Desarrolla un sentido de progreso en muchos campos.
- Elimina los temores a la incompetencia o la ignorancia individual.

MOTIVACION.- La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo.

Hoy en día es un elemento importante en la administración de personal por lo que se requiere conocerlo, y más que ello, dominarlo, sólo así la empresa estará en condiciones de formar una cultura organizacional sólida y confiable.

En el ejemplo del hambre, evidentemente tenemos una motivación, puesto que éste provoca la conducta que consiste en ir a buscar alimento y, además, la mantiene; es decir, cuanta más hambre tengamos, más directamente nos encaminaremos al

satisfactor adecuado. Si tenemos hambre vamos al alimento; es decir, la motivación nos dirige para satisfacer la necesidad.

“La motivación también es considerada como el impulso que conduce a una persona a elegir y realizar una acción entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación. En efecto, la motivación está relacionada con el impulso, porque éste provee eficacia al esfuerzo colectivo orientado a conseguir los objetivos de la empresa, por ejemplo, y empuja al individuo a la búsqueda continua de mejores situaciones a fin de realizarse profesional y personalmente, integrándolo así en la comunidad donde su acción cobra significado.”¹²

Los modelos y teorías existentes sobre el proceso de la motivación, no siempre toman en cuenta al individuo como tal y en su mayoría lo relacionan únicamente con las necesidades.

En el presente artículo se describe un modelo sencillo del proceso relacionado con la motivación vista desde interior del individuo y su relación con el medio ambiente.

INTRODUCCIÓN.- Existen varias teorías sobre la motivación. Una de las más populares es la de Maslow (1943) muy aceptada por su sencillez y se fundamenta en las necesidades de lo seres humanos; clasificándolas como básicas a las fisiológicas, las de seguridad y las sociales y a las de estima y autorrealización como superiores. El humano es un ser lleno de aspiraciones y en su comportamiento y desarrollo las necesidades constituyen una motivación. En la práctica la escala de necesidades no es la misma para todas las personas, esta diferencia es más notable si esta escala se aplica en administración de empresas, motivo por el cual, algunos autores no están de acuerdo con su aplicación directa en la gestión empresarial.

Frederick Herzberg (1959) modificó la teoría de Maslow introduciendo los conceptos de factores de mantenimiento y factores de motivación. Para Herzberg hay elementos como: las políticas de gestión, la administración, la supervisión, las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales, el salario y otros que son factores que no motivan, pero su ausencia generan descontento o desmotivan. Pero factores tales

¹² Petri, HL; Govern, JM. (2006). Motivación. Teoría, investigación y aplicaciones. México: Thomson.

como el logro, el reconocimiento, el trabajo interesante, el crecimiento laboral y otros, Herzberg considera que si motivan cuando están presentes y en caso contrario generan insatisfacción.

Estos no son los únicos modelos relacionados con la motivación, por lo que se podrían citar la de Víctor H. Vroom, Lyman Porter y Edgard Lawler, etc., mismos que han aportado de diferente manera al entendimiento de la motivación.

Juan Pérez L. (1985) relaciona la motivación como los factores que llevan a una persona a la acción y se puede clasificar dependiendo de su origen y destino en tres tipos: Motivación Extrínseca, Motivación Intrínseca y Motivación Trascendente. A nuestro criterio, esta clasificación nos permite de una manera práctica y sencilla entender el cómo se motiva a las personas o colaboradores.

De acuerdo a Juan Pérez L. para actuar tenemos los siguientes motivos:

Extrínsecos. Cualquier tipo de motivo que sea ajeno a la persona que realiza la acción.

Intrínsecos. Motivo o excusa interna generada por la persona que realiza la acción.

Trascendente. Estado o resultado provocado en otra persona debido a la acción de la persona motivada.

MODELO PROPUESTO.- Si partimos del concepto de que, la motivación se identifica únicamente mediante la acción, tenemos que los componentes anteriores a una acción son el pensamiento, el sentimiento y la actitud.

Si como resultado de la acción tenemos, a nuestro criterio, un diferencial positivo, se tiende a repetir esas acciones y esa repetitividad genera hábitos y esos hábitos nos dan como resultado nuestra forma de vida.

Analicemos el modelo propuesto de acuerdo a la clasificación de las motivaciones de J. Pérez López:

“La Motivación Intrínseca. En cualquier momento, en la persona puede generarse un pensamiento (éste puede ser provocado por el razonamiento, la memoria o el subconsciente). Los pensamientos a su vez se relacionan con los sentimientos y las emociones, que terminan en una actitud. Para generarse una actitud, tanto positiva como negativa, intervienen factores como la autoimagen, las creencias, los valores y los principios éticos y morales del individuo.”¹³

Si el sentido de la actitud es positivo, automáticamente se genera una excusa para realizar la acción. A esta excusa se le conoce con el nombre de motivación. Claro está que, en la acción intervienen el conocimiento, las capacidades y las habilidades del individuo, de los cuales dependerá la calidad del resultado, de acuerdo a las expectativas suyas o de los demás.

José, como jefe departamental analiza y piensa que, la visión de la organización no refleja la verdadera orientación que él quiere para el futuro de la empresa (Pensamiento). En ese instante le vienen a su interior los gratos momentos que tuvo en las reuniones pasadas, cuando él se expresó sobre la visión de la empresa, participación que estaba cargada de emotividad ya que guardaba también relación con su visión personal (Sentimientos). Así se genera una actitud, la cual motiva para realizar una reunión donde pueda expresar a los demás jefes departamentales su criterio sobre la visión. Coordina con los demás miembros, se reúnen y logra exponer sus criterios y estos son considerados para mejorar la visión institucional (Acción). Como el resultado fue positivo, José considera hacer reuniones permanentes para la revisión no sólo de la visión sino de toda la planificación estratégica institucional. Al repetirse este evento por varias veces se genera un hábito que a la larga pasa a formar parte de la cultura organizacional.

En casos particulares, no necesariamente un pensamiento genera un sentimiento, éste por sí puede generar pensamientos o actitudes que conllevan la motivación para de igual manera, un sentimiento, por ejemplo el amor, puede generar actitud, la motivación y la acción sin que intervenga el pensamiento

¹³ Palmero, F; Fernández-Abascal, EG.; Martínez, F; Chóliz, M. (2002). Psicología de la Motivación y la Emoción. Madrid: McGraw Hill.

Motivación Extrínseca. Para que se genere la motivación es necesario que factores externos actúen sobre los elementos receptores (pensamiento, sentimiento y acción). Para que los factores externos sean motivadores es necesario que se genere un diferencial en la percepción de la persona. El mejor ejemplo es el salario de un empleado, como se conoce, en sí el salario no es un factor motivador, pero en el instante que hay un aumento de éste, se genera un diferencial externo que actúa sobre el pensamiento y/o sentimiento que por cierto tiempo motiva para obtener mejores resultados, si ese es el objetivo, hasta que desaparece la percepción del diferencial generado y pasa a ser un factor de mantenimiento.

Un cambio de política organizacional se percibe como un diferencial que puede influir en el estado normal de las personas. Si esta nueva política está generando pensamientos y/o sentimientos positivos, ellos a su vez facilitan una actitud positiva y la persona se motiva para formar parte del cambio. En el caso de que se dé una actitud negativa, la persona se desmotiva, se opone al cambio y esto se refleja en los resultados de su trabajo.

Comprender que mediante la acción nosotros podemos motivar a las personas, tiene relación con el efecto del ejemplo que una o varias personas dan a otro. Actualmente se tiene una mejor comprensión del ejemplo con los últimos artículos referentes a las *neuronas espejo*, descubiertas por Giacomo Rizzolatti, de la Universidad de Parma (Italia-1996). Estas neuronas se activan cuando el sujeto observa a otro realizar un movimiento y también cuando el sujeto es quien lo hace. Este fenómeno no solo tiene relación con las acciones de las personas, sino también con las intenciones y las emociones que el sujeto tiene para realizar la acción³. En este contexto, se puede suponer que tiene explicación el aprendizaje implícito, fenómeno importantísimo en el liderazgo y en el comportamiento de las personas en grupo.

“Motivación Trascendente. Este tipo de motivación y otros aspectos del comportamiento tienen su base en las creencias, valores y principios que tenga el individuo y los individuos del grupo social u organizacional al que pertenezca. El realizar una acción para beneficio de los demás, dejando a un lado en muchos casos el beneficio material personal, implica que es importante para él, valores tales como la solidaridad, la amistad, el servicio, el amor, etc., que en este caso

son los factores que generan e integran una actitud y por hecho una motivación para la acción en beneficio de los demás.”¹⁴

¿CÓMO MOTIVAR?.- Permanentemente buscamos motivar a la gente y automotivarnos, en este caso la respuesta es generando un diferencial para los demás y para uno mismo. Analizamos las condiciones actuales de la persona y establecemos una mejora de esa condición, en algunos casos pueden ser satisfacción de necesidades. Esta mejora debe ser percibida por la persona o personas a través de la razón, de los sentimientos o de la acción.

El papel más importante en la motivación juega la comunicación, o sea la forma en que es comunicado el diferencial generado. En cualquiera de los casos, es preferible que la comunicación sea personal, ya que la cadencia de la voz del motivador es la hebra del hilo que desencadena la motivación.

El lenguaje que se utilice para motivar debe ser sencillo y cargado de energía, utilizando en lo posible vivencias relacionadas al tema.

CONCLUSIONES.- El modelo presentado explica el proceso que conlleva a las personas el realizar una acción, pero de ninguna manera se puede decir que predice una acción, ya que el nivel de desarrollo del pensamiento, sentimiento y experiencias de la acción es particular de cada individuo.

La formación y educación de las primeras etapas de la vida juegan un papel importante en la formación de los elementos de la formación de los elementos de la motivación.

“El **Proceso de Enfermería** o **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.”¹⁵

¹⁴ Palmero, F; Fernández-Abascal, E.G.; Martínez, F; Chóliz, M. (2002). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. Madrid: McGraw Hill.

¹⁵ Petri, HL; Govern, JM. (2006). *Motivación. Teoría, investigación y aplicaciones*. México: Tromson.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

Fase de evaluación.- El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería debe cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se *deba* establecer metas mensurables - el fallo para establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios donde sea apropiado.

Ejemplos de diagnósticos enfermeros

Dolor agudo: Nombra una situación que la International Association for the Study of Pain define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; el inicio puede ser súbito o lento y la intensidad variable, pero es previsible que tenga un final en un período inferior a 6 meses.

- Criterios de resultados (NOC): La persona expresará (de forma verbal o codificada) la disminución o desaparición del dolor.
- Actividades enfermeras:
 1. Determinar un sistema de medición de la intensidad del dolor: escalas numéricas (del 0 al 10), escala visual analógica (EVA), verbales (de ningún dolor al máximo dolor imaginable); para niños o personas con discapacidad mental son útiles las escalas de color (como la escala de Eland) o de caras (como la escala de Wong y Baker).
 2. Valorar regularmente la eficacia de las medidas analgésicas farmacológicas y no farmacológicas establecidas.
 3. No emplear placebos a menos que se trate de una investigación y la persona haya consentido en participar en ella; su uso en cualquier otra circunstancia indica que no se cree en la existencia del dolor.
 4. Diseñar conjuntamente estrategias para minimizar o eliminar las interferencias del dolor en la vida diaria; estimular a que lleve una vida lo más normal posible: trabajo, ocio, relaciones.
 5. Ofrecer la posibilidad de usar medidas no farmacológicas, pero sin imponerlas; discutir los beneficios que comporta su uso (solas o junto con el tratamiento farmacológico) antes, después y, si es posible, durante las actividades dolorosas y antes de que el dolor aparezca o aumente.
 6. En las agudizaciones del dolor, valorar la conveniencia de inmovilizar la zona.
 7. Proporcionar información exacta sobre procedimientos para reducir el estrés y facilitar el control del dolor.

8. Si toma medicación prescrita o no que puede coadyuvar al problema, aconsejar la consulta con el médico para determinar la posibilidad de suspenderla, reducirla o cambiarla para disminuir los efectos secundarios.
9. Si hay dependencia del alcohol o drogas ilegales, aconsejar la consulta con el profesional de salud mental.
10. Si se trata de un niño:
 - Permitir la presencia de los padres.
 - Reforzar que el dolor no es un castigo.
 - No creer automáticamente que porque un niño está jugando no tiene dolor.

Riesgo de infección: una situación en la que la persona corre un riesgo mayor de lo habitual de ser invadida por microorganismos patógenos.

- Criterios de resultados (NOC): la persona se mantendrá libre de infección en todo momento.
- Intervenciones de enfermería (NIC):
 1. Modificar en la medida de lo posible las condiciones ambientales para proporcionar la temperatura, humedad y ventilación adecuadas y la circulación de aire libre de contaminantes.
 2. Favorecer una alimentación equilibrada, rica en proteínas y vitaminas.
 3. Procurar una hidratación adecuada.
 4. Mantener una higiene corporal y ambiental estrictas.
 5. Consultar o sugerir la consulta con el profesional adecuado para controlar cualquier patología crónica.
 6. Si toma medicación prescrita o no que puede coadyuvar al problema, aconsejar la consulta con el médico para determinar la posibilidad de suspenderla, reducirla o cambiarla para disminuir los efectos secundarios.
 7. Remarcar la importancia de informar prontamente de cualquier cambio indicativo de infección.
 8. Observar constantes vitales.
 9. Fijar bien la vía.
 10. Cambios del sistema.

11. Usar técnicas estériles para la inserción y cuidados posteriores del catéter.
12. Mantener una buena higiene bucal tras la ingesta.

Riesgo de aspiración: nombra una situación en que la persona está en riesgo de sufrir una obstrucción del árbol respiratorio por la entrada de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

- Criterios de resultados (NOC): la persona mantendrá el árbol bronquial libre de secreciones, líquidos o sólidos.
- Intervenciones enfermeras (NIC):
 1. En caso de adultos con regurgitaciones, reflujo gastroesofágico o vómitos.
 2. Evitar las ropas compresivas, las posiciones que horizontalicen el esófago y las posiciones o situaciones que aumenten la presión intraabdominal (estreñimiento, obesidad).
 3. Dormir con la cabecera de la cama en posición de fowler.
 4. Comer con la espalda erguida.
 5. No acostarse hasta dos horas después de comer.
 6. En lactantes y niños pequeños: *Asegurarse de que los alimentos sólidos tienen la textura adecuada *Si hay reflujo gastroesofágico o regurgitación mantener tras las comidas la postura de semisentado por lo menos 30´ *Evitar la posición de decúbito supino.
 7. Comprobar la correcta ubicación de la sonda y su permeabilidad antes de cada toma.
 8. Medir el contenido gástrico residual antes de cada toma intermitente o cada 4-8 horas en alimentación continua.
 9. Consultar con el médico si el volumen residual supera a los 150 ml en las tomas intermitentes o el 20% del volumen perfundido en 1 hora en la alimentación continua.
 10. Mantener el entorno relajado y tranquilo durante y después de las ingestas.
 11. Aconsejar el reposo sentado tras las ingestas.
 12. Discutir el porqué de las medidas de seguridad aconsejadas en cada caso.

13. Retirar las prótesis dentales móviles.
14. En personas con disminución del nivel de conciencia mantener la cabecera de la cama elevada y la cabeza ladeada.

Objetivos de la entrevista al paciente

Entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.¹⁶

Objetivos de la entrevista

1. Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico
2. Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo
3. Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos
4. Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración

Fases de la entrevista

- A. Introducción (orientación): fase en que la enfermera desarrolla una relación terapéutica, su actitud profesional es el factor más significativo. Su enfoque debe transmitir respeto por el paciente.
- B. Cuerpo (trabajo): fase diseñada para reunir información relacionada con el estado de salud del paciente; esto se deberá conducir de forma metódica y lenta; aquí se investiga la enfermería actual y la historia sanitaria de forma sistemática, consta de 7 componentes básicos: Información bibliográfica Razones para solicitar Enfermedad actual Historia sanitaria pasada Historia familiar Historia medioambiental Historia psico-social y cultural

¹⁶ ATS/DUE SAS Temario 1. Centro de Estudios Adams (2007). Ediciones Valbuena S.A. Madrid. ISBN.84-8303-225-2.

- C. Cierre (finalización): dar al paciente un indicio de que la entrevista esta finalizando; este enfoque ofrece al paciente a formular algunas preguntas.

PROTOCOLOS

La misión es: buscar suministrar, de una forma rápida, ordenada, concisa y rápida la información sobre lo que debe hacerse ante una determinada situación obstétrica y neonatológica, tanto en el aspecto diagnóstico como terapéutico.

El Protocolo se puede definir como el conjunto de normas y disposiciones legales vigentes que, junto a los usos, costumbres y tradiciones de los pueblos, rige la celebración de los actos oficiales y, en otros muchos casos, la celebración de actos de carácter privado que toman como referencia todas estas disposiciones, usos, tradiciones y costumbres. Pero el protocolo tiene que complementarse para cubrir todas las necesidades que requieren el conjunto de actividades que tienen lugar cuando en los actos oficiales se realizan otra serie de actividades que se deben regular y organizar. Las actividades públicas que realizan las autoridades tienen más componentes que el mero protocolo.

Por lo tanto hay que buscar otros conceptos que sirvan de complemento al campo del protocolo. Y por ello surgen términos como etiqueta o ceremonial, entre otros. Etiqueta es "el ceremonial de los estilos, usos y costumbres que se debe guardar en las casas reales y en actos públicos solemnes" o bien "la ceremonia en la manera de tratarse las personas particulares o en actos de la vida privada, a diferencia de los usos de confianza o familiaridad". Y ceremonial es "el conjunto de formalidades para cualquier acto público o solemne" y se asienta sobre la sólida base del principio jurídico de la igualdad natural de los estados.

Este conjunto de términos, protocolo, etiqueta y ceremonial, nos dan las bases fundamentales para la preparación, organización y ejecución tanto de actos oficiales como de actos privados. No obstante, cuando hablamos de protocolo se puede dar por sentado que, en muchos casos, nos estamos refiriendo a estos tres términos cuando hablamos en general del Protocolo (con letras mayúsculas). El término protocolo ha

absorbido en sí mismo las tres acepciones dadas anteriormente y por la tanto suele ser representativo de las tres definiciones dadas con anterioridad. Aunque no debemos olvidar que cada término tiene su propio significado y función.¹⁷

La aplicación efectiva de las normas de protocolo desde la perspectiva jurídica - Presentation Transcript

La aplicación efectiva de las normas de protocolo desde la perspectiva jurídica
Fernando Ramos Fernández Doctor en Ciencias de la Información Profesor Titular de Derecho de la Información y la Publicidad Universidad de Vigo Director de los Cursos de Extensión Universitaria de Protocolo Presidente de la Asociación de la Prensa de Vigo Consideraciones generales Con repetida frecuencia, cuando no cierta decepción, algunos profesionales de Protocolo, que observan la facilidad con que, en todos los ámbitos, se desbarata la organización de un acto que tan cuidadosamente había preparado, se preguntan por qué, si algunas de las más esenciales normas de Protocolo tienen carácter jurídico (es decir, están dictadas por la autoridad pública que puede hacerlo, para que sean cumplidas), es tan fácil ignorarlas, alterarlas, modificarlas o pervertirlas. Advertimos que no nos planteamos esta reflexión desde una perspectiva puramente reglamentista, sino desde el análisis del recto sentido de las cosas.

Digamos que las normas de Protocolo, en cuanto que pertenezcan a la categoría de preceptos jurídicos, pudieran encuadrarse en lo que los tratadistas denominan “leges imperfectae”; esto es, que su infracción no solamente no produce la anulación –como en otros casos- del acto cometido, sino que tampoco se impone sanción alguna al infractor. En el ámbito de la función pública abundan este tipo de normas, pero su no cumplimiento, en la mayoría de los casos, no merece otro reproche que el de carácter moral. También se las llama, como más adelante veremos, “normas no sancionadas”.

¹⁷ Sánchez Linares, A; Sanz Penon, C. (2001). Protocolizar las actividades de enfermería. Rev. Rol de la Enfermería,24(1):65-68

He aquí la contradicción. No parece que, en principio haya nada que temer, salvo el reproche social, el bochorno o el deslucimiento, porque en la organización de un acto oficial se infrinja el Real Decreto 2099/83 sobre Precedencias del Estado en el Reino de España, en cuanto a la colocación ordenada de las autoridades, cosa frecuente, con el consiguiente y lógico enfado del personaje preterido. Más o menos algo parecido puede suceder en otros países, donde también es común observar incumplimientos de Protocolo en el ámbito de las autoridades civiles, aunque no así, en el de las militares, por principio. No es menos cierto que, en el caso de España, puede ocurrir que el incumplimiento del Real Decreto de Precedencias del Estado, de modo manifiesto e intencionado, en cuanto que norma jurídica, en lo que atañe a la preeminencia que corresponde al Rey, pudiera derivar en una injuria a la Corona, por cuanto se mancilla no solamente cuando se profieren, de palabra, insultos graves con ánimo de ofender a otra persona, sino también se puede injuriar mediante otras acciones o gestos. No es imaginable que ocurre, cierto; pero ¿qué pasaría, por ejemplo, si en un acto de Estado en una comunidad autónoma, no se reconociera la precedencia del Rey de modo explícito, descortés y manifiesto? En este caso, el incumplimiento de una norma de Protocolo se convierte en una acción que puede derivar en responsabilidad penal.

Depende de diversas circunstancias, ciertamente; pero teóricamente cabe dentro de lo posible. Algunos pueden suponer que es forzar el ejemplo; pero en el plano teórico formal no deja de ser una hipótesis coherente. La norma como mandato y la distribución del poder Una norma jurídica es un mandato. Bobbio reflexiona sobre la naturaleza de la norma jurídica, a partir del viejo debate sobre la dificultad de que, al mismo tiempo, pueda ser justa, válida y eficaz. Sustentándose en las tres funciones fundamentales del lenguaje (la descriptiva, la expresiva y la prescriptiva), concluye que, incluso, una orden puede ser simplemente manifestada como expresión de un deseo, de una voluntad. Y frente al imperativo del mandato obligatorio, cabe la formulación –con equivalente resultado de eficacia- de lo que denomina “consejos”; pero quien manda tiene autoridad para mandar, y quien aconseja no puede pretender siempre el derecho de poder de hacerlo.

Los mandatos se imponen, los consejos, no. El ordenamiento jurídico influye siempre, en función de su estructura, en la distribución del poder, del que la precedencia pública de quienes lo encarnan es expresión. Como nos enseña Weber “El reconocimiento del poder, tanto político como económico es retribuido como un honor social. El orden jurídico puede garantizar tanto el poder como la existencia del honor [...] Llamamos “orden social” a la forma en que se distribuye el honor social dentro de una comunidad entre grupos típicos pertenecientes a la misma”. “Si la norma jurídica es un [mandato] imperativo y por imperativo se entiende una proposición cuya función es la de determinar el comportamiento de los demás, no hay duda de que la norma jurídica va dirigida a alguien” (Bobbio). Si las normas de Protocolo son normas jurídicas se entiende que comparten la capacidad de ser impuestas. Pero en este caso, surge la cuestión: ¿Cuál es la autoridad con capacidad coactiva que dispone de los recursos necesarios para imponer su cumplimiento y de qué modo puede hacerlo? La cuestión clave que se nos plantea, pues, con respecto al asunto tratado, es el de la eficacia. Kelsen afirmaba que la eficacia del Derecho estribaba en el hecho de que los hombres deberían comportarse como las normas jurídicas establecían, para concluir que la eficacia no es pues una cualidad de las normas, sino una consecuencia de la acción de los hombres. Lo cual es cierto, pero no lo es menos que la eficacia habrá de medirse en cuanto que la norma sirva o no para alcanzar los fines que su contenido propone. Y ¿cuándo sería más eficaz una norma: cuando sus destinatarios la respetan por temor a una sanción o cuando la cumplen por convencimiento de que es buena para la sociedad? Liborio Hierro nos ofrece una interesante clasificación de las normas. En el primer caso, la eficacia jurídica o interna, distingue dos categorías: la eficacia como vigencia (entrada en vigor) y la eficacia como efecto jurídico. Más complicado es el análisis en cuanto a la eficacia sociológica o externa de una norma, en distingue, a priori, cuatro categorías: desde la correspondencia, a la aplicación, el éxito y la eficiencia.

En cuanto a la correspondencia, según se produzca coincidencia o cumplimiento, encuentra que éste último se debe al temor a la sanción, la utilidad, el respeto al orden, el respeto a la autoridad o la adhesión. En suma, que la posibilidad o no de cumplimiento forma parte del significado de la norma. Cuando un dictado es imposible

de ser cumplido, entiende Hierro, será otra cosa; pero no es una norma. Por eso el pequeño Rey que Saint-Exúpery encontró en el asteroide no permitía la desobediencia. De ahí que sabiamente nunca dictaba normas que no se pudieran cumplir. ¿Se dictan a sabiendas de que no serán cumplidas las normas de Protocolo? Norma y obligatoriedad López-Nieto y Mallo precisa: “Al referirme a las normas de protocolo, no intento aludir a su grado de obligatoriedad, distinguiendo entre normas jurídicas y usos sociales, sino que, en mi opinión, las normas de protocolo se identifican por el fin a que se dirige su mandato.(...) Toda norma que tienda a ordenar una conducta protocolaria será norma de esa naturaleza(...). Las normas de protocolo obedecen todas, directa o indirectamente, a un mismo fundamento, esto es, la desigualdad de los hombres.

A diferencia de lo que suele acontecer con la generalidad de las normas jurídicas, las de protocolo se fundamentan esencialmente en tales desigualdades”. Dentro del conjunto de normas que, con carácter general, rigen la sociedad cabe distinguir aquellas que tienen rango prescriptivo, sustentadas por su fundamento jurídico; o aquellas otras, los usos sociales, que rigen de manera voluntaria y libre, por convención o costumbre las relaciones entre los individuos, ya sean las reglas de la cortesía, la buena mesa, la educación, los modales, el correcto lenguaje, los tratamientos, etc. Cabe un tercer grupo: las normas o principios éticos, que obligan en conciencia, o las normas de carácter deontológico; esto es, los fundamentos del recto hacer profesional. En algunos casos, el cumplimiento de las reglas sociales se convierte en una obligación moral, un deber moral de las personas que forman parte de la comunidad que, por consenso, costumbre o uso, las establece. Llegamos de este modo a un agrupamiento de las normas de protocolo en tres grandes familias: Normas de carácter ético o derivadas de un deber moral: la buena educación y el respeto a los demás. Normas de naturaleza social (convenciones y usos sociales): determinado tipo de atuendo según el carácter del acto. Normas jurídicas: dictadas por la autoridad que puede hacerlo, por ejemplo, el Decreto Ley de Precedencias del Estado). “En la vida cotidiana, tanto en el pasado como en el presente, las normas morales son, en oposición a las normas jurídicas, considerando la cosa sociológicamente, normas de

conducta condicionadas por la religión o por la convención; y sus límites, con respecto al derecho, son graduales.

Las reglas convencionales representan normalmente la manera como se convierten en puras y efectivas regularidades de actuar, meras costumbres, por lo tanto, en normas obligatorias, garantizadas casi siempre por la coacción psíquica. Y el simple hecho de la repetición regular de fenómenos favorece que tales fenómenos adquieran la dignidad de algo normativamente ordenado”, nos dice Weber. Adentrándonos en el más profundo concepto de dominación, es decir, la obediencia a un mandato, se puede deber, según el autor citado a meras consideraciones utilitarias del que obedece, puede deberse simplemente a la costumbre o en la inclinación personal. Pero la dominación legal se fundamenta siempre en la existencia de un estatuto. Se obedece algo o a alguien, en función de la regla establecida. Pero con frecuencia se pasa del orden jurídico al convencional y las convenciones se instalan finalmente en la rutina de la costumbre.

En el campo de lo que hoy se llama Derecho público, esto es, de las normas que afectan a la acción de los órganos o a la actividad institucional del Estado, ofrece hoy numerosos derechos subjetivos y normas jurídicas objetivas contra cuya infracción solamente pone en movimiento el aparato coactivo –al que en muchas ocasiones falta todo medio de coacción física-, por la vía de la queja o la propuesta del número de personas con atribuciones para ello. Pero al no estar, como no lo está, el cumplimiento plenamente efectivo de todo derecho, la cuestión radica en delimitar si existe realmente un derecho totalmente garantizado: “Hoy, la coacción jurídica violenta es un monopolio del Estado....Hablamos de derecho estatal, esto es, derecho garantizado por el Estado, cuando y en la medida en que la garantía, la coacción jurídica, se establece mediante los medios coactivos específicos, es decir, los medios físicos en el caso normal de la comunidad política”, dice Weber. La norma jurídica que regula las precedencias en España

El Real Decreto que ordena las Precedencias de las autoridades en nuestro país es lo que en Parada denomina un Reglamento Independiente; es decir, aquel que regula

una materia que no ha sido tratada por una norma superior, una Ley. La supremacía de Ley se manifiesta en dos aspectos: a) La reserva material, que comprende la serie de materias que la Constitución exige que sean reguladas por una norma con rango de ley. b) La reserva formal, que actúa al margen de previsiones constitucionales concretas y significa que, cuando cualquier materia es regulada por una Ley, ya no puede ser regulada por un Reglamento. Además de su diferencia substancial con respecto a Ley, el Reglamento debe distinguirse de los actos administrativos de carácter general. Por otro lado, los reglamentos que desarrollan de manera clara y precisa una ley reciben el nombre de Reglamentos ejecutivos. Además de lo dicho, se denominan Reglamentos jurídicos los que establecen derechos o imponen deberes en el ámbito común general; esto es, para el conjunto de los ciudadanos., frente a los Reglamentos Administrativos, que regulan solamente aspectos o grupos concretos de la sociedad. Así, pues, el Real Decreto 2099/1983, de 4 de agosto, de la Presidencia del Gobierno, por el que se aprueba el Ordenamiento General de Precedencias en el Estado (BOE 188/1983 de 08-08-1983, página 21930) contiene un reglamento estatal, independiente y carácter jurídico, de acuerdo con el artículo 97 de la Constitución y al amparo del artículo 24 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado. Doble contenido de las normas de Protocolo Ya hemos visto que una norma jurídica es un mandato para realizar o abstenerse de realizar una conducta. Más precisamente, es la expresión de un mandato. Por su finalidad, las normas se dividen en Normas de Conducta y Normas de Organización.¹⁸

En cierto sentido, las normas jurídicas de Protocolo tienen de ambas: por un lado, regulan el comportamiento de los ciudadanos y los grupos, por otro, poseen un carácter instrumental, para regular los procesos técnicos que identificación y aplicación del conjunto de normas que regulan la convivencia de los ciudadanos.i “El Derecho no tendría razón de ser –dice Fernández Areal - si no fuese porque los seres humanos comprendemos, previamente a la promulgación de una norma concreta -es decir la vida antes que la ley escrita- que hay algo en nosotros que nos lleva a reconocer la dignidad de los demás, su personalidad y todo cuanto con esa personalidad y su

¹⁸ Ministerio de Salud Pública. (2007). Legislación codificada.- Régimen de la Salud. Quito: Corporación de estudios y publicaciones.

capacidad de ser, tener y crear, le corresponde”. Por su parte, Rodríguez Ennes matiza: “La prioridad jerárquica, leit motiv del protocolo, se ha erigido en un proceloso campo de disputas. Con mayor o menor énfasis –pero sin excepción- desde los remotos tiempos faraónicos, hasta la era de la moderna cibernética, las civilizaciones se han preocupado de las delicadas materias protocolarias y ceremoniales. En todo tiempo y lugar se fue arbitrando un compendio de normas para armonizar la representación de los distintos estamentos sociales; de ahí que alguien apuntase –con notorio acierto- que la ciencia y el arte del protocolo constituyen una mezcla inseparable entre la tradición del pasado y la complejidad del presente, marcado éste por el mayor sentido práctico y utilitario que preside la vida moderna”. Por no remontarnos más allá de los dos últimos siglos, podemos encontrar una larga serie de disposiciones normativas de Protocolo en el Reino de España: Novísima recopilación de las leyes de España, de 1805.

• R.D. de 20 de agosto de 1815 de Preeminencias de los consejeros de Estado. • R.D. de 2 de febrero de 1819 .Lugar que corresponde a los caballeros de las Órdenes de Carlos III • e Isabel la Católica en funciones y actos públicos. R.O. de 11 de junio de 1830. Lugar que corresponde en la corte a los gentileshombres de Cámara. • R.O. de 30 de junio de 1832. Lugar que corresponde en la corte a los segundos cabos de las • provincias. R.O. de 12 de febrero de 1834. Precedencia de los subdelegados de Fomento. • R.O. de 11 de mayo de 1834. Lugar de los gobernadores cuando concurren con los • Ayuntamientos. R.O. de 10 de julio de 1834 Precedencia entre capitanes generales y gobernadores civiles en actos • y funciones públicas. R.O de 16 de febrero de 1836. Precedencia de las respectivas autoridades en los actos públicos. • R.O. de 21 de junio de 1837. Precedencia de los secretarios de las diputaciones provinciales y los • ayuntamientos R.O. de 10 de diciembre de 1845.

Precedencia de obispos y Audiencia. • R.O. de 8 de junio de 1848. Determinando que el primer puesto en la ceremonia de ofrenda al • apóstol Santiago corresponde al jefe político de la provincia de la Coruña. R.O. de 23 de abril de 1849. Disponiendo que los jefes políticos deberán presidir las funciones • religiosas de gracias y demás actos públicos R.O. de 18 de mayo de 1850. Silla del prelado en las procesiones. • R.O. de 8

de diciembre de 1852. Puesto que debe señalarse a los cónsules en las ceremonias. • R.D. de 17 de mayo de 1856. Determinando el lugar que corresponde a las autoridades y • corporaciones en los actos públicos y en el acto de recibir corte. R.O. de 20 de marzo de 1859. Lugar que corresponde en los actos oficiales al cuerpo jurídico • militar y a los caballeros grandes cruces. R.O. de 27 de noviembre de 1861. Orden de precedencia en, las recepciones oficiales que se • celebran en el salón del trono. R.O. de 27 de julio de 1864. Precedencia entre los comandantes de marina y los jaeques de primera • instancia. R.O. de 17 de marzo de 1866. Puesto que deben ocupar las autoridades militares, aún siendo • interinas en las funciones religiosas. R.O. de 12 de agosto de 1880. Lugar que corresponde a los militares grandes cruces en las • funciones presididas por la autoridad civil y a los comandantes generales de Artillería e Ingenieros. R.O. de 16-17 de octubre de 1880. Precedencia de las corporaciones que concurren a las • recepciones generales en el salón del trono y a las que tienen lugar en las reales habitaciones. R.O. de 10 de marzo de 1882. Lugar que corresponde a los vocales de la junta de Instrucción • Pública. R.D. de 16 de junio de 1885. Fijando los días en que las autoridades a quienes corresponde deben • recibir Corte R.O. de 6 de diciembre de 1892. Determinando el puesto de preferencia que corresponde en los • actos públicos a los gobernadores civiles y militares Orden del Rey de 15 de enero de 1908. Fijando el orden que ha de guardarse para la entrada en el • salón del trono y desfile ante S.M. en las recepciones generales. R.O. de 20 de octubre de 1908. Lugar que corresponde ocupar en las funciones y actos públicos • civiles a los jefes de Fomento y delegados regios. R.O. circular de 19 de enero de 1926. Ordenando lo procedente en relaciona con las precedencias • de autoridades y corporaciones en actos públicos y de corte, singularmente en los llamados besamanos. Decreto de la Presidencia de Gobierno 1483/1968, de 27 de junio, (BOE del 12 de • julio).modificado en 1970. Real Decreto 2099/ 1983, de Precedencias del Estado. • Ley 33/1981, de 5 de octubre (Escudo de España). • Ley 39/ 1981, de 28 de octubre (Bandera de España). • Real Decreto 1560/ 1997, de 10 de octubre (Himno Nacional). • Real Decreto 834/ 1984, de 11 de abril (Honores militares). • El ejemplo del Estado Todos los días del año, menos los domingos, se publica el Boletín Oficial del Estado, fuente de la que brotan las normas que rigen nuestra convivencia, con una tirada de 60.000 ejemplares de cada número. Su contenido se agrupa por secciones. Dependiendo del

rango de cada norma, las disposiciones se incluyen dentro del título genérico de “Jefatura del Estado”, si se trata de una Ley, o en el apartado correspondiente a cada Ministerio o Comunidad Autónoma cuando se refiere a un reglamento o una orden. Dentro de las diversas secciones, los textos se agrupan por el órgano del que procedan, según la Ordenación general de Precedencias del Estado. Este orden de prelación fue modificado por el Real Decreto 557/2000, de 27 de abril, de reestructuración de los departamentos ministeriales. En cuanto a las disposiciones autonómicas que deben publicarse en el BOE, las CC.AA. se clasifican según el orden de publicación oficial de los Estatutos de Autonomía respectivos. Es decir, cada día, todos los días, el Estado nos recuerda y nos enseña que la Ordenación General de Precedencias del Estado, está regulada por una norma jurídica válida y eficaz, con independencia de que sea imperfecto, insuficiente o perfeccionable, y que todos los ciudadanos tenemos el deber de acatarla. Y sin embargo, a la hora de aplicar el Decreto de Precedencias del Estado a determinados actos públicos, se encuentra repetida resistencia, a veces justificada por disputas de carácter político o intentos de subvertir, al menos de un modo simbólico, el propio ordenamiento constitucional, de enorme importancia en este ámbito. En éste y otros casos, desde el punto de vista de la eficacia y la validez, el Reglamento que ordena las precedencias oficiales en el Reino de España bien pudiera parecer, una de aquellas normas frecuentemente huérfanas de apoyo legítimamente coactivo a la hora de imponerse. Ello lo encuadraría en lo que Bobbio califica de “normas sin sanción”: “La existencia de normas no sancionadas no es solamente un hecho destacado en la doctrina, sino una hipótesis a la cual el mismo legislador atribuye ciertas consecuencias (o mejor, la ausencia de consecuencias. La presencia de normas no sancionadas en el ordenamiento jurídico es un hecho incontestable”.¹⁹ Concluamos con Bobbio que “cuando se habla de sanción organizada como elemento constitutivo del Derecho se hace referencia no a la norma individualizada, sino al ordenamiento jurídico en su conjunto. Ello implica que no todas las normas han de ser sancionadas, sino solamente la mayor parte de ellas. El criterio de juridicidad de una norma no depende de la sanción, sino su pertenencia al sistema, o sea, la VALIDEZ de la norma, producida legítimamente. “Las sanciones hacen relación no a la validez, sino a la

¹⁹ Op. Cit. (18).

eficacia y ya habíamos visto que una norma individual puede ser VÁLIDA, sin ser EFICAZ”. En este supuesto, puedan producirse dos casos típicos: a) Que la eficacia de esas normas no sancionadas se confíe a la adhesión espontánea, confiando en la respuesta de la conciencia popular. b) Que tales normas han sido impuestas por una autoridad, tan alta en jerarquía, que se hace imposible, o escasamente eficiente, la aplicación de una sanción. Tal parece que es en esta segunda categoría donde hemos de hospedar las frecuentes desavenencias entre autoridades, representaciones y jefes de protocolo que, cada vez, con repetida insistencia, se suscitan y que, hace mucho tiempo, aconsejan una revisión a fondo del Real Decreto 2099/83 que regula el Orden de Precedencias en el Reino de España y su aplicación efectiva.

BIBLIOGRAFIA
 BOBBIO, N. (1995): Teoría General del Derecho. Madrid, Debate.
 GARCÍA GARRIDO M. y FERNÁNDEZ GALIANO, A. (1991). Iniciación al Derecho. Madrid. Universitas
 HIERRO, Liborio (2003): La eficacia de las normas jurídicas. Barcelona. Ariel.
 LÓPEZ-NIETO y MALLO, M (1995). Manual de Protocolo. Barcelona. Ariel.
 PARADA, R. (2000), Derecho Administrativo (Parte General). Madrid. Marcial Pons.
 RAMOS, Fernando (2002): La Comunicación corporativa institucional. De la imagen al protocolo. Madrid. Universitas VV.AA. (2003). Curso Superior de Comunicación y Protocolo. Vigo. Universidad de Vigo. Extensión Universitaria. L.F. RAMOS (editor).
 WEBER, M (1993, Décima reimpresión España). Economía y sociedad. Madrid. Fondo de Cultura Económica. i Además de lo dicho, las normas pueden ser taxativas (se impone su estricto cumplimiento) o dispositivas (regulan una situación concreta en función de la voluntad de los implicados de obrar de un determinado modo).

DEFINICIONES DE NORMAS

- Las normas son documentos técnico-legales con las siguientes características: * Contienen especificaciones técnicas de aplicación voluntaria. * Son elaborados por consenso de las partes interesadas: **Fabricantes. **Administraciones.
- Norma es una ópera en dos actos con música de Vincenzo Bellini y libreto de Felice Romani (basado en una tragedia de Alexandre Soumet), estrenada en La Scala de Milán, el 26 de diciembre se debe seguir o a la que se deben ajustar las

conductas, tareas y actividades del ser humano. La palabra moral proviene del latín *moralis*, equivalente al griego-

- Norma es un nombre propio femenino de origen latino o romano que significa escuadra o relas. Rafael Martínez
- norma lingüística es una convención social en el uso deseable de una determinada lengua, especialmente de una lengua estándar. La forma más conocida de norma lingüística, pero no la única, es la lengua prescriptiva o normativa. ...
- La norma jurídica es una regla u ordenación del comportamiento mas u otras características que le otorgan a un producto una calidad uniforme.
- Nombre de una constelación austral, inicialmente llamada Norma et Regula. Está situada al sur del Escorpión y entre las constelaciones del Lobo, el Compás (Circinum), el Triángulo Austral y el Altar (Ara); Nombre propio de mujer. Se ha utilizado con el sentido de regla o criterio, y se emplea en especial en la expresión "norma visual" (también se ha empleado vista como equivalente de ella, en cuanto acción de ver algo en alguna perspectiva del objeto), que se refiere a las distintas posiciones de la pieza.
- Regla de conducta obligatoria en su cumplimiento orientada a regular determinada actividad y que es emitida por autoridad competente.

MONITOREO Y EVALUACIÓN.- Si bien el monitoreo de las acciones y la evaluación de resultados han estado siempre presentes como preocupación y como requisito en el diseño de las políticas sociales, generalmente se los considera como dimensiones externas, controladoras y posteriores al proceso de desarrollo e implementación. Sin embargo, sin ellos no se dispone de insumos para orientar el rumbo y, menos aún, la mejora continua. Sólo conociendo lo que pasa se puede transformar. Por ello, una concepción sistémica e integral de las políticas requiere incorporar el Monitoreo y la Evaluación como componente, en cuanto ambos son herramientas interdependientes y básicas para la gestión. Por tanto, no pueden pensarse como acciones a encarar en forma separada y a encarar luego de finalizada la intervención. Sin ellos, el aprendizaje individual e institucional no es posible.

El Monitoreo es el proceso continuo y sistemático mediante el cual verificamos la eficiencia y la eficacia de un proyecto mediante la identificación de sus logros y debilidades y en consecuencia, recomendamos medidas correctivas para optimizar los resultados esperados del proyecto. Es, por tanto, condición para la rectificación o profundización de la ejecución y para asegurar la retroalimentación entre los objetivos y presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a partir de la práctica. Asimismo, es el responsable de preparar y aportar la información que hace posible sistematizar resultados y procesos y, por tanto, es un insumo básico para la Evaluación.

Para que el monitoreo sea exitoso requiere del establecimiento de un sistema de información gerencial, identificando a l@s usuarios de la información, identificando los tipos de información prioritaria, vinculando las necesidades y las fuentes de información, estableciendo métodos apropiados para efectuar la recopilación de datos e identificando los recursos necesarios.

La Evaluación, es el proceso integral y continuo de investigación y análisis de los cambios más o menos permanentes que se materializan en el mediano y largo plazo, como una consecuencia directa o indirecta del quehacer de un proyecto en el contexto, la población y las organizaciones participantes. Por ello, se constituye en una herramienta para la transformación que arroja luz sobre las alternativas para la mejora permanente de las intervenciones presentes y futuras, o sea transfiere buenas prácticas.

“Desde esta concepción, el Monitoreo y la Evaluación tienen que ser coherentes con su objeto de análisis, o sea, en nuestro caso, la política de formación y, por tanto, deben colocar en el centro del análisis al sujeto situado en su contexto lo cual implica incorporar la perspectiva de género y concebirse como una herramienta para la acción y para habilitar e incluir la participación de los diferentes actores.”²⁰

²⁰ Palmero, F; Fernández-Abascal, EG; Martínez, F; Chóliz, M. (2002). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. Madrid: McGraw Hill.

A su vez ambos tienen que efectuarse durante toda la intervención lo que, en el caso de la evaluación, plantea la necesidad, como mínimo, de una evaluación ex ante, una evaluación intermedia y otra ex post.

Desde estas convicciones, el Programa FORMUJER incluyó entre sus objetivos el desarrollo de un sistema de Monitoreo y de un Modelo de Evaluación con perspectiva de género en forma tal de poder entregarlos como referencia e insumos al sistema de formación.

“Como puede visualizarse en la Caja de Herramientas adjunta, con relación al Monitoreo, a lo largo de la ejecución de FORMUJER se fueron construyendo una batería de instrumentos que van desde las fichas de inscripción y seguimiento de alumnas (que forman parte del Subsistemas de Información y Orientación), las encuestas a actores, a la instrumentación de Talleres Anuales Nacionales y Regionales de Monitoreo y Evaluación que se constituyeron en herramientas fundamentales para la gestión.”²¹

Asimismo, y a través de la conjunción de esfuerzos y recursos con un proyecto del BID y la Unión Europea, se elaboró un Modelo de Evaluación con perspectiva de género que contiene instrumentos e indicadores más sensibles y pertinentes para caracterizar y analizar tanto la apropiación e institucionalización de los enfoques de empleabilidad, equidad y perspectiva de género en las IFP, pasando por las diversas dimensiones y componentes de la política como para definir y analizar los perfiles objetivos y subjetivos de la población destinataria y los cambios y resultados logrados por la formación en términos de mejoramiento de la empleabilidad, la participación ciudadana y la conciencia de género. Este Modelo fue aplicado en la Evaluación Intermedia del Programa FORMUJER, sirvió de base y se enriqueció en la Evaluación Final, ha sido transferido al Programa PROIMUJER, a otras intervenciones en la región y en España. De esa manera y con el aporte de todos se ha abierto un proceso de validación y mejoramiento constante de metodologías e instrumentos de evaluación que constituye un aporte sustantivo para el mejoramiento de la calidad del sistema de formación profesional. El propósito, como plantea María Ángeles Sallé en el **Manual de**

²¹ Ibídem

Evaluación con enfoque de género para programas y proyectos de empleo ha sido obtener una información significativa y sistematizada que sirva como:

A nivel interno de las Instituciones y Programas:

- *Herramienta de aprendizaje:* Promover un aprendizaje compartido que influya en la realización de cambios positivos de los modelos de intervención, induciendo para ello a una reflexión colectiva basada en el contraste con caminos que otr@s - dentro o fuera de cada uno de los organismos implicados- hayan recorrido ya con éxito.
- *Herramienta de gestión:* Ofrecer complementariamente un "check list" que, de un modo rápido y sencillo, posibilite cotejar las presencias o carencias de un enfoque de género en todas las vertientes de planificación y ejecución de un Programa, así como rastrear su evolución y vicisitudes a lo largo del tiempo.
- *Herramienta de información:* Poner al alcance de gestor@s y evaluador@s nuevos indicadores pertinentes y fuentes sistematizadas de recogida de datos sobre las personas beneficiarias (por sexo, edad, ingresos, nivel de estudios, hábitat, valores sociolaborales...), que faciliten un seguimiento longitudinal y completo de sus trayectorias vital-profesionales y que logren situar a éstas, por otra parte, como agentes fundamentales del propio proceso evaluativo. Porque esto es lo primero: sin información no hay evaluación o ésta será cuando menos superficial.

A nivel externo:

- *Herramienta de comparación y contraste:* "Equalizar" la mirada sobre diferentes Programas, generando parámetros que permitan propiciar marcos comparativos y una socialización más profunda y sistematizada de los logros y barreras detectados, como fuente para la creación de una verdadera inteligencia colectiva en torno a esta materia. Porque sin información comparable se hace sumamente difícil colectivizar los resultados y aprendizajes de las evaluaciones y, por ende, superar los dramáticos "puntos cero".

En consonancia con lo anterior, el modelo propuesto ha elegido centrarse, de una parte, en los efectos e impactos de la formación en sus usuarias y, de otro, en los procesos de cambio operados en los diferentes actores de los sistemas; es decir, en el grado de avance en sus compromisos, en la profundidad de la cooperación interna y externa que éstos desarrollan, en la extensión de inteligencia colectiva respecto a esta materia, en la creación de normas, redes y culturas...siempre desde la consideración de que integrar la perspectiva de género, al igual que adaptar los sistemas de formación a las nuevas realidades, representa un proceso paso a paso, de carácter modular y acumulativo, protagonizado por colectivos de personas que, en el camino, van realizando en paralelo sus propios procesos individuales (gestoras, participantes, actores del entorno...).

Estamos apostando, en esa medida, por una evaluación de tendencias y procesos; aquellos que se operan en los diferentes núcleos de actores y beneficiarias que constituyen el corazón de los sistemas de formación para el empleo.

El intento de abordar de un modo integral y, en cierta medida, "universalizado" de esta propuesta evaluativa no implica, de ninguna manera, que las herramientas no hayan de adaptarse a cada realidad específica y caso concreto. Lo que se ofrece, y esto es algo muy importante a resaltar, es un conjunto de herramientas flexibles que cada Programa habrá de utilizar a su conveniencia, bien sea privilegiando determinados instrumentos en relación a otros, adecuando el contenido de los propuestos, añadiendo otros nuevos o utilizando las guías y cuestionarios como "listas de control" para apoyar la planificación o la dinamización de talleres de debate. Porque, obviamente, un abordaje extensivo como el propuesto aquí no puede, ni es su finalidad, trasladarse mecánicamente a cualquier realidad sin considerar las especificidades que le son propias."

Estamos convencidas que la interacción programa/organización o programa/sistema representa, cada vez mas, una cuestión decisiva para interpretar adecuadamente el antes, el durante y el después de cualquier tipo de actuación que sea objeto de nuestras evaluaciones. Incide en su génesis, incide también en su pertinencia, calidad,

eficacia y eficiencia intrínseca e incide, sobre todo, en la sostenibilidad, en tanto que elemento crucial que nos indica la eficiencia global de una estrategia, cualquiera que sea su tipología.

Esto significa que el éxito de un programa no podemos medirlo apropiadamente si no es incorporando también una mirada que lo trascienda, que lo analice desde una perspectiva mas amplia, que vaya mas allá, que le otorgue significado y valor referenciado a su contexto. Porque, por muy positiva y exitosa que resulte una intervención aislada, de poco servirá sino se institucionalizan sus buenas practicas, si no se multiplican y generalizan sus efectos.

Por ello, la evaluación, en la línea que se apunta aquí, siempre ha de mirar en las dos direcciones: actuaciones en si y actuaciones contextualizadas en sus sistemas de referencia.

En definitiva, la evaluación, tal y como está concebida en este Modelo de Políticas, es una herramienta de transformación (conocer para transformar), que coloca en el centro del análisis a los sujetos, que da cuenta de lo que ha pasado (los qué) pero también de sus causas (los porqué y cómo) y, por encima de todo, pretende arrojar luz acerca de las alternativas para la mejora permanente de las intervenciones, concibiéndola como una fuente de aprendizaje participativo para el conjunto de adores comprometidos en la acción.

Estamos hablando, pues, de "EVALUACION"

Y por ello sostenemos que incorporar el enfoque de género en las políticas y programas de formación y empleo supone emprender un proceso comprometido y profundo de reestructuración, innovación, mejora continua de la calidad y la equidad de las políticas y programas. Es decir, implica una revisión profunda de los propios cimientos de dichas políticas. Por ello es clave gestionar su adopción a partir de actuaciones innovadoras y mostrar la profunda relación entre género, innovación y calidad de las intervenciones.

Ello implica:

- Evitar concebir la perspectiva de género como una cuestión estrictamente de participación numérica igualitaria de mujeres y hombres.
- No confundir la adopción del enfoque de género con un mero "tratamiento igualitario" a beneficiarios y beneficiarias.
- Dejar de tratar a las personas beneficiarias - mujeres y varones - como un colectivo homogéneo.
- Tener en cuenta otras dimensiones aparte de las meramente profesionales (incorporar elementos subjetivos).
- Considerar, en toda su extensión, las implicaciones que, de cara al empleo, poseen las relaciones de género tanto a nivel social como individual.
- Tener siempre presente que el perfil profesional de las personas forma parte de un perfil psicosocial más amplio. Ambos se retroalimentan y se determinan. No basta con actuar sólo sobre las competencias específicas o técnicas sino que se hace necesario intervenir sobre otros aspectos más subjetivos: autoestima, expectativas, motivación, etc., en definitiva formar para la empleabilidad y la ciudadanía y, ante todo, reforzar el protagonismo de las personas en los procesos de enseñanza-aprendizaje y en la definición y gestión de sus Proyectos Ocupacionales.
- Plantear intervenciones integrales y comprometidas activamente con objetivos de innovación y mejora de la calidad.
- Otorgar protagonismo a los y las participantes en los procesos de cambio.

PREMATUREZ

“Definición.- Pre término o recién nacido prematuro, se define como el niño nacido antes de completar las 37 semanas de gestación, el objetivo principal del manejo de la prematurez es disminuir la mortalidad perinatal, la mortalidad neonatal y la morbilidad. Un manejo adecuado de las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro, permite prolongar la vida intrauterina optimizando las condiciones del feto para el nacimiento. En caso de prematuro de menos de

1500 gramos o menor de 32 semanas al nacer se debe prevenir y tratar precozmente las secuelas para mejorar su calidad de vida.”²²

Según estadísticas de nuestro país, el 14.6% de niños nacen de bajo peso (menos de 2.500 gr.) y 9% corresponden a desnutrición intrauterina, 5,6% son prematuros.

“El 2.6% de los niños sufren de enfermedades graves y requieren ser internados en una unidad de cuidados intensivos neonatales de nivel III.”²³

Prematuro leve, es un recién nacido con edad gestacional de 35-36 semanas, 6 días. corresponde al 49%.

Prematuro moderado, recién nacido con edad gestacional de 32- 34 semanas, 6 días. Corresponden a 39%.

Prematuro grave, es un recién nacido con edad gestacional menor a 32 semanas. Y corresponden al 12%.

Entre las causas de prematurez tenemos:

- Extrínsecas: Falta de control prenatal adecuado, analfabetismo, desnutrición materna, anemia de la madre, anormalidades uterinas congénitas, antecedentes de muerte fetal, corioamnionitis, tabaquismo, drogadicción, edad materna menor de 15 años y mayor de 35 años, embarazo múltiple, polihidramnios, trastornos hipertensivos gestacionales, gestaciones previas pretérmino, hemorragia del tercer trimestre, infecciones del tracto urinario, intervalo intergenésico corto, ruptura prematura de membranas.
- Intrínsecas: Defectos cromómicos, Isoinmunización, Infecciones maternas (STORCH), malformaciones congénitas.

Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período. Esto requiere una adaptación de todos los órganos y

²² Deacon, J; O´ Nelly, P. (2001). Cuidados intensivos de enfermería en neonatos. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México

²³ Avendaro, O. (2002). "Tratamiento preventivo y conducta obstétrica en el parto prematuro". Disponible en: www.scielo.cl/pdf/rcp/v27n1/art03.pdf

sistemas que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. Todos los problemas del recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación.

PROBLEMAS DE ADAPTACION DEL PERIODO NEONATAL	
Órgano o Sistema afectado	Patología
1. Sistema Nervioso Central	
Inmadurez anatómica y funcional de vasos cerebrales	Hemorragia Intraventricular
2. Sistema Respiratorio	
Falta de Surfactante	Membrana Hialina
Inmadurez Centro Respiratorio	Apnea del Prematuro
Reabsorción Líquido Pulmonar	Distress Transitorio
Inmadurez Anatómica	Insuficiencia Respiratoria del Prematuro
3. Sistema Circulatorio	
Hipertensión Pulmonar	Circulación Fetal Persistente
Inmadurez Control Vasomotor del Ductus	Ductus Persistente - Insuficiencia Cardíaca
Inmadurez Vasos Retinarios al O ₂	Fibroplasia Retrolental
4. Sistema Coagulación y Hematopoyético	
Deficiencia producción Vitamina K	Síndrome Hemorrágico del Recién Nacido
Factores Coagulación	Coagulación Basal Intradiseminada
Deficiencia Vitamina E	Anemia Hemolítica
Deficiencia Hierro y Producción G.R.	Anemia del Prematuro

5. Inmadurez hepática	Hiperbilirrubinemia Neonatal
6. Inmadurez Sistema Termorregulador	Enfriamiento Neonatal
7. Problemas de Adaptación Química	Hipoglicemia Hipocalcemia
8. Inmadurez del Tubo Digestivo	Dificultades de Alimentación y Enterocolitis Necrotizante
9. Inmadurez del Sistema Inmunitario	Diseminación de Infecciones
10. Inmadurez Renal	Edema Dificultad en Equilibrio Hidroelectrolítico

“**Adaptación** es la palabra que define el período neonatal. A ésta debemos agregar el carácter dinámico del proceso que hace variar el concepto de normalidad en el tiempo. Una bilirrubinemia de 4 mg % al nacer es anormal, pero no lo es a los 3 días de vida. Una cierta dificultad en la regulación de la temperatura en las primeras horas de vida no tiene la misma que si ésta ocurre al segundo día. Adaptación y dinamismo evolutivo, le dan al recién nacido un carácter de gran fragilidad y dependencia del medio.”²⁴

Es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano en el período posterior al nacimiento. En esta se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia, de presentar patologías y de que estas dejen algún tipo de secuelas, especialmente neurológica.

Desde el punto de vista estadístico, el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. A los primeros 7 días de vida se les llama período neonatal precoz.

“La mortalidad neonatal es el indicador más básico para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. Esta se define como **el número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días por cada 1.000 nacidos vivos**. La OMS recomienda incluir como nacidos vivos a todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de vida: respiración o palpaciones del corazón o cordón

²⁴ Rossel, C; Carreno, Tamara; Maldonado, ME. (2002). Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Chile Un mundo desconocido.

umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria. En los fallecidos se considera sólo a aquellos que pesan más de 500 gramos.²⁵

La mortalidad infantil y neonatal varía en los distintos países según el nivel económico, sanitario y la calidad de la atención médica. La mortalidad neonatal es responsable de entre el 40 a 70% de las muertes infantiles. En la medida que las tasas de mortalidad infantil descienden, las muertes neonatales son responsables de un porcentaje mayor de las muertes totales del primer año de vida. En la década del 50, en Chile, en que la mortalidad infantil era de 120/00, la mortalidad neonatal era responsable del 40 % de la muertes. En 1999 en que la mortalidad infantil ha bajado a 10,1/00, las muertes neonatales son el 60% de los fallecidos con menos de un año.

PESO BAJO DE NACIMIENTO

El peso bajo de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.500gramos) en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 3 libras y 4 onzas (1.500 gramos) se considera extremadamente bajo.

Los bebés con bajo peso al nacer son muchos más pequeños que los que nacen con un peso normal. Son muy delgados con tejido adiposo escaso y su cabeza se ve más grande que el resto del cuerpo. Estos bebés pueden tener graves problemas de salud durante los primeros meses de vida y su riesgo de sufrir incapacidades a largo plazo es mayor.

Hay dos categorías de recién nacidos antes de tiempo, que son aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo. Más del 60 por ciento de los bebés que nacen con peso bajo son prematuros. Cuanto antes nace un bebé, menos probable es que pese lo suficiente y mayor es el riesgo de que tenga problemas de salud.

²⁵ Fernández, LS; Carro Puig, E; Oses Ferrera, D; Pérez Piñero, J. (2004). Caracterización de las gestantes adolescentes. Revista Cubana, Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?prod=SC838>.

Los bebés pequeños para su edad son los que nacen antes al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del vientre.

Hay algunos bebés que son prematuros y también de crecimiento retrasado. Estos bebés corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso.

Algunas de las razones por las que algunos bebés son demasiado pequeños o nacen demasiado pronto se conocen, pero no todas. Los defectos fetales resultantes de enfermedades hereditarias o de factores medioambientales pueden limitar el desarrollo normal.

Los embarazos múltiples muchas veces resultan en bebés de bajo peso al nacer, aún cuando nacen al final del ciclo de gestación. Cuando la placenta no es normal, es posible que un feto no crezca de la manera adecuada. Los problemas médicos de la madre tienen influencia en el peso de nacimiento, especialmente si ésta sufre de alta presión arterial, diabetes, ciertas infecciones o problemas del corazón, los riñones o los pulmones. Un útero o cuello de útero anormal pueden incrementar el riesgo de que la madre dé a luz a un bebé de peso bajo.

La conducta de la madre antes y durante el embarazo puede afectar al peso de su bebé. Toda mujer embarazada debe hacer lo siguiente:

- Obtener cuidados prenatales regulares desde temprano, un factor importante de prevención contra el bajo peso al nacimiento.
- Consumir 400 microgramos de ácido fólico por día antes de quedar embarazada y durante los primeros meses de gestación.
- Seguir una dieta equilibrada, dado que la nutrición del feto depende de lo que come la madre, el bebé puede sufrir daños si la madre no se alimenta adecuadamente.
- Los profesionales de la salud recomiendan que una mujer de peso normal aumente entre 25 y 35 libras.

- No fumar, evitar bebidas alcohólicas y drogas, ya que esto limita el crecimiento fetal y puede provocar defectos de nacimientos.
- Algunos factores como los bajos ingresos y la falta de educación tienen relación con el incremento de riesgo de tener un bebé de peso demasiado bajo, si bien no se conocen las razones subyacentes a este fenómeno.

Entre los factores de riesgo tenemos:

- Estado económico y social de la madre.
- Desnutrición, escasa ganancia ponderal durante el embarazo.
- Deficiencia placentaria.
- Intervalos intergenésico corto.
- Abortos espontáneos.
- Drogadicción.
- Enfermedades crónicas de la madre.
- Trastornos hipertensivos de la gestación.
- Embarazos múltiples.
- Cromosopatías.
- Storch.

Los bebés nacidos con peso bajo son más proclives que los bebés de peso normal a tener problemas médicos y complicaciones del desarrollo. Un bebé prematuro y de bajo peso corre un riesgo mayor de desarrollar problemas de respiración. Anualmente, alrededor de 40.000 bebés, la mayoría de los cuales, nace antes de la semana 34 de gestación, sufren de dificultad respiratoria, una de las causas más importantes de muerte e incapacidad entre bebés prematuros. A estos bebés les falta una sustancia química llamada surfactante, por eso no consiguen acumular suficiente oxígeno en la sangre o despojarse del dióxido de carbono de manera adecuada.

Otros bebés nacidos con peso bajo poseen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o insuficiente cantidad de azúcar en la sangre (hipoglicemia), que pueden causar daños.

¿Es posible prevenir hijos con bajo peso?

No siempre, porque ello estará en dependencia de la causa que lo origine. Cuando se reconoce la presencia de factores de riesgo como los mencionados, se pueden tomar medidas preventivas. Por ejemplo, en nuestro medio se han desarrollado los hogares maternos, donde son ingresadas las gestantes en riesgo para asegurarles una adecuada alimentación y descanso. En estos hogares son atendidas por enfermeras y evaluadas periódicamente por un personal especializado.

Según la Organización Mundial de la Salud, *"la promoción de la salud se ha convertido en un elemento común para todos aquellos que admiten la necesidad de un cambio en el modo de vida y en los hábitos con la finalidad de mejorar su estado de salud. La promoción de la salud aparece como estrategia de mediación entre la población y su entorno, operando la síntesis entre las elecciones individuales y la responsabilidad de la sociedad en el ámbito de la salud"* (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa 1987, Citado en Rochon, 1991).

Otro nivel de intervención en salud es la prevención. Ésta es un componente de la promoción. Se entiende como prevención *"un conjunto de actividades orientadas a evitar la ocurrencia de enfermedades específicas, cuyo objeto son los individuos o grupos sociales, que por sus características tengan alguna probabilidad de adquirirlas"* (Ministerio de Salud, 1996). En esta se incluyen actividades que disminuyan el riesgo de aparición de enfermedades, que permitan desarrollar factores de protección en los grupos de mayor vulnerabilidad. De manera típica la prevención se divide en tres categorías que de alguna forma se superponen: prevención primaria, secundaria y terciaria.

Las actividades de promoción y prevención emplean como herramienta la educación para la salud, entendida como un proceso de facilitación de experiencias de aprendizaje deseables por medio de las cuales la gente se percata más de los problemas de la salud y se interesa activamente en ella, como un proceso de crecimiento del individuo, mediante el cual modifica su comportamiento o sus actitudes

como resultado de las nuevas experiencias que ha tenido (Doroty, 1949, citado en Rochon, 1991).

“La Educación para la salud es una estrategia valiosa para el desarrollo de programas de promoción y prevención, que está siendo empleada en diferentes ámbitos. En el área clínica existe un alto interés, por parte de los investigadores, en estudiar el fenómeno gestacional en la adolescencia y elaborar, a partir de los resultados obtenidos, sistemas integrales de atención en salud, que incluyan acciones de fomento, promoción, prevención, detección precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, que tengan una cobertura adecuada. Si estos sistemas permiten alcanzar, mediante sus acciones, un volumen suficiente de población, de tal modo que se logre el impacto deseado, y se aplican con criterios de riesgo con el fin de hacer selecciones según mayores y menores posibilidades de padecer episodios de enfermedad grave o de complicaciones a la población objeto del sistema, y concentran los mejores recursos en aquellos que más lo necesitan, entonces alcanzarán excelentes relaciones de costo - beneficio (Molina, 1985 citado en Sernam ,1991).”²⁶

El embarazo en edades tempranas no es un proceso aislado del contexto individual, pareja, familia y sociedad; en la adolescente embarazada no es solamente la primigesta precoz que tiene una connotación puramente biológica, sino que desborda las acciones prenatales, de atención del parto, del recién nacido y del post parto (Molina, 1985 citado en Sernam, 1991), situaciones que se enmarcan con características particulares propias de esta etapa del ciclo vital, "LA ADOLESCENCIA".

Como resultado del incremento en las relaciones sexuales, las que se desarrollan cada vez a edades más tempranas (en Colombia el rango de edad promedio esta entre 15 y 17 años para las adolescentes) y sin el uso adecuado de medidas anticonceptivas, los embarazos en los adolescentes han aumentado notablemente en épocas recientes. Cada año, 78 de cada 1000 colombianas de 15 a 19 años dan a luz. El número de nacimientos ocurridos entre las adolescentes aumentó de unos 123.000 en 1973 a 127.000 en 1986; la razón para tal incremento radica en que el número de mujeres fue aumentando paralelamente con el crecimiento demográfico del país (López, 1991).

²⁶ Fernández, LS; Carro Puig, E; Oses Ferrera, D; Pérez Piñero, J. (2004). Caracterización de las gestantes adolescentes. Revista Cubana, Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <http://scielo.sld.Cu/scielo.php?prod=SC838>.

Según Silber, aunque en muchos casos el embarazo en las adolescentes puede responder a los deseos de las mismas, en otros puede tener efectos devastadores, (1984 citado en OPS, 1985) porque:

1. Se presenta una pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de sus padres, cuando ya creían que iniciaban el camino hacia su independencia.
2. Hay una interrupción de sus relaciones grupales, porque generalmente se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares o laborales normales. Las adolescentes dejan de crecer con su grupo y pierden así un elemento de apoyo afectivo muy importante en sus vidas.
3. Hay una demora o un cese de su desarrollo personal.

La maternidad no programada casi siempre genera tensión, ya que la capacidad biológica y psicológica de la niña se ve fuertemente exigida, más aún si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja. De esta manera, se ven amenazadas sus necesidades básicas, como son (Fuentes, Lobos, 1994):

Necesidad de bienestar físico.

Necesidad de seguridad y protección.

Necesidad de aceptación y pertenencia a un grupo.

Necesidad de cariño: dar y recibir afecto.

Necesidad de ser estimada y respetada.

Necesidad de autorrealización.

La respuesta a esta tensión puede producir desesperación, miedo, dolor, culpa, rabia, pena, angustia y podría llegar hasta la depresión. Los efectos traumáticos del embarazo no deseado en una adolescente dependerán de su personalidad y madurez, de algunas patologías previas, de la condición biológica, edad, condición social y significado de este hijo para ella. Lobel (1994) define operacionalmente el estrés prenatal como un estado de ansiedad crónica que se modifica de acuerdo con los eventos estresantes previos particulares de cada caso. Lobel encontró que en el estudio de Jemmott and Locke (1984; citado en Lobel, 1994) indican la influencia

adversa del estrés en algunas áreas de la salud física como enfermedades infecciosas y cardíacas, aún en adolescentes; sin embargo, indica también que esta investigación tiene serios errores metodológicos y no se define claramente si el estrés está asociado con las complicaciones prenatales. La adolescente y su familia generalmente tienen dificultad para aceptar el hecho del embarazo. Algunas adolescentes solteras inician su embarazo con una actitud de rechazo, la que se transforma en aceptación en el transcurso de la gestación. La actitud de la familia es, muchas veces, negativa al comienzo del embarazo, cambiando a positiva en menor proporción que las adolescentes. En el ámbito familiar, si es aceptada con su hijo, se puede producir una desorganización de funciones cuando los padres de origen continúan su función de crianza en circunstancias que la hija adolescente se transformó en madre.²⁷

Estos ajustes no siempre son fáciles, aunque esta situación es preferible a la de rechazo, puesto que la familia de origen es el refugio más significativo para la madre soltera. La joven tiene que conciliar de algún modo dos papeles opuestos: expresar sus necesidades de adolescente, al mismo tiempo que avanzar hacia un papel adulto responsable.

“La primera reacción de los padres, hermanos y parientes siempre es negativa; en casos extremos, la joven es arrojada del hogar; en la mayoría es agredida verbal y/o físicamente, recluida y encerrada para evitar la vergüenza y la deshonra. De todas maneras, las relaciones afectivas intrafamiliares se afectan, en muchos casos de forma irreversible. La joven experimenta un rechazo de parientes, amigos, vecinos, que luego se traducirá en formas abiertas o sutiles de discriminación hacia el hijo "ilegítimo".²⁸

Los riesgos de salud más frecuentes durante el período gestacional son:

Riesgos médico-obstétricos: patología hipertensiva, anemia, bajo peso neonatal, parto prematuro, nutrición insuficiente, mayor probabilidad de muerte infantil y materna respecto a otros grupos de edad, aborto, pre-eclampsia. Es decir, la madre adolescente enfrenta, junto con su hijo, mayores riesgos médicos que la mayoría de

²⁷ Organización Panamericana de la Salud. (2001). La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso con el futuro. Washington: OPS.

²⁸ Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Medicina Reproductiva (CLAP). (2009). Disponible en <http://www.clap.ops.oms.org>.

las mujeres embarazadas, debido a su inmadurez física y psicológica; además tienen mayores probabilidades de volver a ser madres en un corto plazo.

“Existe una relación entre el corto intervalo de nacimientos y los altos riesgos de un resultado poco satisfactorio del siguiente embarazo, la mortalidad infantil y la desnutrición. La salud y el desarrollo deficiente del niño también están asociados con el intervalo que lo separa del nacimiento posterior, con el consiguiente efecto dañino, tanto para el niño desplazado como para quien lo desplaza (Molina, 1985 citado por Sernam, 1991).”²⁹

Riesgos psicosociales: como consecuencia del embarazo se altera la dinámica familiar; puede haber abandono de parte de la pareja, explotación laboral, deserción escolar, dificultad para tomar decisiones que afectan el proyecto de vida, poca o ninguna solvencia económica para educar y criar a su hija(a), entre otros factores.

Riesgos afectivos: temor, rechazo de su embarazo, estados de angustia y a veces depresión, inestabilidad emocional, abandono de su pareja, negación de la paternidad. En una etapa de formación y búsqueda de su propia identidad, como lo es la adolescencia, combinado su crecimiento biológico y el cambio psicológico brusco que se presenta ante la situación de embarazo, ellas enfrentan su maternidad en condiciones muy desfavorables.

Para el hijo también se aumentan los riesgos de salud, tales como una mayor morbi-mortalidad, posibilidades de un nacimiento prematuro, incidencia de anomalías congénitas, rechazo social y familiar, sentido de ilegitimidad, discriminación por "mala" conducta de la madre, desconocimiento del padre o presentación de una figura negativa de un padre que los abandonó, que no los quiere; la alteración en la formación de patrones de identificación con el sexo masculino, sobreprotección materna o su expresión inversa: abandono, violencia, agresión, la dependencia de los abuelos y exposición a patrones de autoridad en muchos casos contradictorios y conflictivos; escasez o insuficiencia de recursos económicos y bajos niveles de Vida. El hecho existe, no se puede ocultar, contamos con un alto porcentaje de

²⁹ ONU. (2009). Objetivo reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. Recuperado: /02/06/2009). Disponible en www.un.org/spanish/millenniumgoals/childreath. Shtml.

adolescentes embarazadas que no acuden oportunamente a los servicios de salud y atención prenatal, debido a los factores de orden psicosocial asociados con su maternidad, lo que potencia así el desarrollo de los factores de riesgos de salud propios de su estado con la particularidad del momento del ciclo vital que están viviendo.

“Este panorama exige que la comunidad desarrolle programas de apoyo y promoción de la salud, prevención de las enfermedades y de la reincidencia (otro embarazo en un intervalo de tiempo demasiado corto, menor a dos años) mediante diversos mecanismos, entre ellos proyectos educativos como el que se está construyendo en esta investigación. Toda esa información relativa a la salud de los adolescentes debe proveerse en los distintos niveles educativos y en los sectores conectados al quehacer de los adolescentes como son los servicios sociales y los lugares de trabajo. Los materiales educativos deben revisarse periódicamente y los mensajes deben basarse en las características de los distintos grupos culturales y sociales a quienes están dirigidos (OPS, 1985).”³⁰

Existen diversos modelos que atienden los enfoques de análisis de conducta preventiva entre ellos aparece el propuesto por Weinstein (1988) donde se refleja el proceso de adopción de precauciones como una secuencia ordenada de etapas cognoscitivas, cualitativamente diferentes. Tal propuesta gira en torno al desarrollo de las creencias y de las intenciones a través del tiempo para conducir a la acción.

“El proceso de adopción de precauciones está conformado por una serie de etapas, la cual sugiere: a) que las personas se comportan de manera cualitativamente diferente en los diversos puntos del proceso de adopción de precauciones y b) que las clases de intervenciones y de información requeridas para que las personas se aproximen más a la acción varían de etapa en etapa (Weinstein, 1988).”³¹

El modelo de adopción de precauciones toma en cuenta para los siguientes factores hacer la caracterización de etapas:

Susceptibilidad al riesgo: definida en términos de las creencias de las personas acerca de una situación de riesgo, y en ella se distinguen tres niveles: a) En el primer nivel las

³⁰ Fernández, LS; Carro Puig, E; Oses Ferrera, D; Pérez Piñero, J. (2004). Caracterización de las gestantes adolescentes. Revista Cubana, Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?prod=SC838->

³¹ Ministerio de salud Pública. (2001). Indicadores Básicos de Salud Ecuador. Quito.

personas aprenden que existe un riesgo, por lo cual se busca informar sobre los riesgos y precauciones en general; b) en este nivel se exploran los pensamientos, sentimientos, creencias y expectativas acerca de la situación de riesgo y de la probabilidad de ocurrencia para otras personas similares y c) reconocimiento y aceptación de la susceptibilidad personal.

La severidad del riesgo, efectividad de la precaución y del costo: donde se identifican niveles de creencia acerca de la severidad del riesgo y de la efectividad de la precaución. Cabe anotar, primero, que la severidad del riesgo dentro de este proceso busca la sensibilización frente a la gravedad de posibles enfermedades. Por otra parte, la efectividad de la precaución es entendida como el proceso de reconocimiento y aceptación de que determinada medida es efectiva en lo personal. Los niveles que componen esta etapa son: a) conciencia sobre la existencia de la precaución; b) creencia de que la precaución es generalmente efectiva; c) creencia de que la precaución sería personalmente efectiva.

Proceso de toma de decisiones: en la que se decide modificar problemáticas individuales y grupales a partir de la aceptación de la presencia del riesgo y de la efectividad de las precauciones, de acuerdo con el siguiente proceso:

- a. "Delimitar el factor de riesgo. Proponer alternativas de control a este factor de riesgo.
- b. Hacer un balance del costo. Beneficio para cada una de las alternativas propuestas.
- c. Elección de la alternativa que representa mayor beneficio y, por último, la intención de actuar de acuerdo con los pensamientos, creencias y expectativas para cada persona en concordancia con el proceso llevado."³²

Construcción y ejecución de los programas de cambio: en esta etapa se formulan las estrategias necesarias para reducir o eliminar los factores de riesgo al igual que el fortalecimiento de aquellos elementos que permitan mantener una adecuada salud y promocionarla, con el fin de mejorar la calidad de vida, a partir de las propuestas

³² Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/SMR OPS/OMS. (2009). Disponible en: www.clap.ops.oms.org.

generadas por los sujetos actuantes en el proceso, traducido en acciones concretas y reales.

“El embarazo en la adolescencia ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia en nuestra sociedad; cada día aumenta el número de hijos de madres menores de 20 años, y los programas de promoción de la salud y prevención de la reincidencia son insuficientes teniendo en cuenta el volumen de maternas adolescentes proyectadas para este año, que corresponde al 37.7% de la población en edad fértil (Dane, 1990). A pesar de haberse logrado avances importantes en la atención de salud de los (as) adolescentes, el conocimiento de su problemática en algunas áreas es todavía deficitario y presenta obstáculos para el planeamiento y la implementación de los servicios de salud en Colombia. Con la reforma de Seguridad Social en Salud cada institución debe implementar actividades específicas de promoción con este grupo poblacional, no obstante todavía no se cuenta con la infraestructura, recursos humanos, técnicos y financieros suficientes, que faciliten este objetivo; por lo anterior, se hace necesario el planteamiento y desarrollo de programas educo-preventivos que aporten conocimientos teóricos y soluciones prácticas a esta problemática, de ello se deriva esta propuesta investigativa como parte del problema de investigación que se presenta.”³³

³³ Vélez Gomes, MP; Barros, FC; Echavarría-Restrepo, LG, Hormaza Ángel, MP. (2006). Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: Unidad de atención y protección Materno Infantil de la clínica universitaria Bolivariana. Rev. Colomb. Gineco Obst,

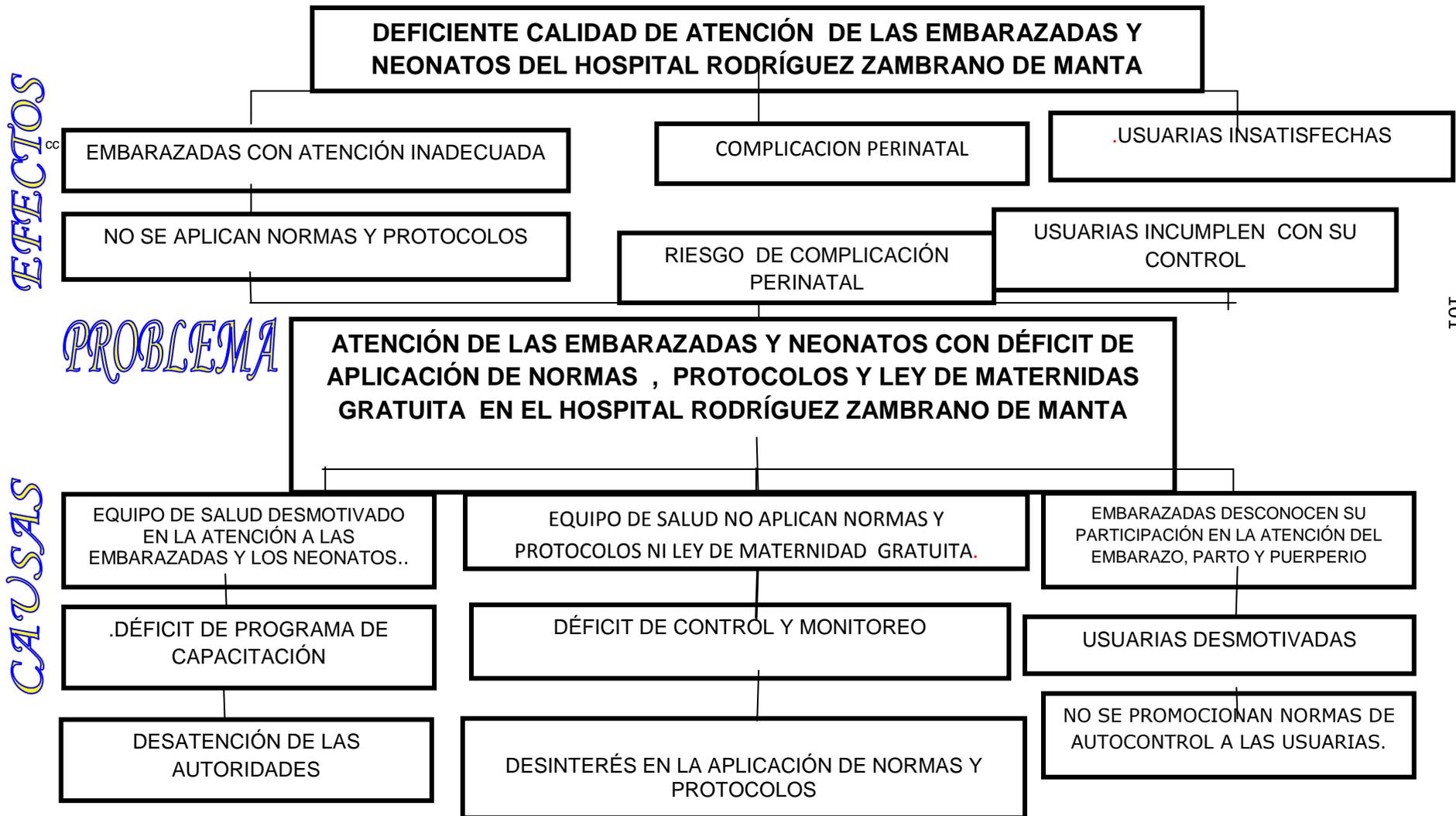
8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
GERENTE DEL HOSPITAL	Mejorar la calidad de vida de las embarazadas que acuden a la consulta prenatal.	RECURSOS: Humanos Materiales MANDATO: Garantizar una atención de calidad a las embarazadas que acuden al HRZ.	Escasos recursos humanos Líder no cumple con competencias Mala calidad de atención a las embarazadas. No se promocionan los servicios de la institución. Desinterés en el personal.
PERSONAL DE LA CONSULTA EXTERNA.	Brindar calidad y calidez en el control prenatal a las madres que asisten a la consulta.	RECURSOS: Humanos Materiales. MANDATO: Proporcionar un control prenatal con calidad.	Incumplimiento en las normas del programa. Ausencia de programas de supervisión. Personal desactualizado. Ausencia de educación en servicio. Desinterés en la Líder Área física inadecuada.
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.	Proporcionar cuidado integral a la madre gestante.	RECURSOS: Humanos Materiales. MANDATO: Aplicación de Normas y protocolos. Brindar un trato justo mediante la aplicación de normas y protocolos.	Incumplimiento en las normas del programa del control prenatal. No se brinda educación a las embarazadas. Embarazadas no acuden a consulta médica. Embarazadas con bajo peso-

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA	Brindar atención integral a los niños que nacen en la institución o fuera de ella.	RECURSOS: Humanos. Materiales. MANDATO: Que los recién nacidos que ingresan a este servicio reciban una atención de calidad y sus padres un trato justo.	Personal no cumple con Normas. No existen normas de coordinación interdepartamental. Recursos humanos insuficientes. Alta incidencia de prematuros y de bajo peso. Ingresos extrahospitalarios.
MAESTRANTE	Concientizar a las madres gestantes a recibir un control prenatal adecuado.	RECURSOS: Humanos Materiales Económicos. MANDATO: Las madres que acuden a la consulta externa del HRZ reciban una atención de calidad y calidez y lleven a feliz término el nacimiento de su bebé.	Ausencia de programación y planificación de educación permanente del talento humano. Limitada organización y participación social en la consulta externa del HRZ. Desconocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias.

8.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3. ÁRBOL DE OBJETIVO

FIN

MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA Y NEONATOS DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA.

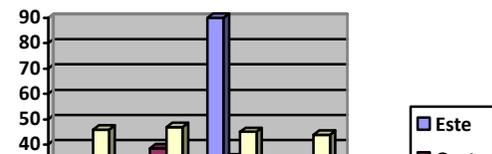


PROPOSITO

ATENCIÓN DE LAS EMBARAZADAS, APLICANDO NORMAS, PROTOCOLOS, LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA



OBJETIVOS



8.4. MATRIZ DEL MARCO LOGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN.</p> <p>Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de las embarazadas y neonatos en el HRZ. De Manta.</p>	<p>Disminución del 80%, de niños prematuros y de bajo peso hasta Septiembre del 2010.</p>	<p>Informes estadísticos</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Parte diario</p>	<p>Embarazadas acuden a la consulta externa del HRZ para su control.</p>
<p>PROPÓSITO.</p> <p>Atención de las embarazadas aplicando normas, protocolos, ley de maternidad gratuita y atención a la infancia.</p>	<p>El 90% de embarazadas que acuden a la consulta externa del HRZ, reciban atención prenatal basadas en normas, protocolos y Ley de MG. Hasta Septiembre del 2010.</p>	<p>Parte diario</p> <p>Monitoreo de aplicación de normas y protocolos.</p> <p>Formato de standarea historias clínicas de las madres atendidas.</p>	<p>Gerente y equipo de salud involucrados en el proyecto.</p>

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
RESULTADOS 1.- Médicos, Enfermeras y auxiliares de Enfermería capacitados.	El 85 % del personal capacitado, en normas y protocolos al 09 de Julio del 2010.	Lista de asistencia Programación Evidencias fotográficas.	Equipo de salud participando en la capacitación.
2.- Aplicación de normas y protocolos por el personal de salud en la atención a la embarazada-	A Septiembre del 2010, el 90% de los profesionales aplicando las normas y protocolos	Programa de normas, protocolos y Ley de Maternidad gratuita. Informes Lista de asistencia Normas y protocolos revisados.	Equipo de salud participando en la aplicación. Usuarías que acuden a la consulta externa del hospital.
3.- Embarazadas informadas sobre su participación en el control prenatal, parto y puerperio.	El 80%, de embarazadas informadas del control prenatal al 07 de Julio del 2010.	Lista de asistencia Encuesta de satisfacción Evidencias fotográficas	Embarazadas participan en la educación.

ACTIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>RESULTADO 1</p> <p>1.- Realización y envío de oficios a las autoridades para la realización de la capacitación.</p> <p>2.- Realización de invitación a capacitación y taller al personal de salud de la consulta externa y del taller a las embarazadas que asisten al control prenatal.</p> <p>3.- Capacitación al personal de salud de la consulta externa.</p>	<p>Humanos Materiales Oficios.</p> <p>Humanos. Materiales. Invitación.</p> <p>Humanos. Materiales. Computadora Infocus Normas y protocolos.</p>	<p>02 de Julio del 2010.</p> <p>07 – 09 del 2010.</p> <p>09-Julio del 2010.</p>	<p>Maestrante</p> <p>Maestrante</p> <p>Maestrante</p>

ACTIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>PARA EL RESULTADO 2</p> <p>1.Reunión con el gerente de la institución , líderes de consulta externa e ginecología</p> <p>2..Reunión con líder de la consulta externa y estadística</p> <p>3.Reunión con líderes de Neonatología e gineco.</p> <p>4. Revisión de Normas y protocolos existentes en la consulta externa</p> <p>5.- Realizar plan y programación para la capacitación y el taller para las madres.</p>	<p>HUMANOS</p> <p>Humanos</p> <p>Humanos</p> <p>Humanos Materiales: Normas y protocolos.</p> <p>Humanos Materiales. Hojas, Computadora, Normas y protocolos-</p>	<p>04-05-10</p> <p>05-05-10</p> <p>07-05-10</p> <p>30-05-10</p> <p>Del 8 al 15 de Junio</p>	<p>Estudiantes de la Maestría Director del Hospital</p> <p>Maestrante Líderes.</p> <p>Maestrante Líderes.</p> <p>Maestrante Líder de la consulta externa</p> <p>Maestrante</p>

ACTIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>RESULTADO 3 1.- Realización y envío de oficios a las autoridades para la realización del taller de motivación a las embarazadas.</p>	<p>Humanos Materiales Oficios.</p>	<p>02 de Julio del 2010.</p>	<p>Maestrante</p>
<p>2.- Realización de invitación del taller a las embarazadas que asisten al control prenatal.</p>	<p>Humanos, Materiales, Invitación.</p>	<p>07 – 09 del 2010.</p>	<p>Maestrante</p>
<p>3.- Ejecución del taller de motivación.</p>	<p>Humanos, Materiales. Rotafolios, Trípticos</p>	<p>07-Julio del 2010.</p>	<p>Maestrante</p>
<p>4.- Evaluación de la capacitación y del taller.</p>	<p>Humanos, Materiales, Test de evaluación de capacitación y taller.</p>	<p>07-09- Julio del 2010.</p>	<p>Maestrante</p>
<p>5.- Informe final de actividades.</p>	<p>Humanos Materiales</p>	<p>16- Julio del 2010.</p>	<p>Maestrante</p>

9. RESULTADOS

RESULTADO N° 1

MÉDICOS, ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA CAPACITADOS.

1.1. Reunión con gerente y personal de salud de la consulta externa y Líder de Gineco-obstetricia.

Esta reunión fue efectuada el día 5 de Mayo del 2010 tuvo como finalidad dar a conocer la actividad como Maestrante de la Universidad de Loja y el tema de tesis como es: Implementación de un programa de mejoramiento de la calidad de atención a las embarazadas que se atienden en el Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, periodo 2009-2010.

Se concluye con la aceptación del Director, Coordinadora de la gestión de Enfermería, las Líderes de Consulta externa, Ginecología, Neonatología, Estadística.



1.2. Revisión de las normas y protocolos.

El día 30 de Mayo en el Comedor del Hospital nos reunimos con las líderes de Gineco-Obstetricia, Neonatología, Consulta externa y otras líderes de servicios para revisar las Normas y Protocolos existentes

1.3. Realización del plan y programación para la capacitación y el taller.

Se realizó reuniones frecuentes desde el 08 al 15 de Junio del 2010, con la Líder de Consulta externa para realizar la programación de la capacitación para el personal de salud de la consulta externa, así como para el taller a las embarazadas.

RESULTADO N° 2

EQUIPO DE SALUD CAPACITADO. (MÉDICOS, ENFERMERAS, AUXILIARES DE ENFERMERÍA).

2-1.- Elaboración y envío de oficios.

El 2 de Julio se elaboraron oficios y fueron enviados a Director, Coordinadora de la gestión de Enfermería para la asistencia a la capacitación.

Manta, 02 de Julio del 2010.

Sr. Dr. Rolando Gavilanes

Director del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta.

De mis consideraciones:

Por medio del presente comunico a usted, que se va a realizar una capacitación para el personal de la consulta externa, como requisito para la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud, y cuyo tema es **"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA 2009-2010.**

El cual se llevará a efecto el día 9 de Julio del 2010, en el Comedor del Hospital, a partir de las 08h30 minutos.

Esperando contar con su presencia, le quedo de antemano agradecida.

Atentamente,



Lic. Rocío Acosta Moreira.

MAESTRANTE UTPL.



*Rf 2 Julio 2010
Mant.*

2.2. Elaboración de invitación a la Capacitación.

SE INVITA AL PERSONAL
DE LA CONSULTA
EXTERNA A
**CAPACITACIÓN SOBRE
CONTROL PRENATAL**
QUE SE REALIZARÁ

EL DIA VIERNES 09 DE JULIO DEL
2010.

HORA: 08H30

LUGAR: COMEDOR DEL
HOSPITAL

Lic. Rocío Acosta Moreira
MAESTRANTE UTPL.



2.3. Elaboración del Programa de Capacitación.

El día 8 de Junio se elabora el programa de capacitación sobre aplicación de Normas y Protocolos en la atención prenatal, el cual es dirigido al personal de la consulta externa del HRZ. De Manta.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD, PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HRZ DE MANTA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE NORMAS Y PROTOCOLOS

INTRODUCCIÓN

La muerte materna y la muerte fetal se erigen como dos estrategias propias del subdesarrollo en las que alguna vez como profesionales de la salud hemos sido testigos o protagonistas. Constituyen dos situaciones extremadamente tristes y dolorosas, de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia en el actuar médico.

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizás sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal.

En el transcurso de los últimos años se observa un mejoramiento de las condiciones de salud de la población ecuatoriana, sin embargo, se registran todavía tasas elevadas

de mortalidad neonatal, infantil, materna y general, así como, deficiencias en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y limitaciones presupuestarias.

Con La finalidad de que las normas y protocolos de atención a las embarazadas se dé con calidad, se ha planificado ejecutado y evaluado la capacitación al personal de salud, ya que esto contribuye al mejoramiento de la calidad de atención a las embarazadas.

El desafío es lograr que el embarazo, parto y nacimiento y post parto ocurran en las mejores condiciones para la madre, el niño la familia.

Para dar cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, el Ministerio de Salud Pública trabaja permanentemente para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población ecuatoriana a través de sus servicios de salud, mediante la aplicación de normas y protocolos, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario.

ANTECEDENTES

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 1999-2004 apenas un 57,5% de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales. El cuidado al desarrollo del embarazo de forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

En América latina, la incidencia de la mortalidad materna se da en elevados porcentajes; cada 25 minutos muere una madre.

En Ecuador, en la actualidad, 150 mujeres mueren por cada 100.000 nacidos vivos. Además, el país tiene una población mayoritariamente joven. El 45% son menores de 18 años y el 25% son mujeres en edad fértil.

Las estadísticas señalan que por cada madre muerta hay 30 que sobreviven a las complicaciones, pero sufren algún tipo de discapacidad o problema de salud temporal o permanente.

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP DEL Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado durante el período del embarazo de bajo riesgo. El primer control debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y otro entre las 38 y 40 semanas. El solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal se aceptan como indicadores que reflejan la eficiencia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, están en estrecha relación con determinantes sociales, económicos y demográficos y son el reflejo de la calidad de vida de cada país. La desigualdad entre las naciones, la discriminación y las grandes diferencias sociales aún dentro de un mismo país y región son determinantes que establecen grandes variaciones en la mortalidad materna y perinatal, incluso entre ciudades e instituciones.

A pesar de su enorme validez, la mayoría de los países de América Latina carecen de tasas de mortalidad perinatal confiables, existiendo grandes subregistros y la tendencia a reportar con mayor frecuencia tasas hospitalarias que tienen un amplio rango de variación entre 18 y 40 por mil nacimientos.

Aunque la cobertura del control prenatal ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, es frecuente sin embargo, aún hoy en día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo promedio de controles prenatales por paciente y el llenado incompleto de la historia clínica que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica médica moderna.

Se ha sugerido que un primer paso en el mejoramiento de la atención a la mujer embarazada es un adecuado y cuidadoso control prenatal y el mejoramiento en la calidad de la historia clínica ha demostrado ser eficaz en disminuir la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal.

OBJETIVOS

GENERAL

Capacitar al personal de salud de la consulta externa del HRZ, en lo referente al mejoramiento de la calidad de atención a las embarazadas que acuden al control prenatal.

ESPECÍFICOS

- Diseñar un programa de capacitación, dirigido al personal de la consulta externa del H.R.R.Z.
- Fortalecer el sistema de información (registro) historia clínica perinatal.

METODOLOGÍA

La capacitación se la realizará mediante conferencia y taller.

PARTICIPANTES

La capacitación está diseñada para 20 participantes entre médicos, Licenciadas y auxiliares de enfermería de la consulta externa, ginecoobstetricia, neonatología.

DOCENTE

Maestrante

Obstetriz, Letty Asanza

COORDINACIÓN

La coordinación será con la maestrante, los Directivos de la institución y personal de la consulta externa.

COMPROMISO DEL CURSO

Al finalizar el curso, todos los participantes estarán comprometidos en la aplicación de normas y protocolos de atención prenatal a todas las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano.

MATERIAL A UTILIZAR

Material bibliográfico

Computadora

Infocus

Copias de normas y protocolos maternos.

Fecha: 9 Julio del 2010.

Lugar: Comedor del Hospital

Hora: 08h30

RECURSOS ECONÓMICOS

Propios de la maestrante

EJECUCIÓN

Se realizará el 09 de Julio con una duración de 4 horas.

EVALUACIÓN

Se evaluará por el interés demostrado por los participantes.

Pre y post evaluación.

RESULTADOS ESPERADO

- En la capacitación se logró en un 85% del personal, a que todos no pueden estar presentes, por ser un día de labores y no se puede parar la consulta externa.
- El 80% de las embarazadas que acuden a la consulta externa hasta septiembre del 2010, estarán informadas.
- Se logró motivación en todo el personal de salud que asistió a la capacitación.
- En lo que también se tuvo mucha acogida fue en el taller de motivación a las embarazadas, así mismo salieron muy satisfechas por la charla y los trípticos que se les dio.
- Se espera que estos talleres y capacitaciones se realicen frecuentemente, se le deja la inquietud a la Lic. Fátima Mera Líder del Servicio de la Consulta externa para que se continúe dando y a la vez monitoreando el manejo de los formularios y se de un buen control prenatal, utilizando estándares e indicadores para medir la calidad de atención.
-

2.4. Realización de la capacitación.

Se realizó el día 09 de Julio del 2010.

2.5. Aplicación de los test de conocimiento antes y después de realizada la capacitación.

Se realizó una evaluación pre y post test, para verificar los conocimientos del personal de salud de la consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta.

GRAFICUADRO N° 1

Distribución porcentual de personal Capacitado sobre de Normas y Protocolos en el HRZ de Manta 2010

CAPACITACIÓN DE NORMAS Y PROTOCOLOS	FRECUENCIA	%
Médicos	4	20
Enfermeras	6	30
Auxiliares de Enfermería	10	50
TOTAL	20	100

Fuente: Lista de asistentes

Análisis: Se cumplió con el 100% de los asistentes, aunque el 50% fue de personal de aux. de enfermería, de médicos ginecólogos fue el 20%

GRAFICUADRO N° 2

Distribución porcentual del cumplimiento del llenado del formulario del CONE al personal de salud de la consulta externa del HRZ, en el año 2010.

CUMPLIMIENTO DEL LLENADO DE FORMULARIOS.	FRECUENCIA	%
SI	16	80
NO	0	
A VECES	4	20
TOTAL	20	100

Fuente: Lista de asistencia

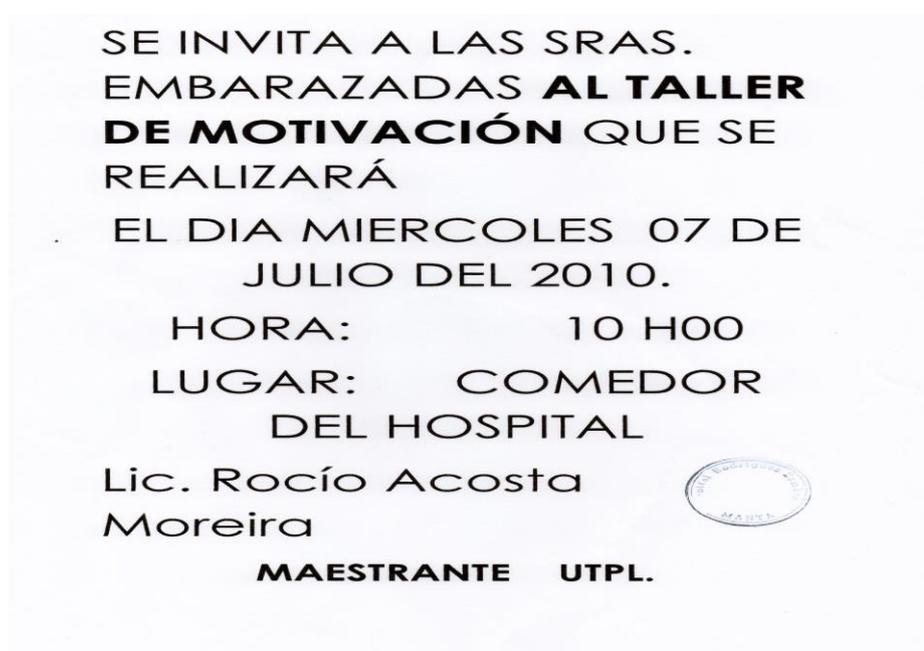
Elaborado por: Lic. Rocío Acosta.

Análisis e interpretación: podemos observar que el 80% ya cumple con el llenado de los formularios correspondientes, aunque el 20% refiere que no les alcanza el tiempo.

RESULTADO N° 3

TALLER DE MOTIVACIÓN A LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HRZ.

3.1.- Elaboración y envío de invitación a Taller de motivación.



3.2. Ejecución del taller de motivación.

Se realizó el día 07 de Julio del 2010.

3.3. Aplicación de test y post test de satisfacción a las embarazadas.

Se realizó encuesta a las participantes antes y después de realizado el taller.

GRAFICUADRO N° 3

Distribución porcentual del Grado de satisfacción de las embarazadas que asistieron al taller de motivación en el HRZ, AÑO 2010.

GRADO DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	%
Muy bueno	28	70
Bueno	12	30
Malo	0	
TOTAL	40	100%

Fuente: Historia clínicas

Elaborado por: Autora

Análisis e interpretación: Se puede observar que el 70% de las embarazadas, contestaron que fue muy adecuado y el 30 % adecuado.

GRAFICUADRO N° 4

Distribución porcentual de la Aplicación de Normas y Protocolos a las embarazadas por el equipo de salud en el área de consulta externa del HRZ año 2010.

APLICACIÓN DE NORMAS Y PROTOCOLOS	FRECUENCIA	%
Aplicaron la norma	48	80
No aplicaron la norma,	12	20
TOTAL	60	100

Fuente: Historia clínicas

Elaborado por: Autora

Análisis: Como podemos observar el 80 % ya aplican la norma en la atención a las embarazadas. El 20 % manifestó que el tiempo no le alcanza para el llenado de tantos formularios.

GRAFICUADRO N° 5

Distribución porcentual de Controles de embarazadas en el HRZ de Manta año 2010.

CONTROLES DE EMBARAZADAS.	FRECUENCIA	%
Primera vez	48	80
Subsecuentes	12	20
TOTAL	60	100

Fuente: Historia clínicas

Elaborado por: Autora

Análisis: Como podemos observar tenemos un 80% de embarazadas que acudieron por primera vez y el 20% de subsecuentes

GRAFICUADRO N° 6

Distribución porcentual de la Aplicación de Normas y Protocolos a las embarazadas por el equipo de salud en el área de consulta externa del HRZ año 2010. Antes de la capacitación.

APLICACIÓN DE NORMAS Y PROTOCOLOS	FRECUENCIA	%
Aplicaron la norma	16	27
No aplicaron la norma,	44	73
TOTAL	60	100

Fuente: Historia clínicas

Elaborado por: Autora

Análisis: Como podemos observar el 80 % ya aplican la norma en la atención a las embarazadas. El 20 % manifestó que el tiempo no le alcanza para el llenado de tantos formularios,

GRAFICUADRO N° 7

Distribución porcentual de la Edad de las embarazadas atendidas con la aplicación de normas y protocolos en los meses de Agosto y Septiembre del 2010.

EDAD DE LAS EMBARAZADAS	FRECUENCIA	%
De 15 a 19 años	16	27
De 20 a 24	14	23
De 25 a 30	20	33
De 30 y más	10	17
TOTAL	60	100

Fuente: Historia clínicas prenatales

Elaborado por: Autora

Análisis e interpretación: Como podemos observar tenemos un porcentaje alto de Madres adolescentes con un 27% y de un 33%

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES CON LOS RESULTADO

RESULTADO 1.-

Médicos, Enfermeras y Auxiliares de enfermería capacitados.

INDICADORES.-

Hasta el 9 de Julio del 2010 realizada la capacitación al personal de la consulta externa.

Se cumplió con el 85 % de la capacitación y se tuvo la asistencia del 85% del personal de salud de la consulta externa del HRZ,, superando la meta establecida, el nivel de satisfacción de los participantes fui muy alto, así lo demuestra las encuestas de satisfacción.

Para su verificación se cuenta con las evidencias fotográficas, registros, plan de capacitación que se anexan.

RESULTADO 2.-

Aplicación de normas y protocolos, Ley de maternidad gratuita en la atención a la embarazada, por el equipo de salud del HRZ.

INDICADORES.-

Desde el 5 al 30 de Mayo del 2010, se llevó a cabo reuniones con personal de la consulta externa, líderes y gerente de la institución.

Se cumplió con un 100% en la revisión de normas y protocolos existentes así como la programación de la capacitación al personal de salud de la consulta externa y del taller de motivación a las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

RESULTADO 3.-

Embarazadas que acuden al control prenatal informadas y motivadas.

INDICADORES.-

Hasta el 7 de Julio del 2010 el taller de motivación a las embarazadas que asisten al control prenatal en el HRZ,

Se cumplió con el 80% de motivación e información a las embarazadas que asistieron al taller y se tuvo la asistencia del 80 % de las mismas,

Para su verificación se cuenta con las evidencias fotográficas, registros, plan de capacitación que se anexan.

EVALUACIÓN DEL PROPÓSITO

PROPÓSITO

Atención de las embarazadas aplicando normas y protocolos, ley de maternidad gratuita y atención a la infancia.

A Septiembre del 2010 el 90% de las embarazadas que acuden a la consulta externa del HRZ, reciban atención prenatal basadas en normas y protocolos.

El Equipo de salud de la consulta externa, el Director del Hospital y Las Líderes, comprometidos y participando en la aplicación de normas y protocolos, para mejora la calidad de atención a las embarazadas que acuden a su control prenatal.

EVALUACIÓN DEL FIN

FIN

Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de las embarazadas y neonatos en el HRZ de Manta.

La incidencia de niños prematuros y de bajo peso disminuido del 40 al 20%, a Septiembre del 2010.

Se espera crear conciencia en las madres gestantes para que realicen su control ya que en la actualidad, el porcentaje es de más del 20% de madres adolescentes, por ende traen niños prematuros y de bajo peso.

10. CONCLUSIONES

1. El 85% del personal de la Consulta Externa del HRZ, asistió a la programación prevista.
2. La asistencia de las madres que participaron en el taller de motivación fue de un 80%, Se tuvo buena acogida por lo que fue necesario realizar una réplica a los 7 días de realizado el taller.
3. La satisfacción de las madres que asistieron al taller de motivación y que respondieron que era muy bueno fue del 70 por ciento y de bueno el 30%
4. Se ha demostrado la eficacia de la orientación, capacitación y formación como un medio necesario para mejorar el control prenatal, mediante la aplicación de normas y protocolos a las embarazadas que asisten al control en el HRZ.
5. Se logró implementar en los consultorios ginecológicos las normas y protocolos.
6. Se realiza monitoreo de historias clínicas, utilizando estándares e indicadores para medir la calidad de la atención materno neonatal.
7. Se logró la aplicación del 90% de Normas, Protocolos en la atención prenatal.

12. RECOMENDACIONES

1. Coordinar con los servicios de ginecoobstetricia y neonatología, para la educación a las madres que acuden a estos servicios.
2. Medir el impacto que se va teniendo con el fortalecimiento de las capacitaciones.
3. Buscar estrategias para que el personal de salud cumpla con las normas y protocolos en la atención prenatal, según el MSP.

1La participación del personal de Salud debe ser en forma permanente, tanto para su formación continua respecto a los conocimientos en lo referente a control prenatal y ayudar a detectar problemas tanto maternos como neonatales.

2Monitorear frecuentemente el programa mediante supervisiones del programa, aplicando los estándares e indicadores de calidad.

12. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- INEC. (2010). IV. Censo de población y vivienda, 2010, Manabí- Ecuador, Recuperado (11-08-2010), Disponible en: <http://www.inec.gov.ec>.
- 2.-GORDON, B. (1994). AVERY.-Neonatología Fisiología y Manejo del recién nacido. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- 3.- Ministerio de Salud Pública. (2007). LEGISLACIÓN CODIFICADA.- Régimen de la Salud. Quito: Corporación de estudios y publicaciones.
- 4.- CARRERA, JM; MALLAFRÉ, J; SERRA, B. (2006). Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal. Barcelona: Masson.
- 5.- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2008). Componente Normativo Materno. Conasa. Quito.
- 6.-DEACON, J; O´ Nelly, P. (2001). Cuidados intensivos de enfermería en neonatos. Ed. M C Graw-Hill Interamericana. México.
- 7.- Hospital Rafael Rodríguez Zambrano. (2009). Manual del Servicio de Consulta externa.
- 9.- ÁLVAREZ DE MON, Cardona Soriano y Otros. (2001). *Paradigmas del Liderazgo.Madrid*. Ed. McGraw-Hill.
- 10.- García, G; Alfredo Eduardo. *Motivación Individual*. www.universidadabierta.edu.mx
- 11.- Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Medicina Reproductiva (CLAP). (2009). Disponible en <http://www.clap.ops.oms.org>.

12.- ONU. (2009). Objetivo reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. Recuperado: /02/06/2009). Disponible en www.un.org/spanish/millenniumgoals/childreath. Shtml.

13.- VÉLEZ Gomes, MP; Barros, FC; Echavarría-Restrepo, LG, Hormaza Angel, MP. (2006). Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: Unidad de atención y protección Materno Infantil de la clínica universitaria Bolivariana. Rev. Colomb. Gineco obst, Colombia.

14.- FERNÁNDEZ, LS; Carro Puig, E; Oses Ferrera, D; Pérez Piñero, J. (2004). Caracterización de las gestantes adolescentes. Revista Cubana, Obstetricia y Ginecología. Recuperado: (07/09/2007) Disponible en: [http//scielo, sld. Cu/scielo.php=prod=SC838-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?prod=SC838)

15.-MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2008). Programa Nacional de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Quito.

16.- GERMÁN GÓMEZ. Llera y José Ramos.(2001) Dirigir es educar.- Mc Graw.Hill. Pensamiento, sentimiento, actitud, autoimagen, creencias, valores, conocimientos, capacidad. Habilidades. Motivación, acción, hábito, forma de vida, excusa. Madrid.

17.- ATS/DUE SAS Temario 1. Centro de Estudios Adams. Ediciones Valbuena S.A. Madrid. ISBN.84-8303-225-2.

18.- OSTIGUÍN Meléndez. Rosa María, Velásquez Hernández, Silvia de la Luz (2001). Teoría general del defecto de auto cuidado.- guía básica ilustrada. El manual moderno OCLC. 47250013-ISBN.

19.- PETRI, H.L. y Govern, J.M. (2006). *Motivación. Teoría, investigación y aplicaciones*. Tromson. México.

- 20.- PALMERO, F.; Fernández-Abascal, E.G.; Martínez, F. y Chóliz, M. (2002). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. McGraw Hill. Madrid.
- 21.- AVENDARO, O. (2002). "Tratamiento preventivo y conducta obstétrica en el parto prematuro". Chile. www.scielo.cl/pdf/rcp/v27n1/art03.pdf.
- 22.- ROSSEL C., Katherine; CARRENO, Tamara y MALDONADO, María Estela. (2002). Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. Chile.
- 23.-CARVAJAL C., Jorge y VERA P-G., Claudio. (2005) Evaluación de un test rápido para medición de fibronectina fetal en la predicción de parto prematuro. Rev. chil. obstet. Ginecología. Chile..
- 24.- CABEZAS C. (2001). La calidad de vida de los profesionales. FMC 2000; Quito.
- 25.- ALONSO et al. ,(2005) La Evolución del Peso al Nacer en España (1981-2002) y su relación con las Características de la Reproducción. España-
- 26.- POTTER y Perry, (2000). Fundamentos de Enfermería, teoría y práctica, 4ta Edición. USA.
- 27.- UNDEN Linda, (2002). Cuidados Intensivos en Enfermería, Harcourt Brace. México.
- 28.- Ministerio de salud pública del Ecuador.(2008). MSP. QAP/USAID. Curso de Capacitación Clínica en Cuidado Obstétrico Esencial (CONE)/Complicaciones obstétricas y neonatales. Guía del capacitador/Guía del Profesional. Quito.

- 29.- ISHIKAWA, Kaoru, (2001). ¿Qué es el control total de calidad?, Editorial Norma, Colombia.
- 30.- BONE Diane y Griggs Rick, Calidad en el trabajo, Ediciones Gravica, México.
- 31.- HRZ, Manual Orgánico funcional.- Subdirección médica.
- 32.-CAMILA Chaparro Chessa Lutter/ A Virginia Camacho Hubner. Prácticas esenciales del parto para la salud y la nutrición de la madre y el recién nacido. 2007-11-01. www.paho.org/Spanish.
- 33.- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.(2001). Indicadores Básicos de Salud Ecuador. Quito.
- 34.- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. (2005) Encuesta Demográfica de Salud materna e infantil ENDEMAIN-2004, Ecuador
35. Organización Panamericana de la Salud. (2001). *La salud de los adolescentes y jóvenes en las américas: un compromiso con el futuro* (OPS). Washington.
36. Organización Panamericana de la salud.(2008) Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/SMR OPS/OMS. www.clap.ops.oms.org.
37. SÁNCHEZ Linares, A; Sanz Penon, C. (2001). Protocolizar las actividades de enfermería. Rev. Rol de la Enfermería,24(1):65-68.
38. Ministerio de Salud Pública (2006) Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia. UELMGAI. Quito disponible en www.maternidadgratuita.gob.ec.



REPÚBLICA DEL ECUADOR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Sistema Nacional de Salud

**COMPONENTE NORMATIVO
MATERNO NEONATAL**

COMPONENTE OBSTETRICO

La Salud Ya es de todos ...
La Salud Ya es de todos ...
La Salud Ya es de todos ...

INDICE

Autoridades del MSP.

Directorio del Consejo Nacional de Salud.

Colaboradores en la construcción del documento

Indice

Control Prenatal

Complicaciones Medicas Del Embarazo

Anemia ferropénica durante el embarazo

Diabetes y embarazo.

Infección de las Vías Urinarias:

- . Bacteriuria asintomática
- . Cistitis aguda
- . Pielonefritis

Trastornos hipertensivos gestacionales.

- . Hipertensión crónica
- . Hipertensión crónica más Preeclampsia.
- . Hipertensión gestacional
- . Preeclampsia – eclampsia – síndrome de HELLP.

Manejo de las complicaciones de los trastornos hipertensivos gestacionales:

- . Hematoma subcapsular hepático.
- . Coagulación intravascular diseminada (CID).
- . Edema agudo de pulmón.
- . Insuficiencia renal aguda.

Complicaciones Hemorrágicas en el embarazo

Hemorragia y Shock hipovolémico en Obstetricia

Sangrados de la primera mitad de la gestación

. Aborto

- o Amenaza de aborto
- o Aborto en curso o inevitable
- o Aborto incompleto
- o Aborto completo
- o Aborto diferido
- o Aborto séptico
- o Embarazo ectópico
- o Enfermedad trofoblástica gestacional.

Hemorragias de la segunda mitad de la gestación

- . Placenta previa
- . Desprendimiento prematuro de placenta normoinseria (DPPNI).
- . Rotura uterina.

Hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto

- . Atonia hipotonía uterina
- . Retención de placenta o fragmentos placentarios
- . Inversión uterina
- . Desgarros cervicales, vaginales y perineales

Complicaciones del Curso del Embarazo

Ruptura prematura de membranas (RPM).

Trabajo de parto pretérmino.

Embarazo Prolongado

Compromiso del bienestar fetal

Muerte fetal.

Atención del parto norma

Atención del Parto Distocico

Inducción y Conducción del trabajo de parto

Parto distócico

Parto en pelviana

Prolapso y procúbito de cordón umbilical.

Cesárea

Parto vaginal después de cesárea

Complicaciones del Puerperio

Infección y fiebre puerperal.

- . Mastitis puerperal.
- . Infección de las heridas perineales o abdominales.
- . Endometritis puerperal.

Anexos

Glosario y Definiciones Perinatales

Listado de medicamentos de salud materna

Abreviaturas

Documentos ministeriales relacionados y Bibliografía general

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MATERNO PERINATAL.

DEFINICIONES

REFERENCIA	Es el proceso estructurado de envío de la paciente de un nivel de atención a otro superior en tecnicidad y competencia.
CONTRAREFERENCIA	Es el proceso inverso a la referencia, es decir el retorno de la paciente del nivel superior en que fue atendida al nivel de origen para su seguimiento (con información por escrito en la hoja de epicrisis).
TRANSFERENCIA	Es el transporte físico de la paciente de una unidad a otra. Siempre debe realizarse con la paciente estabilizada y en las mejores condiciones que permita la patología por la que se transfiere a otra unidad.
REFERENCIA INVERSA	Es el proceso cuando el nivel superior envía a una paciente al nivel inferior con la debida información, sin que este paciente haya pasado por el nivel inferior. Generalmente se da después de una autorreferencia o sirve para corregir el funcionamiento del sistema.

TIPOLOGIA DE LAS UNIDADES OPERATIVAS.

Para la provisión de los servicios de salud se establecen tres niveles de complejidad en la atención que en el contexto de esta publicación se los identifica por colores para su mejor aplicación:

O Primer Nivel: servicios de atención ambulatoria.

O Segundo nivel: servicios de atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel.

O Tercer nivel: servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización.

DESCRIPCION DE LAS UNIDADES OPERATIVAS POR NIVEL DE ATENCION.

	UNIDAD OPERATIVA.	TIPO DE ATENCION. EQUIPO (E).	UBICACIÓN.
NIVEL I	Puesto de salud	Ambulatoria. E: Auxiliar de enfermería.	Rural. Población <2000 habitantes.
	Subcentro de salud	Ambulatoria. E: Médico Odontólogo. Enfermera o Auxiliar de enfermería.	Cabeceras parroquiales. Población >2000 habitantes.
	Centro de Salud	Ambulatoria. E: Médico Odontólogo. Enfermera o Auxiliar de enfermería. Laboratorio. Imagen.	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
NIVEL II	Hospital Básico	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
	Hospital General	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y cabecera cantonal con mayor concentración poblacional.
NIVEL III	Hospital especializado	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y ciudades con mayor desarrollo y concentración poblacional.
	Hospital de especialidades	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y ciudades con mayor desarrollo y concentración poblacional.

La ley del Sistema Nacional de Salud, garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de atención integral de salud, a través de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.

La Normativa Nacional de Salud Reproductiva debe ser cumplida por todas las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud, la homologación de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud se presenta en el siguiente cuadro:

SERVICIOS INSTITUCION	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
MINISTERIO DE SALUD	 P.S.  S.C.S.  C.S.	 HOSP. BASIC.  HOSP. GEN.	 HOSP. ESP.  HOSP. ESPEC.
SEGURIDAD SOCIAL	 D.S.S.C.  Un.ALA  C.ALA	 HOSP. NIV. I  HOSP. NIV. II	 HOSP. TERCER NIV.
FUERZAS ARMADAS	 DISPENSARIO  POLICLINICO	 CLINICA  HOSP. BRIGADA	 HOSP. GENERAL
POLICIA	 S.C.S.  C.S.	 HOSP. PROV.	 HOSP. NAC.
MUNICIPIO	 DISPENSARIO  C.S.	 HOSP. PATRONATO	
ORGANISMOS NO GUBERNAMENT.	 DISPENSARIO  COMITE	 HOSP. LOCAL	 HOSP. ESP.  HOSP. ESPEC.
SERVICIOS PRIVADOS	 CONSULTORIO  C. MEDICO	 CLINICA-POLICLIN.	 HOSPITAL  CLIN. ESPEC.

JCL/36-11-06

P.S. Puesto de Salud
 S.C.S. Subcentro de Salud
 C.S. Centro de Salud
 C.ALA. Centro de Atención Ambulatoria

Un.ALA. Unidad de Atención Ambulatoria
 HOSP. ESP. Hospital de Especialidades
 HOSP. ESPEC. Hospital Especializado

Nota: 1.- En el MSP, Consejo Provincial y algunos municipios disponen de unidades móviles para la prestación de atención ambulatoria y son homologables a S.C.S.
 2.- La Junta de Beneficencia y SOLCA se incluyen dentro de las organizaciones no gubernamentales

**PREMISAS BASICAS PARA LA REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA MATERNO PERINATAL.**

CADA UNIDAD OPERATIVA DEBE CONOCER SU CAPACIDAD DE RESOLUCION PARA NO DEMORAR LA REFERENCIA Y HACERLA DE MANERA ADECUADA Y OPORTUNA.

TODA PACIENTE QUE PRESENTE CUALQUIERA DE LOS SIGNOS O SINTOMAS DE ALERTA O ES CLASIFICADA COMO DE RIESGO DEBE REFERIRSE DE FORMA INMEDIATA AL NIVEL DE RESOLUCIÓN SUPERIOR PARA ASEGURAR UN CONTROL ADECUADO DEL BIENESTAR MATERNO – FETAL

SE UTILIZARA EL CARNE PERINATAL, COMO DOCUMENTO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA INSTITUCIONAL DURANTE LA ETAPA PRENATAL.

EL MEJOR MEDIO DE TRANSPORTE DE UN PRODUCTO POR NACER ES EL UTERO MATERNO

SI EL CASO IMPLICA RIESGO MATERNO PERINATAL NO OLVIDE ENVIAR POR ESCRITO LA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, LOS EXÁMENES PRACTICADOS Y EL MOTIVO DE LA REFERENCIA.

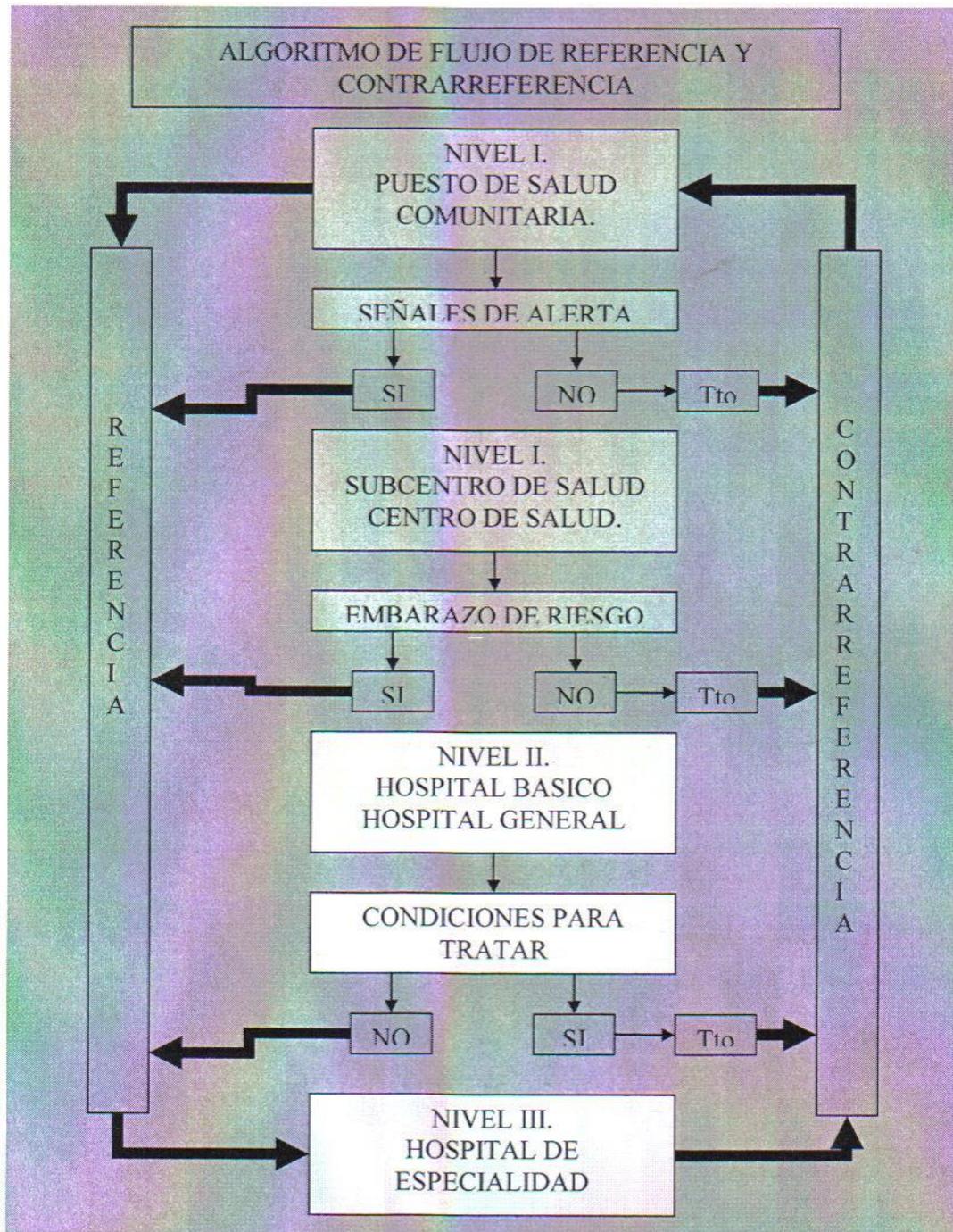
SI UNA REFERENCIA O TRANSFERENCIA PUDIERA REPRESENTAR DEMORA EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA EN LO POSIBLE ATENDER EL CASO EN LA MISMA UNIDAD DE ORIGEN

SI EL PARTO ES INMINENTE SE DEBE ATENDER A LA EMBARAZADA Y A SU HIJO-A EN LAS MEJORES CONDICIONES ANTES DE PROCEDER A LA TRANSFERENCIA

PROTOCOLO DE MANEJO PARA REALIZAR UNA REFERENCIA MATERNA O PERINATAL.			
PASOS A SEGUIR (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
ANTES DEL TRANSPORTE.			
1. Coordine con los responsables del lugar de destino la condición y diagnóstico probable de la paciente, necesidades especiales, hora de salida y hora probable de llegada.	X	X	
2. Coordine con los responsables de la familia, brinde información constante a la paciente, su acompañante y obtenga la autorización para la transferencia.	X	X	
3. Coordine con los responsables del vehículo de transporte el tipo y acondicionamiento de la transferencia.	X	X	
4. Coordine con los responsables del cuidado materno y perinatal la estabilización, equipo y personal que irá con la paciente.	X	X	
5. Preparar a la paciente para el viaje, corrija condiciones agudas (hipoxia, hipoglicemia, hipotensión, apnea, convulsiones, neumotórax).	X	X	
6. Verifique que la paciente tenga vía endovenosa permeable, temperatura y oxigenación adecuadas a lo largo del transporte.	X	X	
7. Registrar los signos vitales por última vez en la unidad operativa de referencia y regístrelos en la hoja de referencia.	X	X	
8. Verifique que todo el material y el equipo médico estén listos.	X	X	
9. Envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	
10. Coloque a la paciente en la camilla de transporte para trasladarla hasta el vehículo.	X	X	
DURANTE EL TRANSPORTE:			
11. Mantenga la temperatura en la paciente.	X	X	
12. Mantenga la ventilación y oxigenación adecuadas.	X	X	
13. Mantenga la vía endovenosa permeable.	X	X	
14. Solucione problemas agudos que se presenten y regístrelos en la hoja de referencia.	X	X	
DESPUES DEL TRANSPORTE:			
15. Dejar el material y el equipo listos para un nuevo traslado.	X	X	

PROTOCOLO DE MANEJO PARA RECIBIR UNA REFERENCIA MATERNA O PERINATAL Y REALIZAR UNA CONTRARREFERENCIA.			
PASOS A SEGUIR (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
ANTES DE LA RECEPCION.			
1. Coordine con los responsables del lugar de origen la condición y diagnóstico probable de la paciente, necesidades especiales, hora de salida y hora probable de llegada.		X	X
2. Coordine con los responsables de la recepción los cuidados maternos y perinatales que se ofrecerán para facilitar su acceso.		X	X
3. Preparar la sala de recepción, equipos, insumos y personal necesario.		X	X
DURANTE LA RECEPCION:			
4. Instale conveniente a la paciente en la camilla de la unidad receptora.		X	X
5. Reciba los documentos de referencia e infórmese de los datos clínicos relevantes		X	X
6. Coordine con las diferentes áreas de la unidad para la derivación de atención más apropiada.		X	X
7. Explique a los familiares de la paciente las acciones a seguir, brindando apoyo a todo momento.		X	X
DESPUES DE LA RECEPCION:			
8. Brinde tratamiento etiológico adecuado a la paciente hasta que esté en condiciones de alta.		X	X
9. Mantenga la comunicación con la paciente, sus familiares, partera y entre las unidades referentes y receptoras		X	X
10. Contrarrefiera a la paciente a su unidad operativa de origen cuando considere oportuno, seguro y conveniente.		X	X
11. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X
12. Instruya a la madre sobre la inscripción oportuna del recién nacido en el Registro Civil local.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES.



BIBLIOGRAFIA.

- Documentos ministeriales relacionados.
- Bibliografía Básica.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA OBSTETRICA:

- MSP. Normas y procedimientos para la atención de salud reproductiva. Ecuador 1999.
- MSP Proyecto MODERSA. Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y usuarios. MSP. Abril 2004.
- MSP. CONASA Subcomisión de Prestaciones. Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. MSP 2006.
- Villar J, Carroli G, Khan-Neelofour D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3,2002. Oxford: Update Software.
- Guía Básica para la Atención y Manejo de las Emergencias Obstétricas por Niveles de Complejidad. MSP – UNFPA – OPS. Dirección Ecuador. 1996.

CONTROL PRENATAL

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O28	HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE
O28.0	Hallazgo hematológico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.1	Hallazgo bioquímico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.2	Hallazgo citológico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.3	Hallazgo ultrasónico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.4	Hallazgo radiológico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.5	Hallazgo cromosómico o genético anormal en el examen prenatal de la madre
O28.8	Otros hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre
O28.9	Hallazgo anormal no especificado en el examen prenatal de la madre
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 29	Otros signos, síntomas del embarazo – parto - puerperio
W 78	Embarazo
W 79	Embarazo no deseado

DEFINICION

CONTROL PRENATAL	<p>Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.</p> <p>Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.</p>
EMBARAZO DE BAJO RIESGO O NORMAL	Aquel que no cursa con criterios de riesgo. Atención en Nivel I.
EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO	Aquel que cursa con criterios de riesgo (ver tabla). Atención en Nivel II o III.
CRITERIOS DE RIESGO	Los signos de alerta de la historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 tienen cuadrícula de fondo amarillo, su marcación en la HCU permiten canalizar la referencia y contrarreferencia de las embarazadas según el nivel de complejidad (Protocolo de Referencia y Contrarreferencia).

ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL

1. COMPLETO E INTEGRAL

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.
- ATENCIÓN DE:
 - riesgo nutricional.
 - detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
 - maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
 - infecciones de transmisión sexual.
 - consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
 - enfermedades buco – dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

2. PRECOZ

- El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

3. ENFOQUE INTERCULTURAL

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

4. PERIODICO

- Toda mujer embarazada de **BAJO RIESGO** deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del **CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.**
- **NIVEL MINIMO EFICIENTE: 5 CONTROLES.**
 - Uno en las primeras 20 semanas.
 - Uno entre las 22 y 27 semanas.
 - Uno entre las 28 y 33 semanas.
 - Uno entre las 34 y 37 semanas.
 - Uno entre las 38 y 40 semanas

5. AFECTIVO

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

MÍNIMO PARA TODOS LOS NIVELES (I-II-III) DE ATENCION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

“Disminuir el número de visitas prenatales de rutina no expone a problemas de salud a la mujer embarazada o a su hijo/a, pero puede reducir la satisfacción de la mujer con los cuidados”

ACTIVIDADES PARA NIVELES I II III	MENOR DE 21 SEMANAS O PRIMERA CONSULTA	SEMANAS				INSTRUCTIVO PARA NIVELES I – II – III
		22 a 27	28 a 33	34 a 37	38 a 40	
1. Apertura de historia clínica perinatal base y el carné perinatal.	X					<ul style="list-style-type: none"> Llene de forma correcta y completa todos los casilleros. Clasifique por riesgo para la correspondiente atención por niveles. Instruya a la gestante para que lleve el carné a todas las consultas de cualquier servicio de salud a nivel nacional.
2. Detección de factores de riesgo.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Promueva los dos primeros controles prenatales antes de las 20 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías. Determine la necesidad de referencia y contrarreferencia al nivel superior.
3. Anamnesis, revisión de aparatos y sistemas, examen físico general.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Realice un examen clínico general en decúbito dorsal en todos los controles, más exhaustivo en la primera consulta. Diagnóstico y tratamiento o referencia de patología obstétrica Manejo de las molestias propias del embarazo
4. Estimación de la edad gestacional o diagnóstico (<12 sem)	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Cálculo de las semanas de amenorrea por FUM, Regla de Naegele, tabla obstétrica o ultrasonido si amerita
5. Determinación de la presión arterial	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Si TA mayor a 140 la tensión sistólica o mayor a 90 la presión diastólica, considere trastorno hipertensivo gestacional.*
6. Medición del peso	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Registre el peso en cada consulta prenatal en el Normograma que consta en el carné perinatal para determinar desviaciones de la curva normal. Considere sobrepeso, Preeclampsia,* Embarazo múltiple o polihidramnios si la ganancia es exagerada. Considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal* si es menor a lo esperado.

7.	Medición de la talla	X					<ul style="list-style-type: none"> Tallas menores a 1.40 m hacen sospechar la probabilidad de desproporción céfalo pélvica.*
8.	Evaluación del estado nutricional	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Clasifique la relación Peso/Talla de la mujer (%) que consta en el Normograma del carné perinatal para ubicar a la embarazada en las zonas: A: bajo peso, B: Normal, C: sobrepeso, D: obesidad. Si no es adecuada considere suplementación.
9.	Examen de mamas	X					<ul style="list-style-type: none"> Indique cuidados apropiados del pezón y las mamas: no cepillado, no cremas, no jabones. Informe sobre promoción de lactancia materna.
10	Toma de Papanicolau	X					<ul style="list-style-type: none"> En la primera consulta independientemente de la edad gestacional.
11	Evaluación clínica de la pelvis					X	<ul style="list-style-type: none"> Determine una vez sobre la semana 36 la relación céfalo pélvica. Descarte desproporción céfalo pélvica según valoración de la pelvis femenina (Ver en Anexo 2 del capítulo de Atención del Parto). Refiera si se confirma patología
12	Medir la altura uterina	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Use la cinta métrica perinatológica para medir desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. De semana 18 a semana 30 tiene mayor sensibilidad esta medida, sobre esta semana disminuye su valor. Si la medida es menor a la edad gestacional, considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal*. Si la medida es mayor a la edad gestacional considere error de cálculo, embarazo múltiple o polihidramnios.
13	Diagnóstico de la situación, posición, presentación fetal y condiciones cervicales.					X	<ul style="list-style-type: none"> Realice maniobras de Leopold. Aplique la evaluación del cuello con el Índice de Bishop (ver Anexo 1 Capítulo de Atención del Parto). Desde la semana 36 es necesario anticipar un plan de parto por cesárea según desviaciones de la normalidad.
14	Auscular latidos cardíacos fetales	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Normal entre 120 a 160 latidos por minuto. Ausculte con doppler desde las 12 semanas. Ausculte con estetoscopio o corneta de Pinard desde la semana 18 – 20. Si ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal*. Confirme por ecografía.
15	Movimientos fetales (>20 semanas)		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Valore por percepción materna certera o por el examen del proveedor desde semana 20. Si ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal* Valorar bienestar fetal por cualquier medio: registro de FCF, monitoreo electrónico fetal, ultrasonografía.
16	Evaluación ecográfica		X		X		<ul style="list-style-type: none"> En embarazo de bajo riesgo solicite entre las 20 y 24 semanas. De tener disponibilidad entre las 11 y 14 semanas, entre las 20 y 24 semanas y entre las 32 y 34 semanas.

							<ul style="list-style-type: none"> ▪ No solicitarla de rutina. Debe contribuir a la toma de decisiones.
17	Determinación de Hb, Hto, biometría hemática	X		X			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determine anemia* y/o parámetros hematológicos de infección. ▪ Solicite antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas.
18	Determinación TP, TTP, Plaquetas	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si están alterados sospeche Síndrome de HELLP* o discrasias sanguíneas.
19	Determinación de creatinina, urea	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración de la función renal, si alterados sospeche trastorno hipertensivo gestacional* o nefropatía.
20	Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh	X					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospeche incompatibilidad o isoimmunización* si la embarazada es Rh negativa y tiene un recién nacido/a Rh positivo, o en aborto de madre Rh negativa. ▪ Solicite test de Coombs indirecto en estos casos.
21	Detección de diabetes gestacional*	X		X	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición del nivel de glicemia una hora después de administrar una sobrecarga de 50 g. de glucosa (Test de O' Sullivan). ▪ No se requiere de ayuno previo, puede ser tomado a cualquier hora del día y no es necesario el valor de la glicemia en ayunas. ▪ En la primera consulta y entre las semanas 24 a 28 y 32 a 35.
22	Detección de sífilis.	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si VDRL positivo solicite prueba confirmatoria de laboratorio (RPR).
23	Prueba de ELISA o prueba rápida para VIH	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Previo consentimiento informado, si resultado es positivo remita a nivel III de especialidad según Protocolo de VIH y Embarazo.
24	Elemental y microscópico de orina y cultivo de orina	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ En todas las embarazadas en su primer control sin importar las semanas de gestación, entre las 12 a 16 semanas del embarazo y en el tercer trimestre. ▪ El urocultivo es el examen de elección para el tamizaje de bacteriuria asintomática* durante la gestación y para la confirmación de una sospecha clínica de cistitis o pielonefritis aguda.*
25	Proteinuria en tirilla	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si nitritos +, sospeche infección urinaria. ▪ Si proteinuria +, sospeche trastorno hipertensivo gestacional.*
26	Ig M – IgG STORCH	X					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si positivos sospeche compromiso fetal.
27	Cultivo anogenital 35 – 37 semanas					X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screening de infección por Estreptococo agalactiae B y prevención de sepsis neonatal. ▪ Realizar a partir de la semana 35 a 37 de gestación. ▪ Si resultado es positivo administrar: ▪ Ampicilina 2 g. IV dosis inicial y luego 1 g. IV cada 4 horas hasta el parto. ▪ Alternativa: no hacer cultivo y tratar a todas las mujeres intraparto con antibióticos si: parto < de 37 semanas de

							gestación, rotura de membranas de más de 18 horas o temperatura de 38° C o más.
28	Prescripción de Hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg)		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Profiláctico o Terapéutico (Ver anemia en el embarazo). Si valores de Hb no sugieren anemia diferir la toma de Hierro hasta la semana 20.
29	Prescripción de ácido fólico 1 tableta de 1 mg diario hasta las 12 semanas (Dosis requerida: 0,4 mg)	X					<ul style="list-style-type: none"> Como prevención primaria poblacional de defectos del tubo neural. El ácido fólico debe administrarse 2 - 3 meses preconcepcional. Si la paciente tiene antecedente de producto con defectos del tubo neural o es epiléptica tratada con ácido valpróico o carbamazepina o en mujeres diabéticas Tipo I y Tipo II administrar 4 mg VO diarios. En el país se comercializan las tabletas de 1 y 5 mg únicamente.
30	Administración de complementos alimentarios	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Ubique en la curva de incremento de peso del carné perinatal la zona en la que se encuentra la paciente.
31	Educación y consejería sobre planificación familiar y derechos reproductivos.				X	X	<ul style="list-style-type: none"> Involucre al padre en todas las actividades durante cada consulta prenatal o visita domiciliaria. Brinde consulta de consejería sobre planificación familiar con el objeto que la pareja escoja y defina el método que usarán inmediatamente después del parto. Exija el llenado de la hoja de consejería de la Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Grupos de apoyo a gestantes: hacer énfasis en la importancia de la salud reproductiva con enfoque en género, generacional, derechos, violencia e interculturalidad. Oriente en el cuidado prenatal y del recién nacido.
32	Consejería en estilos de vida saludables: ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad y recreación.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> LACTANCIA: Incentivar la participación en los grupos de apoyo a la lactancia materna.* EJERCICIO: mantener un nivel de ejercicio moderado, bajo la recomendación y dirección de un/una proveedor/a de salud calificado en psicoprofilaxis del parto. REPOSO: Preferir durante el descanso el decúbito lateral izquierdo. NUTRICION: mantener alimentación rica en calcio, hierro, ácido fólico, que cubra las necesidades gestacionales. SEXUALIDAD: coito permitido excepto en embarazo de riesgo. RECREACION: Uso obligatorio de cinturón de seguridad que sujete hombros y cadera durante el uso de automotores. Viajes bajo autorización médica. Prendas de vestir cómodas, no ajustadas. EVITAR LA AUTOMEDICACION.
33	Recomendacio	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> LACTANCIA: Incentivar la participación en los grupos de

	nes para la lactancia						apoyo a la lactancia materna.
34	Examen odontológico	X					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desde la primera consulta independientemente de la edad gestacional. ▪ En caso de radiografía debe usarse mandil de plomo para protección si es menor de 12 semanas.
35	Verificación, indicación o registro de vacunación antitetánica	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo más precoz posible en el embarazo. ▪ 1ra dosis: en cualquier semana de gestación. ▪ 2ª dosis: aplicar con intervalo no mayor de 6 ni menor de 4 semanas. ▪ Dosis de Refuerzo: luego de 1 año o en cada embarazo siguiente en cualquier semana si son menos de 5 años de la última vacunación. Si son más de 5 años repetir el esquema completo.
36	Preparación para el parto				X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programar con la paciente y su pareja el tipo de parto que se espera. ▪ EDUCACION ANTENATAL sobre las características del parto y la concurrencia oportuna al lugar de atención, reduce el número de visitas por falso trabajo de parto.
37	Programar las consultas subsecuentes y registrar la fecha en la hoja de control y en el carné materno.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegúrese con calidad y calidez que la paciente entienda claramente las instrucciones. ▪ Registre la fecha de su próximo control claramente. ▪ Prepare con la paciente el plan de parto según clasificación de riesgo.

* Ver capítulo correspondiente.

BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO CONTROL PRENATAL:

- Mangesi L, Hofmeyr GJ, Estimación del movimiento fetal para la evaluación del bienestar fetal. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
- Makrides M, Duley L, Olsen SF, Administración de suplementos de aceite marino y otros precursores de prostaglandinas durante el embarazo sin complicaciones por preeclampsia o retardo del crecimiento intrauterino. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
- Gülmezoglu AM, Intervenciones para la tricomoniasis en el embarazo. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
- Smaill F, Antibióticos durante el parto para la colonización por estreptococos del grupo B. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
- Martin, R.M; Gunnell, D; Smith, G.D. Breastfeeding in Infancy and Blood Pressure in Later Life; Systematic Review and Meta-Analysis. Am J. Epidemiol. 2005; 161: 15-26.
- Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal, Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization. Maternal and newborn health. 2004.
- Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud y del Ambiente de Bucaramanga. Estadísticas vitales, 2004
- Creasy R, Resnik K. Maternal-fetal medicine. Principles and practice. Boston, Saunders-Elsevier, 5º ed, 2004.
- Sikorski, J; Renfrew, M.J; Pindoria, S; Wade, A. Support for breastfeeding mothers. Cochrane review. The Cochrane library, issue 1, 2003.
- Renfrew, M.J; Lang, S; Woolridge, M.W. Early versus delayed initiation of breastfeeding. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002.
- Villar J, Carroli G, Khan-Neelofour D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002.
- Casini S, Lucero Sáinz L, Hertz M y Andina E. Guía De Control Prenatal Embarazo Normal, Cronograma De Actividades Para El control Prenatal 2002.
- Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Beligan J, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomized trial for evaluation of new model of routine antenatal care. Lancet. 2001; 237 (9268): 1551 – 1564.
- ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist. 2001; 98:1-4.
- Schwarcz R.L., Uranga A., Galimberti D., Martínez I., García O., Lomuto C., Etcheverry M.E., Queiruga M., Castro R. Control Prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2001.
- Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An ever view of the evidence paediatric perinatal epidemiology 2001, 15 suppl 1: 1-42.
- Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hadnett E, Hofmeyr GJ. Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. Birth 2001; 28 (1): 41-51.
- Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database system Review 2000; (2): CD 000490.
- Vazquez JC, Villar J, treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane database system review 2000; (3): CD 002256
- Bricker L, Neilson JP. Routine Doppler ultrasound in pregnancy. (Cochrane Review) Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD 001450.

ANEMIA FERROPENICA DURANTE EL EMBARAZO

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O99.0	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 99	Otros problemas, enfermedades relacionadas al embarazo y parto.
B80	Anemia ferropénica.

DEFINICIONES

ANEMIA FERROPENICA	Anemia ferropénica durante el embarazo es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Corresponde a 50% de todas las anemias.
ANEMIA LEVE	Hb: 10,1- 10,9 g/dl
ANEMIA MODERADA	Hb: 7,1 – 10,0 g/dl
ANEMIA SEVERA	Hb: < 7,0 g/dl

Anemia Working Group Latin America. Guías Latinoamericanas: Anemia en Obstetricia. OMS.

TODAS LAS PATOLOGÍAS CAUSANTES DE ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO PUEDEN COMPLICAR EL CURSO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

DIAGNOSTICO DE ANEMIA FERROPENICA EN EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatiga fácil, adinamia. ▪ Malestar, cefalea. ▪ Disnea de pequeños esfuerzos. ▪ Antecedente de anemia y/o embarazos con restricción de crecimiento fetal, parto prematuro, ruptura de membranas y pérdida fetal.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palidez muco cutánea, taquicardia, palpitaciones, glositis, visceromegalias. ▪ Datos actuales de restricción de crecimiento fetal, parto prematuro o ruptura de membranas.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemoglobina – Hematocrito (antes y después de semana 20). ▪ Biometría Hemática.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Otro tipo de anemia.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN EL EMBARAZO

Hay pocas dudas acerca de los beneficios de suplir con hierro a las embarazadas en cuanto al incremento de Hb y ferritina.

La suplementación antenatal de ácido fólico 0.4 mg/día + hierro reduce el riesgo de bajo peso al nacer.

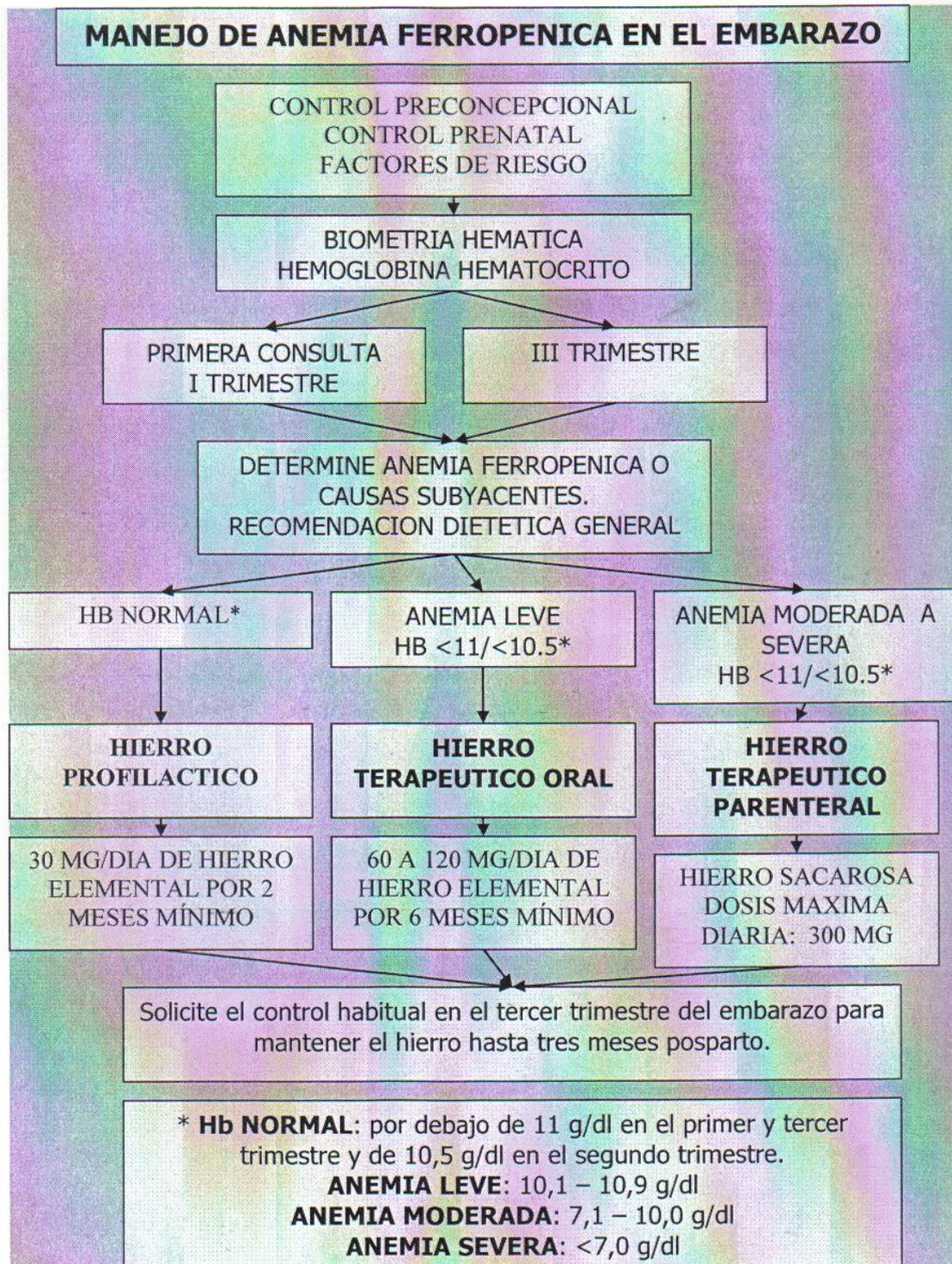
La suplementación de múltiples micronutrientes no confiere ningún beneficio adicional sobre el ácido fólico + hierro.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN EL EMBARAZO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Solicite hematocrito – hemoglobina antes de las 20 semanas (ideal en la primera consulta o en el primer trimestre) y otro similar después de las 20 semanas dentro del control prenatal habitual (ideal en el tercer trimestre).	X	X	X
2. RECOMENDACIÓN DIETETICA A TODA EMBARAZADA INDEPENDIEMENTE DE SU EDAD GESTACIONAL: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preferir alimentos de origen animal: vacuno, pollo, pescado, vísceras como el hígado y riñones. ▪ Incluir una fuente de vitamina C en cada comida (frutas principalmente). ▪ Recomendar el consumo de frutas y verduras como fuentes de vitaminas, minerales y fibra, mas no como fuentes de hierro. 	X	X	X
3. PRECAUCIONES GENERALES PARA EL USO DE HIERRO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guardar las tabletas de hierro fuera del alcance de los niños/as. ▪ No tomar el hierro con café, té o leche porque la absorción del hierro disminuye notoriamente con la ingesta de tanatos. ▪ Tomar las tabletas al acostarse o entre comidas facilita su absorción. ▪ Los antiácidos disminuyen la absorción de hierro. ▪ Anticipar la coloración negruzca de las heces y molestias gastrointestinales como ardor, pirosis, diarrea, estreñimiento. 	X	X	X
SI HEMOGLOBINA >11.0 g/dl EN EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE Y >10.5 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE.	NIVEL		
TRATAMIENTO PROFILACTICO.			
4. El tratamiento profiláctico es necesario por que pocas mujeres tienen reservas adecuadas de hierro que permitan cubrir las necesidades aumentadas del embarazo. Recomendación dietética.	X	X	X
5. Si el valor de Hb. no sugiere anemia diferir la toma de Hierro hasta pasada la semana 12 para no agravar una emesis gravídica en el primer trimestre.	X	X	X
6. Las mujeres deben recibir desde las 12 semanas y hasta los tres meses post parto una cantidad de hierro que garantice la absorción de 5 a 6 mg de hierro al día.	X	X	X

<p>DOSIS PROFILACTICA: 30 mg/día por 2 meses mínimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 300 mg de gluconato ferroso (10% absorción). ▪ 150 mg de sulfato ferroso (20% de absorción). ▪ 100 mg de fumarato ferroso (30% de absorción). 	X	X	X
8. Realice el control prenatal habitual de Hb. en el tercer trimestre.	X	X	X
SI HEMOGLOBINA <11.0 g/dl EN EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE Y < 10.5 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE.	NIVEL		
<p>TRATAMIENTO TERAPEUTICO ORAL:</p> <p>9. Si hemoglobina está bajo lo normal proceda al tratamiento terapéutico. El diagnóstico y tratamiento efectivo de la anemia crónica en el embarazo es una forma importante de reducir la necesidad de realizar transfusiones futuras.</p>	X	X	X
10. RECOMENDACIÓN DIETETICA: Igual que para el tratamiento profiláctico.	X	X	X
<p>11. DOSIS TERAPEUTICA ORAL: 60 a 120 mg/día de hierro elemental para lograr saturar las reservas de ferritina por 6 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 600 mg de gluconato ferroso (10% absorción). ▪ 300 mg de sulfato ferroso (20% de absorción). ▪ 200 mg de fumarato ferroso (30% de absorción). 	X	X	X
12. Realice el control prenatal habitual de Hb. en el tercer trimestre.	X	X	X
<p>13. TRATAMIENTO TERAPEUTICO PARENTERAL SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere recuperación rápida de anemia ferropénica. ▪ Anemia ferropénica moderada o severa. ▪ Efectos colaterales intolerables con el hierro oral. ▪ Alteraciones del tracto gastrointestinal que afecten la absorción como la Enfermedad de Crohn. ▪ Contraindicaciones para transfusión (conceptos religiosos). ▪ Terapia conjunta con eritropoyetina. ▪ Falta notoria de adherencia a la terapia oral. ▪ Programas de autotransfusión profiláctica (miomatosis severa, placenta previa, placenta ácreta, historia de hipotonías uterinas en gestaciones anteriores, etc). 	X	X	X
<p>14. HIERRO SACAROSA (Categoría B – FDA): Calcule el porcentaje de hierro parenteral sobre la base de que 200 a 250 mg de hierro son necesarios para incrementar la hemoglobina en 1g/dl.</p> <p>ADMINISTRACION PRACTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 mg (1 amp) de Hierro sacarosa en 100 ml de SS 0.9% pasar IV en 1 hora. • 200 mg (2 amp) de Hierro sacarosa en 200 ml de SS 0.9% pasar IV en 2 horas. • 300 mg (3 amp) de Hierro sacarosa en 300 ml de SS 0.9% pasar IV en 3 horas. <p>Dosis máxima recomendada a infundir en un día: 300 mg (3 ampollas).</p> <p>Dosis máxima recomendada a infundir en una semana: 500 mg (5 ampollas).</p>	X	X	X
<p>15. PRECAUCIONES GENERALES PARA EL USO DE HIERRO PARENTERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IM: dolor y tatuaje en el sitio de inyección. ▪ IV: cefalea, malestar general, fiebre, artralgias, linfadenopatías generalizadas, urticaria y exacerbación de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoidea. 	X	X	X

Eventual reacción anafiláctica.			
16. TRATAMIENTO DE CAUSAS SUBYACENTES.	NIVEL		
17. Sospecha de malaria por Plasmodium falciparum ▪ Trate como malaria grave. ▪ Administre sulfato o fumarato ferroso 120 mg vía oral MÁS ácido fólico 400 mcg vía oral una vez al día por 6 meses durante el embarazo. ▪ Continúe por 3 meses en el postparto.	X	X	X
18. Sospecha de Anquilostomiasis endémica (prevalencia igual o mayor a 20%) Puede agravar la anemia. Administre uno de los siguientes tratamientos antihelmínticos: <ul style="list-style-type: none"> • albendazol 400 mg vía oral dosis única; • mebendazol 500 mg vía oral dosis única ó 100 mg dos veces al día por 3 días; • levamisol 2,5 mg/kg de peso corporal vía oral una vez al día por 3 días; • pirantel 10 mg/kg de peso corporal vía oral una vez al día por 3 días. Si la prevalencia es mayor al 50% repita el tratamiento 12 semanas después.	X	X	X
19. Realice el control prenatal habitual de Hb. en el tercer trimestre o según criterio médico por cuadro clínico.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE ANEMIA FERROPENICA DURANTE EL EMBARAZO:

- Saha L, Pandhi P, Gopalan S y colaboradores. Comparison of Efficacy, Tolerability, and Cost of Iron Polymaltose Complex with Ferrous Sulphate in the Treatment of Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women. *Medscape General Medicine* 9(1)Ene 2007.
- Siega-Riz AM, Hartzema AG, Turnbull C. Efectos de la administración profiláctica de hierro durante el embarazo. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Feb;194(2):512-9.
- MSP. Manual sobre criterios Técnicos para el uso clínico de sangre y Hemocomponentes. MSP-Cruz Roja- OPS-INNFA. 2004
- Canaval H, Cifuentes R, Lomanto A. Texto de Ginecología y Obstetricia. Sociedad colombiana de ginecología y obstetricia. Capítulos: Nutrición en el embarazo y Anemia en el embarazo. Bogotá, 1ª Ed. 2004.
- Wagner P. La Anemia: Consideraciones fisiopatológicas, clínicas y terapéuticas. Anemia Working Group Latin America. Lima, Perú, 2004.
- Colegio De Médicos De La Provincia De Buenos Aires Distrito Iii Fondo De Resguardo Profesional, Guía De Procedimientos En Obstetricia; Ed. Print Castel, Buenos Aires - Rep. Argentina, 2004.
- Ministerio de Salud-Chile. Guía Perinatal de Minsalud – Chile / Cedip. 2003.
- Villar J, Meriardi M, Gulmezoglu M et al. Nutritional interventions during pregnancy for the prevention or treatment of maternal morbidity and preterm delivery: An overview of randomized controlled trials. *J. Nutr.* 2003;133:1606s-1625s.
- Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software Ltd.
- Cogswell ME, Parvanta I, Ickes L, Yip R, Brittenham GM. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2003 Oct;78(4):773-81.
- Pa Rul Ch, Khatry Sk, Katz J. Effects Of Alternative Maternal Micro Nutrient Supplements On Low Birth Weight In Rural Nepal: Double Blind Randomised Community Trial. *BMJ.* Mar 2003; 326 :571 - 576
- Ramakrishnan U, González-Cossio T, Neufeld L, Rivera J, Martorell R. Multiple micronutrient supplementation during pregnancy does not lead to greater infant birth size than does iron-only supplementation: a randomized controlled trial in a semirural community in Mexico. *Am J Clin Nutr* 2003;77:720–5.
- González-Cossio T. Suplementación de rutina con hierro durante el embarazo: Comentario de la BSR (Biblioteca de Salud Reproductiva) de la OMS, N° 6, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/RHR/03.5S).
- Ingram C. Suplementación de rutina con hierro y folato en el embarazo: Comentario de la BSR (Biblioteca de Salud Reproductiva) de la OMS, N° 6, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/RHR/03.5S).
- WHO/UNICEF/UNU. Iron deficiency anaemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. WHO/NHD/01.3. Geneva: WHO, 2001
- United Nations Children's Fund, United Nations University. World Health Organization. Iron deficiency anemia assessment, prevention, and control: A guide for programme managers. 2001.
- Haram K, Nilsen ST, Ulvik RJ. Iron supplementation in pregnancy – evidence and controversies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Aug;80(8):683-8.
- Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. 2001. INACG
- Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 2000; 71 suppl: 1280S-4S.
- Steer P. Maternal haemoglobin concentration and birth weight. *Am J Clin Nutr* 2000; 71 suppl: 1285S-7S
- Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane database syst rev* 2000; (2): CD 001056.

DIABETES Y EMBARAZO

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O24.0	Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo
O24.1	Diabetes mellitus preexistente no insulino dependiente, en el embarazo
O24.2	Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo
O24.3	Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo
O24.4	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo
O24.9	Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 84	Embarazo de alto riesgo
W 85	Diabetes Gestacional
W 99	Otros problemas/enfermedades del embarazo/parto

DEFINICIONES.

DIABETES MELLITUS	<p>Intolerancia a la glucosa expresada por los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) ▪ glucemia en ayuno de 8 horas mayor a 126 mg/dl, y un valor mayor a 200 mg/dl 2 horas después de una prueba de sobrecarga con 100 g de glucosa.
Diabetes Mellitus tipo I	Diabetes insulino dependiente, inicia antes de los 30 años de edad, síntomas adicionales y cetoacidosis.
Diabetes Mellitus tipo II	Hiperglucemia no insulino dependiente, inicia después de los 30 años, aumento de la cintura abdominal, apetito y aumento de peso excesivos pero con pocos síntomas adicionales.
DIABETES GESTACIONAL	Cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o es reconocida por primera vez durante el embarazo. Puede persistir o no después del embarazo.
Diabetes Gestacional A1	Glucosa en ayunas normal y posprandial elevada. Se logra normoglucemia con dieta.
Diabetes Gestacional A2	Glucosa en ayunas y posprandial elevada. Se logra normoglucemia con dieta e insulina

DIAGNOSTICO DE DIABETES GESTACIONAL SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia familiar de diabetes mellitus. ▪ Obesidad IMC>30. ▪ Antecedente conocido de diabetes mellitus. ▪ Historia de HTA crónica, preeclampsia o ITU a repetición. ▪ Antecedentes obstétricos de abortos a repetición, macrosomía, óbito fetal o mortinatos, polihidramnios o malformaciones congénitas, parto traumático. ▪ Embarazo múltiple, polihidramnios, malformaciones congénitas. ▪ Habitualmente asintomática. ▪ Sintomatología de diabetes mellitus.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edema precoz de extremidades ▪ Aumento excesivo de peso ▪ Fondo uterino mayor que edad gestacional
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test de Screening de Diabetes Gestacional (O´Sullivan) en la primera visita, en semana 24 a 28 y en semana 32 a 35. ▪ Hemoglobina glicosilada y fructosamina ▪ Biometría Hemática. ▪ EMO Urocultivo ▪ Gram y fresco de secreción vaginal ▪ Ecografía obstétrica para descartar macrosomía y alteraciones del líquido amniótico

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- OBESIDAD.
- TRASTORNOS METABOLICOS: HIPERURICEMIA, HIPERCOLESTEROLEMIA, HIPERTRIGLICERIDEMIA.

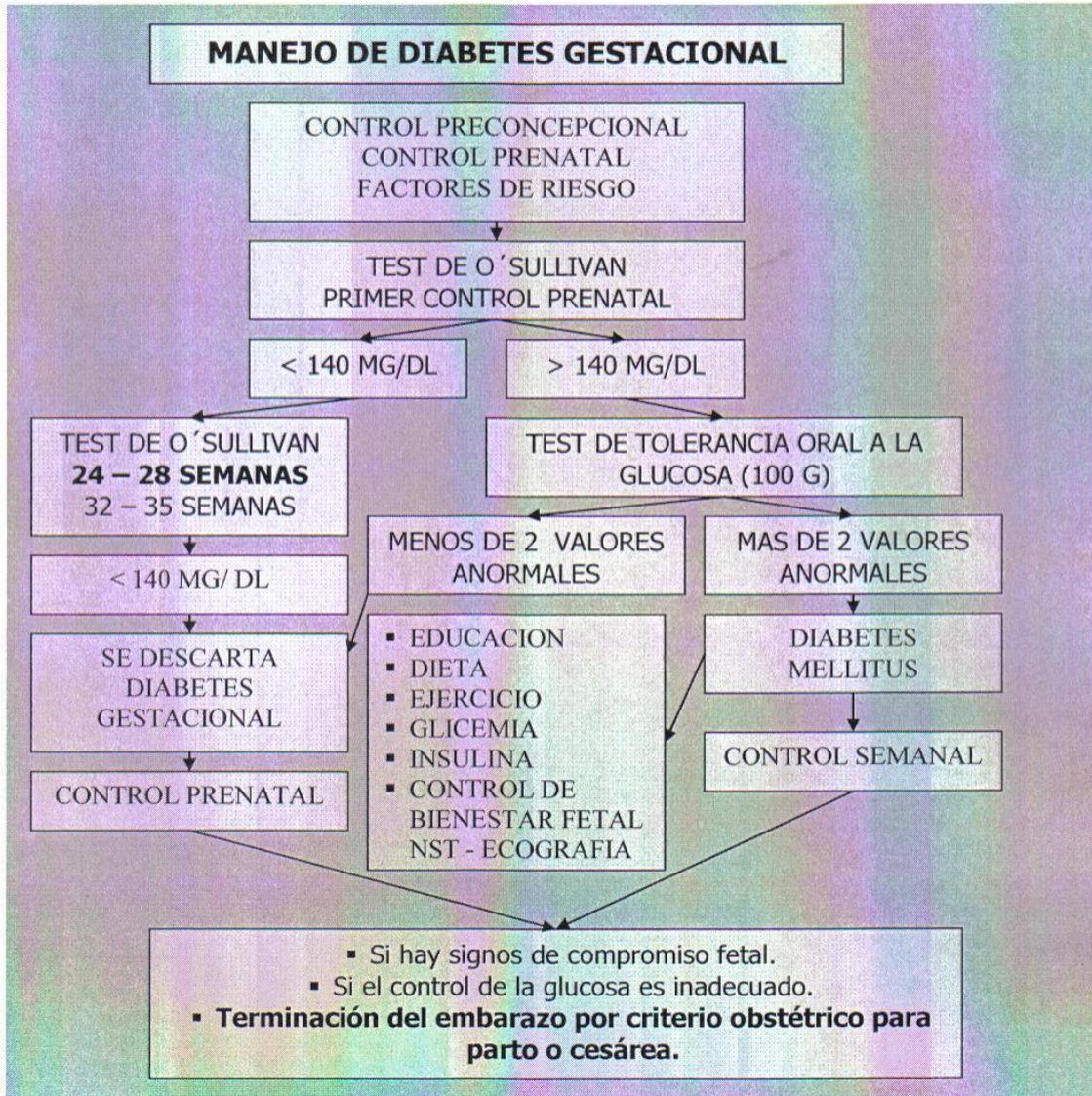
TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL												
	I	II	III										
1. Solicite glicemia basal en la consulta preconcepcional.	X	X	X										
2. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X										
3. Evaluación clínica y obstétrica de acuerdo con protocolo de manejo de control prenatal.	X	X	X										
4. En todos los embarazos solicite TEST DE SCREENING PARA DIABETES GESTACIONAL (TEST DE O´SULLIVAN) en la primera visita, en la semana 24 a 28 y en semana 32 a 34, con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar una sobrecarga de 50 g de glucosa ▪ A cualquier hora del día ▪ Sin preparación previa en cuanto a dieta ▪ Valoración de glicemia una hora post sobrecarga 	X	X	X										
RESULTADO DEL TEST DE SCREENING: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NEGATIVO: < 140 mg/dl. ▪ POSITIVO: >140 mg/dl, 													
5. SI RESULTADO NEGATIVO (< 140 mg/dl) <ul style="list-style-type: none"> ▪ repetir test a las 24 - 28 semanas ▪ repetir test a las 32 – 34 semanas 	X	X	X										
6. SI RESULTADO POSITIVO (> 140 mg/dl) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar test de tolerancia oral a la glucosa o test de sobrecarga con 100 g. 	X	X	X										
7. TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (TTOG). CONDICIONES: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar una sobrecarga de 100 g ▪ Realizar en ayunas y sin restricciones dietéticas previas ▪ No consumo de tabaco ▪ Reposo antes y durante la prueba ▪ Determinar glicemia en ayunas, a la 1, 2 y 3 horas. 													
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">Horas</th> <th style="padding: 5px;">Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Ayunas</td> <td style="padding: 5px;">95 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 hora</td> <td style="padding: 5px;">180 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 hora</td> <td style="padding: 5px;">155 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3 hora</td> <td style="padding: 5px;">140 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>	Horas	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)	Ayunas	95 mg/dl	1 hora	180 mg/dl	2 hora	155 mg/dl	3 hora	140 mg/dl	X	X	X
Horas	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)												
Ayunas	95 mg/dl												
1 hora	180 mg/dl												
2 hora	155 mg/dl												
3 hora	140 mg/dl												
8. TTOG NEGATIVO: Menos de 2 valores positivos. Repetir screening con 50 g a las 24 – 28 semanas y a las 32 – 34 semanas	X	X	X										
9. TTOG POSITIVO: dos o más valores que sobrepasan los valores de corte diagnóstico para diabetes mellitus. Diagnóstico de Diabetes Mellitus confirmado.	X	X	X										
10. Escuche y responda atentamente a las preguntas e inquietudes de la paciente y a las de sus familiares.	X	X	X										
11. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X										
12. Indique la realización de EJERCICIO físico diario de intensidad moderada y acorde con la condición de la paciente, ya que reduce los valores de glucosa y la necesidad de insulina.	X	X	X										

<p>13. Recomendar una DIETA equilibrada y fraccionada con seis comidas al día; calcule de 20 a 25 Kcal. /Kg. de peso, con restricción de carbohidratos y grasas. Si el IMC es >27 indique dieta hipocalórica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si dispone de nutricionista indique la interconsulta para incentivar aspectos educativos sobre temas dietéticos. ▪ Mantener la glucosa en ayunas no mayor a 90 mg/dl. ▪ Mantener la glucosa posprandial no mayor 120 mg/dl. ▪ Mantener la Hemoglobina glicosilada bajo 6% ▪ Mantener la Fructosamina bajo 285. ▪ SI EN DOS SEMANAS NO SE OBTIENEN ESTOS VALORES SE INDICA INICIAR EL USO DE INSULINA. 	X	X	X										
<p>14. Disponga la referencia a unidad de mayor resolución con epícrisis o carné prenatal.</p>	X	X	X										
<p>15. Los requerimientos de INSULINA NPH son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer trimestre: 0.7 UI/kg/día ▪ Segundo trimestre: 0.8 UI/kg/día ▪ Tercer trimestre: 0,9 UI/kg/día <p>▪ Se recomienda comenzar con 0,2 – 0,3 UI/Kg./día de insulina NPH o lenta: 2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena.</p> <p>▪ Mantenga los valores dentro de lo referido con control de glicemia capilar:</p> <table border="1" data-bbox="360 909 1078 1066" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Horas</th> <th style="text-align: center;">Valores esperados (mg/dl)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Antes del desayuno</td> <td style="text-align: center;">60 – 90 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Preprandial</td> <td style="text-align: center;">60 – 105 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Posprandial 2horas</td> <td style="text-align: center;"><120 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2 am y 6 am</td> <td style="text-align: center;">>60 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revise periódicamente la glicemia posprandial para considerar la adición de insulina rápida en una proporción de 2:1 (insulina NPH o lenta : insulina rápida) ▪ Control de glicemia venosa, TA y peso cada 15 días. ▪ Control mensual de fructosamina ▪ Control trimestral de Hemoglobina glicosilada. ▪ Solicite urocultivo. 	Horas	Valores esperados (mg/dl)	Antes del desayuno	60 – 90 mg/dl	Preprandial	60 – 105 mg/dl	Posprandial 2horas	<120 mg/dl	2 am y 6 am	>60 mg/dl	X	X	X
Horas	Valores esperados (mg/dl)												
Antes del desayuno	60 – 90 mg/dl												
Preprandial	60 – 105 mg/dl												
Posprandial 2horas	<120 mg/dl												
2 am y 6 am	>60 mg/dl												
<p>16. CONTROL DE BIENESTAR FETAL PRENATAL: (Ver compromiso del bienestar fetal)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo fetal electrónico sin estrés cada semana. ▪ Ecografía mensual para control de crecimiento e índice de líquido amniótico (ILA) <ul style="list-style-type: none"> ▪ diabetes gestacional no insulino dependiente desde semana 36. ▪ diabetes gestacional insulino dependiente desde semana 32. 	X	X	X										
<p>17. TERMINACIÓN DEL EMBARAZO SEGÚN CRITERIO OBSTÉTRICO POR PARTO O CESÁREA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si hay signos de compromiso fetal. ▪ Si el control de la glucosa es inadecuado y hay macrosomía considere la terminación del embarazo a las 38 semanas. ▪ Si la glicemia está controlada considere no sobrepasar las 40 semanas. ▪ Si hay labor de parto pretérmino no use beta-miméticos y considere el efecto de los corticoides sobre la glucosa materna. ▪ Comunicar del caso al Servicio de Neonatología. 	X	X	X										
<p>18. MANEJO INTRAPARTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administre glucosa en dextrosa al 5% sin exceder de 125 cc/hora. Evitar la administración en bolos de solución glucosada. ▪ Sólo si glucosa >140 mg/dl administrar insulina lenta a una dilución de 0,1 U/ml (25 U en 250 ml. de solución salina) en infusión continua a niveles de 0,5 a 1 U/hora. 	X	X	X										

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la paciente será sometida a inducción o cirugía programada no deberá suministrarse la dosis habitual de la mañana. 		
<p>19. MANEJO POSPARTO.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicar dieta para diabético con aporte de 27 kcal/kg/día durante la lactancia materna. ▪ La insulina en el post parto rara vez debe ser utilizada y debe iniciarse si la glucosa en ayunas excede los 110 mg/ dl o la glucosa 1 hora posprandial 160mg/dl. ▪ Se sugiere 0.5 – 0.6 U/Kg. /24 horas (sobre la base de peso posparto) dividida en varias dosis: por la mañana NPH + rápida, por la tarde NPH + rápida y al acostarse NPH. ▪ Indicar prueba de sobrecarga de 75g en 2 horas seis semanas posparto para determinar una posible diabetes preexistente (2%). ▪ Indicar control anual de glicemia en ayunas. ▪ Alentar la pérdida de peso con un programa de ejercicio periódico. 	X	X
<p>20. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente</p>	X	X
<p>21. Programe una cita para las seis semanas posparto o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

▪ Documentos ministeriales relacionados.*

▪ Bibliografía General.*

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DIABETES GESTACIONAL.

- American Diabetes Association. Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitus Diabetes Care, Volume 30, Supplement 1, January 2007.
- American Diabetes Association: Goals of Metabolic Management of Gestational Diabetes. Diabetes Care 2007;30(suppl 1):S180-187.
- American Diabetes Association: Pharmacological Management of Gestational Diabetes Diabetes Care 30 (Suppl. 2):S206-S208, 2007.
- American Diabetes Association: Medical Nutrition Therapy and Lifestyle Interventions. Diabetes Care 30 (Suppl. 2):S188-S193, 2007.
- Boyd E, Et Al. Summary And Recommendations Of The Fifth International Workshop-Conference On Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care, Volume 30, Supplement 2, July 2007.
- Van Leeuwen, M, Egbert J.K, et al. Comparison of Accuracy Measures of Two Screening Tests for Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care 30:2779-2784, 2007.
- Ho F, Liew Ch, Cunanan E, Lee K. Oral Hypoglycaemic Agents for Diabetes in Pregnancy – An Appraisal of the Current Evidence for Oral Anti – diabetic Drug Use in Pregnancy. Ann Aca Med Singapore 2007;36:672-678.
- Tuffnell DJ, West J, Walkinshaw AS. Tratamientos para la diabetes gestacional y la alteración de la tolerancia a la glucosa en el embarazo (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Ceysens G, Rouiller D, Boulvain M. Ejercicio para las mujeres embarazadas diabéticas (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Mello, G et al, Lack of Concordance between the 75-g and 100-g Glucose Load Tests for the Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. Clinical Chemistry 52:9 1679-1684 (2006).
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2005; 28: 537 – 542.
- Crowther CA, Hiller J, Moss J, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Effect of Treatment of Gestational Diabetes mellitus on Pregnancy Outcomes. N Engl J Med 2005;352:2477-2486.
- Carrera M, Goday A Diabetes Gestacional. Jano 2005; 68: 1207-1213.
- American Diabetes Association. Diagnosis and Clasification of Diabetes Mellitas. Diabetes Care 2005; 28.
- Buchanan TA, Xiang AH. Gestational diabetes mellitus. The Journal of Clinical Investigation 2005; 115: 485-489.
- YANG Hui-xia, GAO Xue-lian, DONG Yue, SHI Chun. Analysis of oral glucose tolerance test in pregnant women with abnormal glucose metabolism. Yan Chinese Med J, 2005, Vol. 118 No. 12 : 995-999.
- Belmar C, Salinas P, Becker J, Abarzua F, Olmos P, Gonzalez P, Oyarzun E. Incidência de diabetes gestacional según distintos métodos diagnósticos y sus implicâncias clínicas. REV CHIL OBSTET GINECOL 2004;69(1):2-7.
- Yogev Y, Langer O, et al. Glucose Screening in Mexican-American Women, MD The American College of Obstetricians and Gynecologists VOL. 103, NO. 6, JUNE 2004.
- Soonthornpun S, Soonthornpun K, Aksonteing J, A comparison between a 75-g and 100-g oral glucose tolerance test in pregnant women. Thamprasit A Int J Gynaecol Obstet. 2003 ay;81(2):169-73.
- Giuffrida FM, Castro AA, Atallah AN, Dib SA. Diet plus insulin compared to diet alone in the treatment of gestational diabetes mellitus: a systematic review. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 2003;36:1297-1300.
- Pasquel M, Moreno M. Diabetes Gestacional o Diabetes Tipo 2 Premonitoria? En: Terapia en Endocrinología reproductiva, I ed., Impresión arte, Quito 2003.
- Gunderson EP: Gestational diabetes and nutritional recommendations. Curr Diab Rep 4:377-386, 2004
- American Diabetes Association: Gestational diabetes mellitus. Diab Care 2003;26(suppl 1):S103-105.
- David K, Stephen D, Elizabeth G. Management of Gestational Diabetes Mellitus. AMERICAN FAMILY PHYSICIAN ,volume 68, number 9 / november 1, 2003 1767 1772.
- F.M.A. Giuffrida, A.A. Castro, A.N. Atallah and S.A. Dib. Diet plus insulin compared to diet alone in the treatment of gestational diabetes mellitus. Brazilian Journal of Medical and Biological Research (2003) 36: 1297-1300.
- Kim C, Newton KM, Knopp RH. Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. Diabetes Care 2002;25:1862-8.
- Aberg A, Rydhstroem H, Frid A. Impaired glucose tolerance associated with adverse pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol 2001;184:77-83.

INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO
O23.0	Infección del riñón en el embarazo
O23.1	Infección de la vejiga urinaria en el embarazo
O23.2	Infección de la uretra en el embarazo
O23.3	Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo
O23.4	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo
O23.5	Infección genital en el embarazo
O23.9	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 70	Infección/sepsis puerperal
W 71	Otras enfermedades infecciosas del embarazo/parto/puerperio Pielitis/pielonefritis

DEFINICIONES.

INFECCION DE VIAS URINARIAS	<p>Es la infección más común en el embarazo. Se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, ureteres y riñones.</p>
BACTERIURIA ASINTOMATICA	<p>Colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 colonias /ml en una sola muestra del chorro medio de orina, en ausencia de síntomas específicos.</p> <p>Presente en 2 a 10% de embarazos se asocia a restricción del crecimiento fetal y bajo peso al nacer, puede progresar a pielonefritis en 20-40%.</p>
CISTITIS	<p>Colonización sintomática de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 colonias/ml que se acompaña de sintomatología urinaria y sistémica. Presente en 1 a 4% de embarazos.</p>
PIELONEFRITIS	<p>Es la infección bacteriana grave más común que compromete el tracto urinario alto y puede llevar a complicaciones perinatales y maternas como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal, etc.</p> <p>Presente en 1-2%. Recurrencia de 10-20% en la misma gestación.</p>

DIAGNOSTICO DE INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<p>CONSIDERAR FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de control preconcepcional y prenatal. ▪ Anemia. ▪ Diabetes mellitus. ▪ Historia de ITS. ▪ Historia de IVU recurrentes o litiasis renal. ▪ Paridad elevada. ▪ Malas condiciones socio económicas. <p><u>BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:</u></p> <p><u>CISTITIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malestar general variable: cefalea, náuseas, vómitos. ▪ Febrícula o Fiebre bajo 38° C. ▪ Dolor abdominal suprapúbico. ▪ Urgencia miccional, disuria, polaquiuria, nicturia. ▪ Orina turbia o de mal olor. ▪ Tenesmo vesical. <p><u>PIELONEFRITIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Igual a cistitis, más: ▪ Fiebre mayor a 38° C. ▪ Taquicardia. ▪ Deshidratación variable. ▪ Dolor lumbar. ▪ Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito.
EXAMEN FISICO	<p><u>BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y CISTITIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Decaimiento, álgida. ▪ Náusea, vómito, deshidratación. ▪ Malestar hipogástrico. ▪ Puntos ureterales dolorosos si útero aún no interfiere por tamaño. ▪ <u>PIELONEFRITIS:</u> Idem más fiebre y puñopercusión dolorosa uni o bilateral.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tirilla reactiva: nitritos + (sensibilidad 57%). ▪ EMO: bacterias +, nitritos +, estearasa leucocitaria +, leucocitos +, eritrocitos + (cistitis). ▪ Urocultivo: más de 100.000 colonias/ml. (Gérmén más frecuente: E. Coli). Solicite en toda embarazada en su primera visita sin importar la edad de gestación, entre las 12 a 16 semanas y en el tercer trimestre del embarazo. ▪ Biometría Hemática: leucocitosis con desviación a la izquierda.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- PROBLEMAS OBSTRUCTIVOS URINARIOS.
- VULVOVAGINITIS.

TRATAMIENTO DE BACTERIURIA ASINTOMATICA Y CISTITIS AGUDA EN EL EMBARAZO.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO: BACTERIURIA ASINTOMATICA y CISTITIS AGUDA. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método.	X	X	X
4. Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: Asegúrese de que consten EMO y Urocultivo .	X	X	X
5. Solicite aquellos que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Indispensable solicitar EMO y urocultivo.	X	X	X
6. Si la paciente es sintomática, tranquilícela e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	X	X	X
9. Administre tratamiento si cumple con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ paciente asintomática o sintomática. ▪ examen microscópico de orina infeccioso (nitritos positivos, estearasa leucocitaria positiva, presencia de bacterias o piuria), o ▪ Urocultivo positivo (reporta más de 100.000 colonias/ml), 	X	X	X
10. Considere las siguientes medidas generales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ si está asintomática, actividad normal. ▪ si es sintomática, reposo relativo dependiendo del malestar general. ▪ sugiera hidratación vía oral exhaustiva. ▪ Según necesidad control de temperatura por medios físicos y/o Acetaminofén 500 mg cada 8 horas hasta que cedan los síntomas. 	X	X	X
11. ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL: por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo, con UNO de los siguientes antibióticos: (valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina 250-500 mg VO cada 6 horas, o ▪ Cefalexina 250-500 mg VO cada 6 horas, o ▪ Eritromicina 250-500 mg VO cada 6 horas, o ▪ Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas, o ▪ Nitrofurantoína 50 – 100 mg cada 6 horas (no sobre 37 semanas), o ▪ Fosfomicina 3 g. VO dosis única, o ▪ Ampicilina Sulbactam 375 mg VO cada 12 horas, o ▪ Amoxicilina/clavulánico 250 mg VO cada 6 horas, o ▪ Trimetoprim/Sulfametoxazol 160/180 mg cada 12 horas (solo en II trimestre) o 320/1600mg en dosis única. Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar mínimo 7 días de tratamiento.	X	X	X

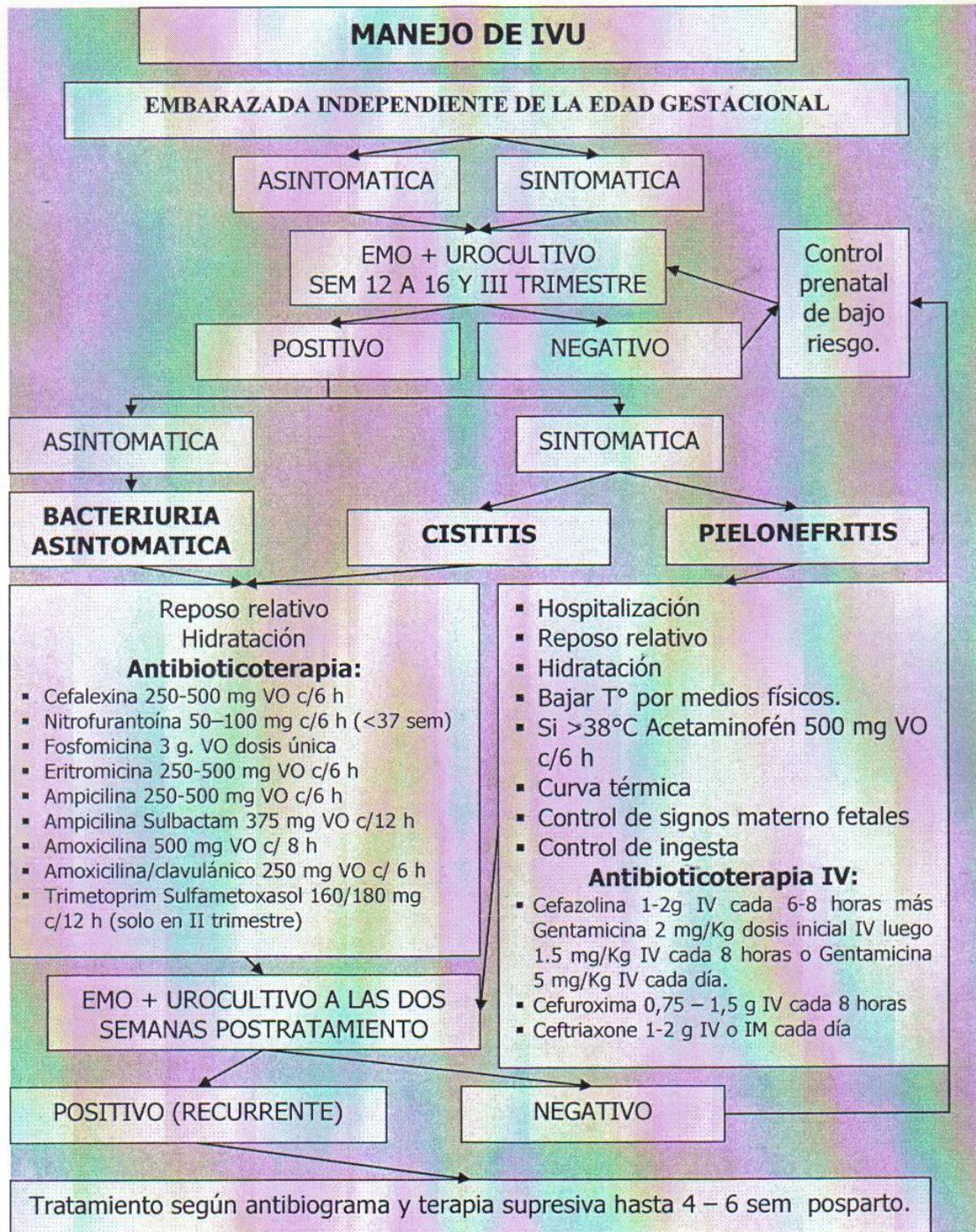
12. Si la mejoría clínica no se presenta, considere cambio de antibiótico y/o referencia a nivel de especialidad.	X	X	X
13. Seguimiento: con cultivo de orina a los dos semanas del episodio agudo (prueba de cura) y cada mes (para ver recurrencia); si urocultivo positivo dar tratamiento en base a antibiograma e iniciar terapia supresiva hasta 4 a 6 semanas del postparto.	X	X	X
14. Programe una cita para control de tratamiento a las dos semanas.	X	X	X
15. NO OLVIDE solicitar según Protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 a 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación	X	X	X

TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMEBARAZO PIELONEFRITIS (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. MANEJO INICIAL SIMILAR A BACTERIURIA ASINTOMATICA Y CISTITIS AGUDA DEL PUNTO 1 AL 7.	X	X	X
2. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	X	X	X
3. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
4. MANEJO HOSPITALARIO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reposo relativo según estado general. ▪ Dieta blanda + líquidos abundantes. ▪ Control de ingesta y excreta. ▪ Bajar temperatura por medios físicos. ▪ Acetaminofén 1 g VO si temperatura > 38.5°C. ▪ Curva térmica. ▪ Control de signos vitales maternos y fetales. ▪ Líquidos intravenosos SS 0.9% 1000 cc IV 125 cc/h según hidratación. ▪ ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL: por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo, valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar 7 días de tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefazolina 1-2g IV cada 6-8 horas. ▪ Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV cada 8 horas o Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día. ▪ Cefuroxima 0,75 – 1,5 g IV cada 8 horas. ▪ Ceftriaxone 1-2 g IV o IM cada día. 		X	X
5. Mantener el tratamiento intravenoso mientras persista la fiebre, si la sintomatología remite se puede hacer la conversión a tratamiento oral hospitalario y luego ambulatorio por 7 a 14 días.		X	X
6. ANTIBIÓTICO ESPECIFICO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la paciente presenta signos de gravedad: sepsis, alteraciones respiratorias iniciar un segundo antibiótico como Gentamicina (2 mg/kg dosis inicial y luego 1.5 g/kg cada 8 horas) o Aztreonam (500-1000mg IV cada 8 horas). ▪ Si pasadas las 72 horas paciente persiste febril se debe sospechar patógeno resistente o anormalidades del tracto urinario o urolitiasis; para los dos últimos casos solicitar ecografía de riñón y vejiga. 		X	X
7. Proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen si aplica. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja		X	X

de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.			
8. Seguimiento: con cultivo de orina a los dos semanas del episodio agudo (prueba de cura) y cada mes (para ver recurrencia); si urocultivo positivo dar tratamiento en base a antibiograma e iniciar terapia supresiva hasta 4 a 6 semanas del postparto.	X	X	X
9. Programe una cita para control a las dos semanas. ▪ NO OLVIDE solicitar según Protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 a 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO:

- Smaill F, Vazquez JC. Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Villar J, Widmer M, Lydon – Rochelle MT, Gulmezoglu AM, Roganti A. Duración del tratamiento para la bacteriuria asintomática durante el embarazo. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Smaill F. Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Cistitis no complicada en la mujer Guía multidisciplinar Asociación Española de Urología 2006
- Kacmaz B, Cakir O, Aksoy A, Biri A. Evaluation of rapid Urine Screening Test to detect Asymptomatic bacteriuria in Pregnancy. *Jpn J Infect Dis* 2006;59:261-263.
- Nahum GG, Uhl K, Kennedy DL. Antibiotic Use in Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol* 2006;107:1120-38.
- Mittal P, Wing D. Urinary Tract Infections in Pregnancy. *Clin Perinatol* 2005;32:749-764.
- SEGO. Información Terapéutica: Infección urinaria y embarazo, Sistema Nacional de Salud. Vol 29–Nº 2-2005
- Teppa RJ, Roberts JM. The Uriscreeen Test to Detect Significant Asymptomatic Bacteriuria During Pregnancy. *J Soc Gynecol Investig* 2005;12:50-53.
- McIsaac W, Carroll JC, Bringer A, Berstein P, Lyons E, Low DE, Permaul JA. Screening for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *J Obstet Gynecol Can* 2005;27(1):20-24.
- Vazquez J, Villar J. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004*. Oxford: Update Software.
- Le J, Briggs GG, McKeown A, Bustillo G. Urinary Tract Infections During Pregnancy. *Ann Pharmacother* 2004;38:1692-701.
- Santos JF, Ribeiro RM, Rossi P, Haddad JM, Guidi HG, Pacetta AM, Pinotti JA. Symposium: Urinary Tract Infections in Pregnant Women. *Int Urogynecol J* 2002;13:204-209.
- Nicolle LE. Urinary tract infection: traditional pharmacologic therapies. *Am J Med* 2002;113(1A):35S-44S.
- SEGO. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia: Medicina Materno Fetal: Infección Urinaria y Gestación. 2001.
- Gilstrap LC, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001;28(3):581-591.
- Butler EL, Cox SM, Eberts E, et al. Symptomatic nephrolithiasis complicating pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;96:753.
- Christensen F. Which antibiotics are appropriate for treating bacteriuria in pregnancy? *J Antimicrob Chemother* 2000;46(Suppl 1):29-34.
- Delzell J, Lefevre M. Urinary tract infections during pregnancy. *Am Fam Physician* 2000;61:713-21.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES.

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O11	TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PREEXISTENTES, CON PROTEINURIA AGREGADA
O13	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
O14	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
O14 0	Preeclampsia moderada
O14 1	Preeclampsia severa
O14 9	Preeclampsia, no especificada
O15	ECLAMPSIA
O15 0	Eclampsia en el embarazo
O15 1	Eclampsia durante el trabajo de parto
O15 2	Eclampsia en el puerperio
O15 9	Eclampsia, en período no especificado
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 81	Toxemia del embarazo
W 84	Embarazo de alto riesgo
W 99	Otros problemas/enfermedades del embarazo/parto

DEFINICIONES

HIPERTENSION GESTACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo >20 semanas en mujer previamente normotensa. ▪ Proteinuria en 24 h $< a$ 300 mg / tirilla reactiva NEGATIVA.
PREECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa. ▪ Con proteinuria 300 mg en orina de 24 horas, proteinuria con tirilla reactiva con $\geq 2++$ TA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas. ▪ Proteinuria en 24 h $\geq a$ 300 mg / tirilla reactiva positiva ++.
PREECLAMPSIA LEVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TA sistólica ≥ 140 y < 160 mm Hg. ▪ TA diastólica ≥ 90 y < 110 mm Hg en embarazo >20 semanas. ▪ Proteinuria en tirilla reactiva positiva ++. ▪ Proteinuria en 24 horas POSITIVA. ▪ Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (ver Preeclampsia severa).
PREECLAMPSIA SEVERA (INCLUYE AL SINDROME DE HELLP)	<ul style="list-style-type: none"> • TA sistólica ≥ 160 mm Hg. • TA diastólica: ≥ 110 mm Hg en embarazo >20 semanas. ▪ Proteinuria $>3g$ en 24 horas o Proteinuria en tirilla reactiva ++ / +++. • Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> • Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. • Hemólisis. • Plaquetas < 100000 mm³. • Disfunción hepática con aumento de transaminasas. • Oliguria menor 500 ml en 24 horas. • Edema agudo de pulmón.

	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal aguda.
ECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> • TA $\geq 140/90$ mm Hg en embarazo >20 semanas. • Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ , en 24 horas >300 mg. • Convulsiones tónico clónicas o coma.
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	<ul style="list-style-type: none"> • TA $\geq 140/90$ mm Hg en embarazo <20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto. • Proteinuria en tirilla reactiva NEGATIVA.
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA + PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA	<ul style="list-style-type: none"> • TA $\geq 140/90$ mm Hg antes de 20 semanas de gestación o previa al embarazo. • Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ pasadas las 20 semanas de gestación.
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA DE ALTO RIESGO EN EL EMBARAZO	<p>Hipertensión arterial crónica que cursa con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y diastólica >110 mm Hg antes de las 20 semanas. ▪ Edad materna: >40 años. ▪ Duración de la hipertensión: >15 años. ▪ Diabetes mellitus con complicaciones. ▪ Enfermedad renal (por cualquier causa). ▪ Miocardiopatía Coartación de la aorta. ▪ Colagenopatía. ▪ Antecedentes de accidente cerebro vascular. ▪ Antecedente de insuficiencia cardíaca congestiva.
SINDROME DE HELLP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variante de la Preeclampsia severa (PA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas + Proteinuria en 24 h $> a 300$ mg / tirilla positiva). ▪ Criterios diagnósticos: Hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y disminución de plaquetas (LP). ▪ COMPLETO*: los tres criterios diagnósticos. ▪ INCOMPLETO*: uno o dos de los criterios diagnósticos.
SINDROME DE HELLP Clase I**	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaquetas: $< 50\ 000$ plaquetas/mm³ ▪ LDH: >600 UI/L. ▪ TGO, TGP o ambas: >70 UI/L.
SINDROME DE HELLP CLASE II**	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaquetas: > 50.000 y < 100.000 plaquetas/ mm³ ▪ LDH: >600 UI/L. ▪ TGO, TGP o ambas: >70 UI/L.
SINDROME DE HELLP CLASE III**	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaquetas: >100.000 y <150.000 plaquetas/ mm³ ▪ LDH: >600 UI/L. ▪ TGO, TGP o ambas: >40 UI/L.

* Clasificación de Mississippi.

** Clasificación de Tennessee.

DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo mayor de 20 semanas. ▪ Si embarazo menor de 20 semanas sospeche de hipertensión arterial crónica. ▪ Antecedentes de trastornos hipertensivos gestacionales en embarazos previos o hipertensión arterial crónica. ▪ Asintomática o sintomática variable: cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náusea, vómito, ictericia. ▪ Convulsiones tónico clónicas o coma. <p>Factores de riesgo adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer embarazo. • ≥ 10 años de diferencia desde el último parto. • Edad ≥ 40 años. • IMC ≥ 35. • Historia familiar de preeclampsia (madre o hermana). • Condiciones patológicas subyacentes: Hipertensión, enfermedad renal o diabetes preexistente, presencia de Ac antifosfolipídicos.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TA diastólica >90 mm Hg en dos tomas separadas por 4 horas. Si el parto es un hecho o hay criterios de gravedad se acepta un intervalo menor en las dos tomas. ▪ Reflejos osteotendinosos positivos: escala de 0 a 5. ▪ Edema de miembros inferiores no es un signo diagnóstico de preeclampsia, puede estar o no presente; el 70% de las embarazadas sin patología lo presentan. ▪ Actividad uterina presente o no.
EXAMENES DE LABORATORIO	<p>EVALUACION MATERNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación hematológica: hematocrito, hemoglobina, (Anemia hemolítica con esquistocitosis) recuento plaquetario ($<150.000/mm^3$), grupo y factor, TP, TTP, HIV (previo consentimiento informado). ▪ Evaluación de la función renal: creatinina, urea, ácido úrico, EMO, Urocultivo, proteinuria en tirilla reactiva, si es positiva solicite proteinuria en 24 horas. ▪ Evaluación hepática: transaminasas (TGO, TGP > 40 UI/L), bilirrubinas, (>1.1 mg/dl. a expensas de la indirecta) deshidrogenasa láctica (LDH: >600 U/L). ▪ Evaluación metabólica: Glucosa. ▪ Ecografía hepática en sospecha de hematoma subcapsular. ▪ Electrocardiograma, ecocardiograma, fondo de ojo, clearance de creatinina en hipertensión crónica. <p>EVALUACION FETAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil Biofísico y/o flujometria doppler en >28 semanas. ▪ Monitoreo fetal Electrónico a partir de 28 semanas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Hipertensión crónica.
- Hipertensión secundaria a otras etiologías.
- Hígado graso agudo del embarazo.
- Colestasis intrahepática.
- Hepatitis viral.
- Cirrosis.

TRATAMIENTO GENERAL DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

OBJETIVOS TERAPEUTICOS	ACCIONES TERAPEUTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • PREVENCION DE ECLAMPSIA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de sulfato de magnésio ▪ También para el tratamiento de Eclampsia.
<ul style="list-style-type: none"> • CONTROL DE CRISIS HIPERTENSIVA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de antihipertensivos si TA diastolica >110 mm Hg
<ul style="list-style-type: none"> • TOCOLISIS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para prolongar al menos 48 - 72 horas el embarazo
<ul style="list-style-type: none"> • MADURACION PULMONAR FETAL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de corticoides en embarazos < de 34 semanas 6 días
<ul style="list-style-type: none"> • TRANSFERENCIA OPORTUNA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de referencia y contrarreferencia a Unidad de resolución perinatal especializada dentro del Sistema Nacional de Salud-
<ul style="list-style-type: none"> • DECIDIR VIA DE FINALIZACION DEL EMBARAZO 	<p>Signos de agravamiento materno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convulsiones (eclampsia). ▪ TA diastólica \geq a 110 mm Hg o TA sistólica \geq a 160 mm Hg mantenidas pese a tratamiento hasta por 6 horas. ▪ Oliguria (diuresis menor a 1cc/Kg/h). ▪ Proteinuria >3 g / 24 horas o +++/++++ en tirilla reactiva. ▪ Síndrome de HELLP. <p>Signos de compromiso fetal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oligohidramnios ILA <4. ▪ Perfil biofisico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas. ▪ En arteria umbilical (AU): Índice de resistencia (IR) y pulsatilidad (IP) aumentados. Ausencia o inversión de diástole. ▪ En arteria cerebral media (ACM) disminución de índice de resistencia y pulsatilidad. ▪ Relación IR ACM / IR AU < 1. ▪ Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico
<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar el embarazo por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional, con consentimiento informado si existen signos de gravedad maternos o fetales. 	

TRATAMIENTO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.

PROTOCOLO DE MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Realice evaluación clínica y obstétrica por médico de mayor experiencia en obstetricia (no interno rotativo) que incluya cada 30 minutos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ tensión arterial. ▪ frecuencia cardiaca. ▪ frecuencia respiratoria. ▪ temperatura. ▪ reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5). ▪ estimación de la edad gestacional. ▪ frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. ▪ examen vaginal para ubicación en etapa de labor de parto correspondiente. 	X	X	X
3. Valore el nivel de conciencia y la presencia o ausencia de convulsión. Si antecedente o constatación de crisis convulsivas tónico clónicas, sospeche firmemente en: ECLAMPSIA.	X	X	X
4. Con el diagnóstico probable de ECLAMPSIA, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO. (ver más adelante)	X	X	X
5. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo.	X	X	X
6. Solicite aquellos exámenes que no consten en la Historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados que incluyan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo y factor, TP, TTP, plaquetas, HIV (previo consentimiento informado) VDRL. ▪ Glucosa, Creatinina, urea, ácido úrico, ▪ TGO, TGP, BT, BD, BI, deshidrogenasa láctica ▪ EMO, proteínuria en tirilla reactiva. ▪ Si proteinuria en tirilla reactiva es POSITIVA, solicite Proteinuria en 24 horas. 	X	X	X
7. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
8. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
9. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
SI EMBARAZO MENOR DE 20 SEMANAS.	NIVEL		
10. Si embarazo menor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg sospeche HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA.	X	X	X
11. Realice proteinuria en tirilla.	X	X	X
12. SI proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA SIN PROTEINURIA.	X	X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenga la medicación antihipertensiva que está tomando la paciente, Considere utilizar tratamiento antihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h, o ▪ nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o ▪ nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h. 			
<p>13. Valore la necesidad de hospitalización o referencia si presenta signos de descompensación de cifras tensionales crónicas, o:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad materna: >40 años. ▪ Multiparidad con historia previa de trastorno hipertensivo gestacional. ▪ Duración de la hipertensión: >15 años. ▪ Diabetes mellitus (Clases B a F). ▪ Enfermedad renal (por cualquier causa). ▪ Miocardiopatía. ▪ Colagenopatía. ▪ Coartación de la aorta. ▪ Antecedentes de accidente cerebro vascular. ▪ Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva. 	X	X	X
14. Tratamiento de crisis hipertensivas y finalización del embarazo según protocolo (Ver más adelante).	X	X	X
<p>15. Si proteinuria en tirilla es POSITIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.</p>	X	X	X
16. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Trabaje de manera multidisciplinaria con Obstetricia, Cardiología, Medicina Interna y Nutrición para compensar crisis.	X	X	X
SI EMBARAZO MAYOR DE 20 SEMANAS	NIVEL		
17. Si embarazo mayor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg o sintomatología agravante disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
18. Realice proteinuria en orina. SI proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION GESTACIONAL.	X	X	X
<p>19. SI proteinuria en tirilla es POSITIVA sospeche en: PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA. SINDROME DE HELLP. HIPERTENSION CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.</p>	X	X	X
20. Indique reposo relativo (es razonable aunque no modifica el curso del estado hipertensivo gestacional) y evitar situaciones estresantes.	X	X	X
21. NPO si se encuentra eclampsia, Síndrome de HELLP o decisión de finalizar el embarazo. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta normocalórica sin restricción de sodio, en caso de manejo expectante. 	X	X	X
22. Canalización de vía intravenosa con Catlon 16 o 18 para administración de cristaloides (SS 0,9% o Lac Ringer) a 125 cc/h hasta 24 horas. posparto. No use coloides de primera elección.	X	X	X

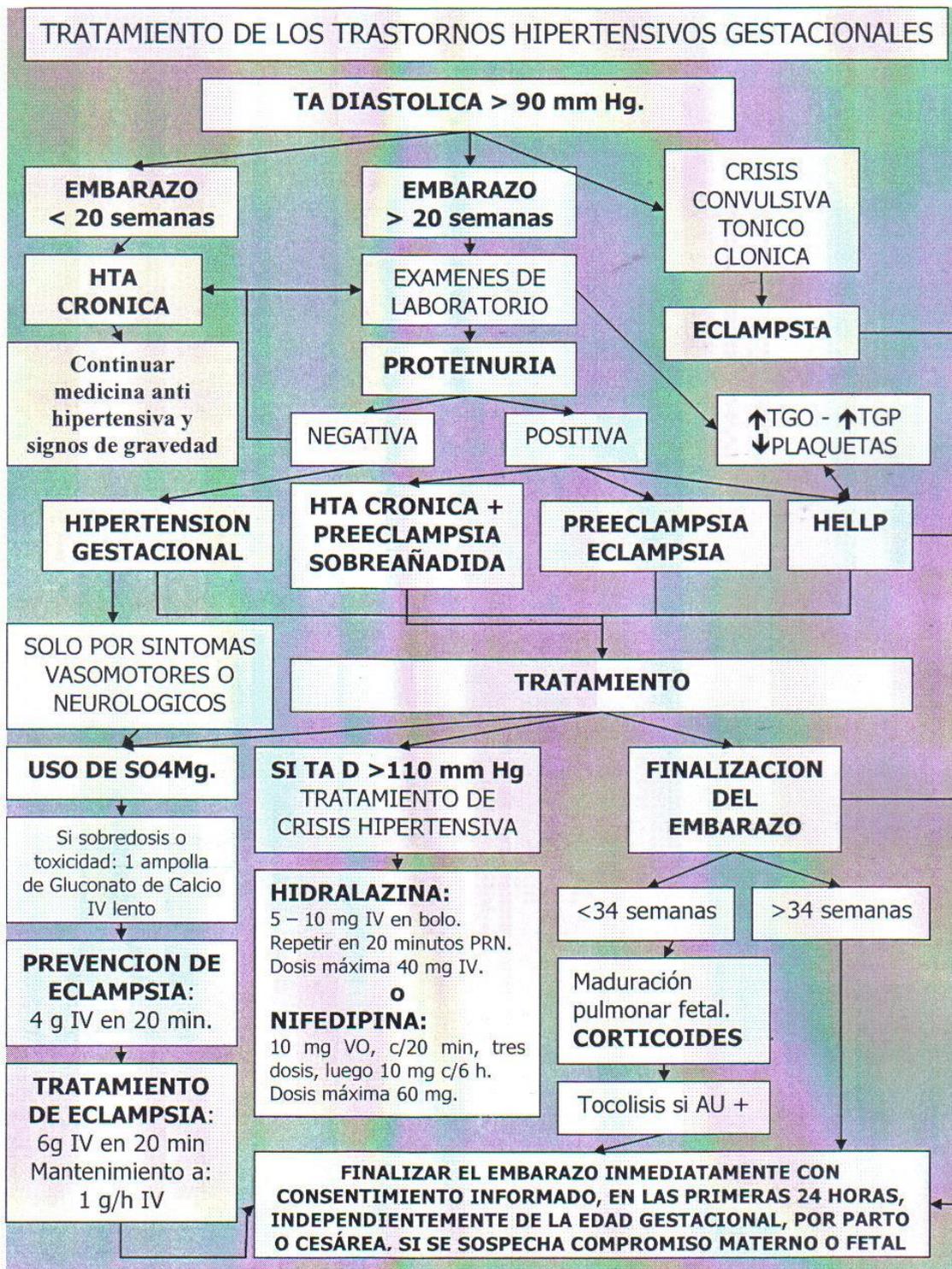
23. Recoja sangre para exámenes (tubos de tapa lila, azul y roja) y prueba de coagulación junto a la cama (véase adelante) inmediatamente antes de la infusión de líquidos.	X	X	X
24. Cateterice la vejiga y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.	X	X	X
25. Control de signos vitales mínimo cada 30 minutos que incluya: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5), FCF (por cualquier método) y actividad uterina (mientras no se produzca el parto). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si está en labor de parto maneje acorde con protocolo y registro en partograma. ▪ Mantenga el control mínimo cada 8 horas desde el parto hasta el momento del alta. 	X	X	X
26. Administre oxígeno 10 l/min por mascarilla o a 4-6 l/min por catéter nasal si dificultad respiratoria, compromiso de bienestar fetal o eclampsia	X	X	X
27. Comunique del caso al Servicio de Neonatología.	X	X	X
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA	NIVEL		
28. USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA <u>PREVENCIÓN</u> DE ECLAMPSIA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DOSIS DE IMPREGNACION: 4 g SO4 Mg IV en 20 minutos. ▪ DOSIS DE MANTENIMIENTO: 1g/hora IV en bomba de infusión de preferencia. ▪ EN TODA PREECLAMPTICA INDEPENDIENTE DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGIA VASOMOTORA O NEUROLOGICA. ▪ EN HIPERTENSION GESTACIONAL EXCLUSIVAMENTE SI LA PACIENTE PRESENTA SINTOMATOLOGIA VASOMOTORA O NEUROLOGICA IMPORTANTE QUE ANTICIPE ECLAMPSIA. ▪ EN HIPERTENSION CRONICA NO ES NECESARIO EL USO DE SULFATO DE MAGNESIO. ▪ Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) por la excreción renal del Sulfato de Magnesio. ▪ Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis ecláptica. 	X	X	X
29. USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA <u>TRATAMIENTO</u> DE ECLAMPSIA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DOSIS DE IMPREGNACION: 6 g SO4 Mg IV en 20 minutos. ▪ DOSIS DE MANTENIMIENTO: 2g/hora IV en bomba de infusión de preferencia. ▪ Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) ▪ Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis ecláptica 	X	X	X
30. SUSPENDA O RETARDE EL SULFATO DE MAGNESIO SI: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia respiratoria < 16 respiraciones por minuto. ▪ Reflejos osteotendinosos están ausentes. ▪ Diuresis < 30 cc/h durante las 4 horas previas. 	X	X	X

<p>Tenga el antídoto preparado en caso de depresión o paro respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administre Gluconato de Calcio 1 g IV (1 ampolla de 10 cc de solución al 10%) lentamente hasta que comience la autonomía respiratoria. ▪ Ayude a la ventilación con máscara/bolsa, aparato de anestesia o intubación. ▪ Administre oxígeno a 4 l/min por cateter nasal o 10 l/min por máscara. 			
<p>TRATAMIENTO DE CRISIS HIPERTENSIVAS</p>	NIVEL		
<p>31. Si TA diastólica >110 mm Hg administrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HIDRALAZINA 5 – 10 mg IV en bolo, repetir en 20 minutos si no cede la crisis. Dosis máxima 40 mg IV. ▪ NIFEDIPINA 10 mg VO, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas Dosis máxima 60 mg. <ul style="list-style-type: none"> • La TA diastólica no debe bajar de 90 mm Hg, sobre todo en las hipertensas crónicas. • Si no se controla la TA con nifedipina e hidralazina a las dosis máximas, la paciente debe ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo. 	X	X	X
<p>CONSIDERE MANEJO EXPECTANTE DE LA HIPERTENSION CRONICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA SOLO EN LOS CASOS QUE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con las medidas iniciales la PA se controla. • PA sistólica entre 140 – 155 mm Hg. • PA diastólica entre 90 -105 mm Hg. <p>Considere utilizar tratamiento anihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h; o • nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o • nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h. 	X	X	X
<p>32. Si dispone de ecografía abdominal verifique la edad gestacional e ILA, en busca de signos de restricción de crecimiento fetal.</p>	X	X	X
<p>33. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO.</p>	X	X	X
<p>FINALIZACION DEL EMBARAZO</p>	NIVEL		
<p>34. Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 24 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, , si se sospecha compromiso materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TA diastólica =o> 110 mm Hg o TA sistólica =o>160 mm Hg mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas. ▪ Oliguria menor a 30 cc/h (diuresis menor a 1cc/Kg/h) ▪ Proteinuria en 24 horas >3 gr. ó +++/++++ en tirilla reactiva. 		X	X

<p>Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 12 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, , si se sospecha compromiso materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convulsiones (eclampsia) ▪ Síndrome de HELLP agravado por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaquetopenia <50.000 / mm³ ▪ LDH: > 1400 UI/L ▪ TGO: > 150 UI/L ▪ TGP: > 100 UI/ L ▪ Acido Úrico: > 7,8 mg/dl ▪ Creatinina: > 1 mg/dl 			
<p>Finalizar el embarazo inmediatamente con consentimiento informado, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, , si se sospecha compromiso materno del bienestar fetal (ver capítulo):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oligohidramnios ILA <4. ▪ Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico. ▪ Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas. ▪ En arteria umbilical: Índice de resistencia y pulsatilidad aumentados. Ausencia o inversión de diástole. ▪ En arteria cerebral media disminución de índice de resistencia y pulsatilidad. ▪ Relación IR arteria cerebral media / IR arteria umbilical < 1. 		X	X
<p>35. Terminación de embarazo por cesárea: se indicará cesárea con incisión media infraumbilical a través de la cual se debe visualizar (no palpar o explorar) un eventual hematoma subcapsular hepático, sólo en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo < 32 semanas y Bishop < 6. • Síndrome de HELLP con signos de gravedad. • Coagulación intravascular diseminada (ver complicaciones de HELLP más adelante). 		X	X
<p>36. Si plaquetas < 100. 000 mm³ se contraindica la anestesia peridural.</p>		X	X
<p>37. SI EMBARAZO >34 SEMANAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bishop < 6 = Maduración cervical. ▪ Bishop > 6 y actividad uterina < 3/10 = CONDUCCION. ▪ Bishop > 6 y actividad uterina > 3/10 = EVOLUCION ESPONTANEA. 		X	X
<p>38. SI EMBARAZO <34 SEMANAS Y:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LA CONDICION DE TA ES ESTABLE. ▪ SIN CRISIS HIPERTENSIVAS. ▪ SIN SIGNOS DE COMPROMISO MATERNO O FETAL. <p>▪ TOCOLISIS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ si embarazo < 34 semanas. • NIFEDIPINA 10 mg VO cada 15 minutos por 4 dosis, luego 20 mg cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. • O INDOMETACINA (sólo en < 32 semanas) 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o por 72 horas. <p>▪ MADURACIÓN PULMONAR FETAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si embarazo >24 y <34 semanas con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis). ▪ Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis). 		X	X

39. Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejo de líquidos por vía IV cristaloides (Lactato ringer, solución salina 0.9%), control de signos vitales estrictos y exámenes seriados cada 24 horas para determinar parámetros de gravedad que indiquen terminación del embarazo de inmediato.		X	X
40. EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO NO DIFIERE DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO DE BAJO RIESGO. (VER PROTOCOLO DE MANEJO DE PARTO NORMAL)		X	X
41. Manténgase atento a las complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo en especial el Síndrome de HELLP : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematoma subcapsular hepático. ▪ Ruptura hepática. ▪ Coagulación intravascular diseminada. ▪ Falla renal. ▪ Edema agudo de pulmón. ▪ Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. ▪ Hemorragia posparto. (ver protocolo de manejo más adelante).		X	X
42. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
43. Programe una cita para control posparto acorde con manejo de puerperio y reevalúe a la paciente 12 semanas posparto para redefinición de diagnóstico definitivo de trastorno hipertensivo gestacional.		X	X
44. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X

FLUJOGRAMA DE ATENCION Y TOMA DE DECISIONES



MANEJO DE COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y SINDROME DE HELLP

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO

DEFINICION.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO	<p>Presencia de sangre libre entre el parénquima hepático y la cápsula de Glisson, debido a la confluencia de microhemorragias provocadas por la necrosis hemorrágica periportal. La rotura del hematoma produce alta morbilidad y mortalidad por el shock hipovolémico subsiguiente.</p>
--------------------------------------	---

DIAGNOSTICO DE HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico o sospecha diagnóstica de preeclampsia - eclampsia complicada con síndrome de HELLP.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persistencia del dolor epigástrico o en abdomen superior a pesar del tratamiento con sulfato de magnesio y antihipertensivos. ▪ Signos de hipovolemia o anemia aguda <ul style="list-style-type: none"> ▪ pulso rápido y débil (110 por minuto o más); ▪ presión arterial baja (sistólica < 90 mm Hg) ▪ además se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal. ▪ sudoración o piel fría y húmeda; ▪ respiración rápida de 30 o más por minuto; ▪ ansiedad, confusión o inconsciencia; ▪ oliguria de menos de 30 ml por hora. ▪ Cifras tensionales persistentemente altas. ▪ Compromiso del estado general ▪ Signos de peritonismo por Hemoperitoneo ▪ Visualización transquirúrgica de hematoma
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visualización del hematoma por imagen: ecografía, TAC, RM. ▪ Caída del hematocrito – hemoglobina. ▪ Pruebas de función hepática francamente elevadas.

**TRATAMIENTO DEL HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO COMO
COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS
GESTACIONALES Y SINDROME DE HELLP**

PROTOCOLO DE MANEJO DEL HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO COMO COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SINDROME DE HELLP (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO INMEDIATO			
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique a los familiares y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Hágase cargo de la situación, evite confusiones mediante la presencia de una sola persona que comande las acciones.	X	X	X
4. Pida ayuda. Movilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
5. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).	X	X	X
6. Coloque a la embarazada de lado izquierdo para reducir al mínimo el riesgo de aspiración en caso de que vomite, para asegurar que la vía aérea esté despejada y lograr adecuada perfusión uterina.	X	X	X
7. Abrigue a la mujer para evitar el enfriamiento.	X	X	X
8. Eleve las piernas para aumentar el retorno venoso (eleve el borde inferior de la cama).	X	X	X
9. Si la condición de la paciente es estable y permite realizar ecografía abdominal y hepática donde se confirma diagnóstico de hematoma subcapsular hepático aplique tratamiento conservador del hematoma no roto en espera de resolución espontánea.	X	X	X
10. APLIQUE EL PROTOCOLO DE MANEJO DEL SHOCK HIPOVOLEMICO Y TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS.	X	X	X
11. Si la condición de la paciente permite realizar ecografía abdominal y hepática confirme diagnóstico de hematoma subcapsular hepático. Si la condición es inestable, NO ESPERE la confirmación por imagen y aplique tratamiento quirúrgico emergente del hematoma subcapsular roto.	X	X	X
12. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
13. Según necesidad proceda a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ evacuación y empaquetamiento del hematoma roto. ▪ sutura o resección hepática (alta mortalidad). ▪ la embolización angiográfica puede ser una buena alternativa, pero difícil de instituir en casos de extrema urgencia. 		X	X
14. Manejo posquirúrgico de Cuidados Intensivos hasta estabilización y pase a piso o sea dada de alta.		X	X
15. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
16. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en		X	X

la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.

MANEJO DE COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y SINDROME DE HELLP

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID)

DEFINICION

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA	Trastorno hematológico y sistémico caracterizado por la formación y destrucción acelerada de fibrina, teniendo como etiología alguna patología obstétrica, principalmente el síndrome de HELLP.
---	--

DIAGNOSTICO DE CID SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none">▪ Diagnóstico o sospecha diagnóstica de preeclampsia - eclampsia complicada con síndrome de HELLP.▪ Patología obstétrica de base:<ul style="list-style-type: none">• preeclampsia• eclampsia,• síndrome de HELLP,• desprendimiento normoplacentario• sangrado tercer periodo• placenta previa• obito fetal• sepsis de cualquier origen
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none">▪ Presencia de hematuria, gingivorragia, epistaxis, petequias, equimosis y/o hematomas.▪ Sangrado espontáneo en sitios de punción o quirúrgicos.▪ Falta de formación del coágulo o coágulo inestable.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none">▪ Prueba de coagulación frente a la cama prolongada.▪ Fibrinógeno disminuido $< 300\text{mg/dl}$.▪ Productos de degradación del fibrinógeno elevados.▪ Plaquetas $< 100.000\text{ mm}^3$.▪ Dímero D $>40\text{ mg/dl}$.▪ TP $> 14\text{ segundos}$.▪ TTP $> 40\text{ segundos}$.

TRATAMIENTO DE CID COMO COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SD DE HELLP

PROTOCOLO DE MANEJO DE COAGULOPATIA INTRAVASCULAR DISEMINADA COMO COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SINDROME DE HELLP (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
MANEJO INMEDIATO	I	II	III
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique a los familiares y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Pida ayuda. Movilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
4. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).	X	X	X
5. APLIQUE EL PROTOCOLO DE MANEJO DEL SHOCK HIPOVOLEMICO Y TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS (si aplica ver protocolo).	X	X	X
6. MANEJO DE LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA. Si se sospecha coagulación intravascular diseminada, no demore el tratamiento mientras espera los resultados de los estudios de coagulación.	NIVEL		
7. Identifique la causa e inicie el tratamiento etiológico.	X	X	X
8. Administre uterotónico para promover la contracción (si aplica).	X	X	X
9. Reanimación hemodinámica con cristaloides igual al shock hipovolémico.	X	X	X
10. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
11. Uso de sangre y hemocomponentes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ CGR para incrementar el transporte de oxígeno. ▪ Plasma fresco congelado 15 ml/kg, para corregir las alteraciones en la coagulación y reducir el TP y TTP prolongado un 50%, o el INR superior 1.5 administrar plasma fresco congelado. Administre hasta que el TP esté 2-3 segundos menos que el de la base. ▪ POR CADA 5 UNIDADES DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SE ADMINISTRA UNA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO. ▪ Crioprecipitados 10 unidades cuando el fibrinogeno sea menor a 100mg por valor de laboratorio o por prueba de coagulación junto a la cama. Cada unidad de crioprecipitados aumenta 10 mg de fibrinógeno. Administre un plasma fresco congelado por cada 2 – 3 unidades de crioprecipitado. ▪ Concentrados plaquetarios 1-3 unidades/10 Kg de peso; si las plaquetas están menos de 50.000 / mm³. Cada unidad incrementa el recuento en por lo menos 5000 plaquetas. ▪ Mantenga el recuento plaquetario en más de 50000 / mm³. 		X	X

12. Vigilancia intensiva de signos vitales y diuresis hasta estabilización, pase a piso o alta.		X	X
13. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
14. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X

MANEJO DE COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y SINDROME DE HELLP

EDEMA AGUDO DE PULMON

DEFINICION

EDEMA AGUDO DE PULMON	Paso de líquido desde los capilares pulmonares al espacio alveolar. El desequilibrio entre la presión hidrostática y la presión oncótica del alveolo determina la presencia de exudado espumoso en el alvéolo que impide la oxigenación normal.
------------------------------	--

DIAGNOSTICO DE EDEMA AGUDO DE PULMON SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico o sospecha diagnóstica de preeclampsia - eclampsia complicada con síndrome de HELLP.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de disnea grave, generalmente acompañada de tos y de expectoración espumosa rosada. • Ansiedad, cianosis, taquicardia y taquipnea. • A la auscultación rales finos húmedos que inician en las bases y tienden a elevarse en los campos pulmonares. • Sobrecarga de líquidos. • Falla cardiocirculatoria.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oximetría de pulso disminuida. ▪ Gasometría con acidosis respiratoria y metabólica.

**TRATAMIENTO DEL EDEMA AGUDO DE PULMON COMO COMPLICACION DE
LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SINDROME DE
HELLP**

PROTOCOLO DE MANEJO DEL EDEMA AGUDO DE PULMON COMO COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SINDROME DE HELLP (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO INMEDIATO			
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique a los familiares y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Hágase cargo de la situación, evite confusiones mediante la presencia de una sola persona que comande las acciones.	X	X	X
4. Pida ayuda. Movilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
5. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).	X	X	X
6. APLIQUE EL PROTOCOLO DE MANEJO DEL SINDROME DE HELLP.	X	X	X
7. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
MANEJO ADICIONAL DEL EDEMA AGUDO DEL PULMON	NIVEL		
8. Identifique la causa e inicie el tratamiento etiológico.		X	X
9. Posición sentada con las piernas hacia abajo.		X	X
10. Oxígeno al 100% con mascarilla o con presión positiva. Intubación en los casos severos.		X	X
11. Morfina 5-15 mg. IV. Se debe evitar en pacientes con alteración de la conciencia, enfermedad pulmonar crónica severa, o aumento de la presión intracraneal.		X	X
12. Furosemida IV 40 mg. Y repetir a necesidad, sin sobrepasar 120Mg/hora.		X	X
13. Digitálicos: Si están indicados. Digoxina 0,5 – 1 mg. IV y luego 0,25 mg c/6 horas. Como alternativas: Lanatósido C (Cedilanid) 0,8 mg. IV seguidos de 0,4 mg c/6 horas por dos ocasiones.		X	X
14. Flebotomía fisiológica con torniquetes en 3 de las 4 extremidades con rotación de c/15 minutos.		X	X
15. Monitorización cardíaca continua, oximetría de pulso. TA, monitoreo materno fetal electrónico.		X	X
16. Vigilancia intensiva de signos vitales y diuresis hasta estabilización, pase a piso o alta.		X	X
15. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
16. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena,		X	X