

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

**TEMA: CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS EN ATENCIÓN PRENATAL
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE
SAN ANTONIO DE IBARRA 2014.**

INVESTIGADORAS:

SÁNCHEZ CERÓN ALEXANDRA ESTEFANÍA
VARELA LÓPEZ LISETH NOHEMI

DIRECTORA DE TESIS: MSC. MARITZA ÁLVARES.

IMBABURA – ECUADOR

PÁGINA DE APROBACIÓN

En mi calidad de Director del Trabajo de Grado presentado por las señoritas Sánchez Cerón Alexandra Estefanía & Varela López Liseth Nohemí , para optar por el Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, cuyo tema es: **CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS EN ATENCIÓN PRENATAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO DE IBARRA 2014.** Considero que el presente trabajo reúne requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador que se digne.

En la ciudad de Ibarra 1 día del mes de Abril del 2015.



FIRMA DEL TUTOR DE TESIS

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información.

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA	100454504-0
DIRECCION	Juan de Albarracín y Petrona Cortez
EMAIL	stfis93_03@hotmail.com
TELEFONO FIJO Y MOVIL	062-923307 / 0991076218
DATOS DE LA OBRA	
TITULO	CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS EN ATENCIÓN PRENATAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO DE IBARRA 2014.
AUTORAS	Sánchez Estefanía – Varela Liseth
FECHA	01/04/2015
TITULO POR EL QUE OPTA	LICENCIATURA EN ENFERMERIA
DIRECTOR DE TESIS	Msc. Maritza Álvarez

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA	100350629-0
DIRECCION	Urbanización IOA – Nina Pacha y los Sarances
EMAIL	liznohemy@hotmail.com
TELEFONO FIJO Y MOVIL	062-923287/ 0994130840
DATOS DE LA OBRA	
TITULO	CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS EN ATENCIÓN PRENATAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO DE IBARRA 2014.
AUTORAS	Sánchez Estefanía – Varela Liseth
FECHA	01/04/2015
TITULO POR EL QUE OPTA	LICENCIATURA EN ENFERMERIA
DIRECTOR DE TESIS	Msc. Maritza Álvarez



AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Nosotras, en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, al 1 día del mes de Abril de 2015.

LA AUTORAS:

Sánchez-Estefanía

C.I 100454504-0

Varela Liseth

C.I 100350629-0

ACEPTACIÓN:

Ing. Betty Chávez

JEFE FE BIBLIOTECA

FACULTADO POR RESOLUCIÓN DE CONSEJO UNIVERSITARIO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Estefanía, expreso mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4,5 y 6 en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado; **CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS EN ATENCIÓN PRENATAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO DE IBARRA 2014**, que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciatura en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. Suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, al 1 día del mes de Abril de 2015.

LAS AUTORAS:



Estefanía Sánchez

CI. 10045450-4



Liseth Varela

CI. 100350629-0

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo va dirigido con gratitud a nuestros docentes, por inculcarnos en el camino de la superación científica, técnica y humanística en especial a la MSC. Maritza Álvarez, quien con nobleza y entusiasmo nos brindó su apoyo para poder alcanzar tan anhelada meta.

A nuestros padres que con su constante esfuerzo, fueron los portadores de amor, ánimo y continuidad en nuestra profesión, tomando en cuenta de manera especial que sin su apoyo incondicional no hubiéramos podido llegar a ser lo que hoy en día somos.

A Dios que con su gran poder día a día nos ilumina guiándonos por el buen camino derramando sobre nosotras las más lindas y puras bendiciones para poder salir adelante.

Y a nuestra Universidad, porque en ella recibimos la mejor educación para servir a nuestra sociedad, como muestra de que lo escogido desde un inicio, sin duda alguna dará los frutos esperados, durante toda nuestra vida laboral.

Liseth; Estefanía

DEDICATORIA

Al culminar una etapa de nuestras vidas y cumplir un sueño de tantos, dedicamos este presente proyecto a nuestros padres, hermanos y a Dios, que con su empuje, coraje y la confianza puesta en nosotros hemos logrado alcanzar tan dichoso sueño, porque en gran parte gracias a ellos, hoy podemos ver alcanzada una más de nuestras metas, ya que siempre estuvieron impulsándonos en los difíciles momentos que se nos presentaron en el camino de nuestro gran éxito que hoy con felicidad y algarabía queremos dedicársela, porque sin duda ellos son los creadores de nuestro futuro y con ello también los responsables de ser los protagonistas de hacer de nosotras un ser útil a la patria y a la sociedad, ya que sin su apoyo constante no hubiésemos alcanzado nuestra meta, que nos ha hecho crecer como grandes seres humanos con actitud para salvar vidas.

Liseth; Estefanía

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	85
Tabla 2	86
Tabla 3	87
Tabla 4	88
Tabla 5	89
Tabla 6	90
Tabla 7	92
Tabla 8	93
Tabla 9	94
Tabla 10	95
Tabla 11	96
Tabla 12	97
Tabla 13	98
Tabla 14	99
Tabla 15	100
Tabla 16	101
Tabla 17	102
Tabla 18	103
Tabla 19	104
Tabla 20	105
Tabla 21	106
Tabla 22	107
Tabla 23	108

**CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS EN ATENCIÓN PRENATAL DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE SAN
ANTONIO DE IBARRA 2014.**

RESUMEN

La presente investigación, estableció la problemática del deficiente cumplimiento de las normas en atención prenatal por parte del personal de enfermería en el Sub Centro de Salud de San Antonio de Ibarra 2014, basándose en la observación directa, se generó un análisis en el entorno, para conocer los factores que lo causaren. Para verificar y analizar dichas falencias se utilizó como instrumento una encuesta y lista de chequeo, que se aplicó al personal de enfermería, usuarias embarazadas y en revisión de Historias Clínicas dentro de la unidad operativa. El universo constituyó 400 embarazadas, en la que para la selección de la muestra se aplicó la fórmula estadística, obteniendo como resultado $n= 100$. Para la selección de 120 historias clínicas, se realizó la revisión del RDCCA que manejan los profesionales dentro de la unidad operativa, y para el levantamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS-STATISTICS versión 20. La investigación que se utilizó es la de campo, que permitió conocer las falencias del personal de enfermería en la aplicación de normas en atención prenatal, y como resultado para mejora del mismo se concretó en la implementación de una propuesta con varias actividades a realizarse dentro de la unidad operativa en un periodo de tiempo determinado. Los resultados del cumplimiento de las normas, comparadas con el manual del control prenatal que maneja el MSP, no se cumple al 100%, acotando que debido a la importancia que merece el binomio, la atención a las pacientes debe ser de calidad y con calidez, para

que estos parámetros se cumplan deben las enfermeras ser conscientes del papel que desempeñan en la salud pública con responsabilidad social y humanidad, no solo para hacer prevalecer el nivel profesional, sino para precautelar la salud de los habitantes con compromiso social.

SUMMARY

The present investigation, it established the problematics of the deficient fulfillment of the procedure in prenatal attention on the part of the personnel of infirmary in the Sub Centro of Health of Ibarra's San Antonio 2014, being based on the direct observation, an analysis was generated in the environment, to know the factors that will cause it. To check and to analyze the above mentioned failings there was in use as instrument a survey and list of checkup, which was applied to the personnel of infirmary, usuarias pregnant women and in review of Clinical Histories inside the operative unit. The universe constituted 400 pregnant women, in that for the selection of the sample the statistical formula was applied, obtaining like proved $n = 100$. For the selection of 120 clinical histories, there was realized the review of the RDCCA that they handle professionals inside the operative unit, and for the raising of the information there was in use the statistical package SPSS-STATISTICS version 20. The investigation that was in use is that of field, which allowed to know the failings of the personnel of infirmary in the application of procedure in prenatal attention, and as result for improvement of the same one it concentrated in the implementation of an offer with several activities to realizing inside the operative unit in a certain period of time. The results of the fulfillment of the procedure, compared with the manual of the prenatal control that the MSP handles, 100 % is not fulfilled, annotating that due to the importance that deserves the binomial, the attention to the patients must be of quality and with warmth, in

order that these parameters are fulfilled they owe the nurses to be conscious of the paper that they recover in the public health with social responsibility and humanity, not only to make to prevail the professional level, but for precautelar the health of the inhabitants with social commitment.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Único de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, define la atención de salud como el conjunto de servicios que prestan al usuario, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, los que prestarán con calidad, entendida ésta, como la provisión de los servicios accesibles y equitativos, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la vida o la salud, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (1).

Es por eso, que para la prestación de los servicios se requiere, además del personal tanto profesional como técnico, suficientemente ,capacitado, cuya formación demanda la interrelación entre las instituciones educativas y las entidades prestadoras de servicios de salud, con miras a preparar un futuro profesional cuyo desempeño contribuya a garantizar la prestación de los servicios con calidad y eficiencia.

Es importante anotar que la mortalidad materna se considera, hoy por hoy, como la punta visible de un gran bloque que representa una problemática mucho más compleja. A los profesionales de la salud les ha tomado mucho tiempo comprender la epidemiología de la enfermedad y de la muerte, dentro de un complejo más amplio que el del ámbito clínico, es decir, dentro de un contexto que encierra dos puntos de vista claros y reales: los derechos humanos y el cambio social. (1).

Dentro de la morbi-mortalidad materna en este contexto más global y se ha comprendido que el personal de enfermería es parte de una lucha más amplia, que necesita perspectivas nuevas para los problemas que aqueja desde hace tiempo, como la mortalidad materna. ¿Cómo lograr que los servicios de salud donde se atienden, las complicaciones del parto sean accesibles y aceptables para las mujeres? ¿Cómo hacer que esos servicios funcionen de manera armónica entre sí y con las expectativas de las mujeres en cuanto a dignidad y respeto, y atención médica segura y de calidad?.

Ecuador ocupa actualmente el puesto 98 (de un total de 187 países) de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano (IDH). Es decir, es calificado como una nación en desarrollo humano alto y estaría próximo a cumplir con 7 de los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) planteados en la Cumbre de las Naciones Unidas. (2).

Hay un punto pendiente: la mortalidad materna, que si bien se redujo en 44%, Ecuador no logra alcanzar una nota sobresaliente en este tema. Los trastornos hipertensivos del embarazo junto a las hemorragias y los procesos infecciosos generados en el momento del nacimiento o en el puerperio son las principales causas de mortalidad materna prevenibles en Ecuador y en América Latina. (2).

Uno de los elementos importantes para contribuir en la reducción de mortalidad materna es el desarrollo de un excelente control prenatal.

CAPITULO I

1. El problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Panamericana de la Salud señala que el 95% de las muertes maternas son evitables y que es posible disminuir esa cifra, con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto. (3).

La salud materna e infantil es una prioridad en todos los países de Latinoamérica y constituye un aspecto central de los objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, existe consenso internacional de que trasciende la esfera sanitaria y se constituye en un tema de derechos humanos básicos. Representa un desafío importante para los equipos de salud que han elaborado metodologías para promover y garantizar este derecho, una vez revisados los datos disponibles sobre la cobertura de la atención prenatal en América Latina. (4).

La comparación de las coberturas recientes de atención prenatal entre los países resalta que sólo Bolivia tuvo una cobertura menor al 50%, lo cual representa 2 controles prenatales, mientras que en Chile se efectúan 5 controles como normativa 3 lo cual no es cumplido, en Cuba, República Dominicana y Puerto Rico las coberturas de atención prenatal son superiores al 90% es decir se efectúan todos los controles prenatales. Se encontró que las coberturas de atención prenatal en Ecuador,

Guatemala, Honduras, México y Perú indican que acudieron a 4 visitas de las 5 establecidas en la normativa. Los organismos que regulan la salud sexual y reproductiva recomiendan mejorar el contenido de la atención a la asistencia primaria en salud y que debe ser un objetivo paralelo al aumento de las coberturas a los controles prenatales. (4).

El Ecuador ha logrado grandes avances en el tema de Salud Sexual y Reproductiva gracias a la implementación de políticas sobre el derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos de la población como la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Políticas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Plan de Reducción de la Mortalidad Materna, Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, Estrategia Nacional Integrada de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes, por tanto en el país según los datos obtenidos del censo del año 2010 la población es de 14.483.499 habitantes, el 50% son mujeres y de ellas el 42% se encuentran en edad fértil entre los 10 a 49 años de edad. La tasa global de fecundidad es de 2.6%; mientras que la tasa de mortalidad es del 4.3% y de mortalidad infantil es del 11 %; Razón de mortalidad materna del 69.7 %; Riesgo acumulado de muerte maternas de 27%; Partos atendidos por médico u obstetra 95 %; Partos atendidos de forma ambulatoria 10.2%. (5).

La poca divulgación de las normas, la falta de capacitación de los funcionarios, la escasez de recursos materiales son causas, entre otras, que inciden para el personal involucrado en la atención a la embarazada no pueda cumplir sus actividades en base a lo establecido como norma mínima. Las normas contemplan actividades que deben ser cumplidas por todo el personal que trabaja en la atención del embarazo.

La participación de enfermería en la consulta prenatal ha sido una actividad desarrollada desde el inicio del Ministerio de Salud Pública, desde ese entonces hasta la actualidad se viene actuando con diferentes enfoques de atención en salud. Esta

forma de participación intenta mejorar cada día los servicios de la consulta prenatal estableciendo prioridades en función de las necesidades de atención en estos grupos, de acuerdo a su mayor o menor vulnerabilidad de que estos padezcan determinado daño. (6).

El interés en la calidad de la atención de los profesionales de la salud tiene su origen no solo en el malestar expresado por los propios usuarios de los servicios institucionales de salud, sino también en el deseo de disminuir las desigualdades más graves del sistema de salud, que no se manifiestan exclusivamente en la cobertura, sino además en la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales. (7).

1.2. Formulación del Problema

¿El personal de enfermería que labora en el Sub Centro de Salud de San Antonio de Ibarra cumple con las normas de atención del embarazo?.

1.3. Objetivos

1.3.1. General:

- Evaluar el cumplimiento de las normas de atención de control prenatal, del personal de enfermería en el Sub Centro de Salud de San Antonio.

1.3.2. Específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento sobre normas de control prenatal al personal de enfermería del Sub Centro de Salud de San Antonio.
- Evaluar la satisfacción en atención prenatal de usuarias embarazadas que acuden al Sub Centro de Salud de San Antonio.
- Implementar un plan de intervención en el personal de enfermería para fortalecer los conocimientos sobre normas de control prenatal.

1.3.3. Preguntas de Investigación

- ¿Cómo evaluar el cumplimiento de las normas de atención materno-infantil al personal de enfermería.
- ¿Cómo evaluar la satisfacción por parte de las usuarias que reciben atención durante el control prenatal por parte del personal de enfermería?.
- ¿Qué actividades se realizará para reforzar los conocimientos del personal de enfermería dentro de la unidad operativa?.

1.4. Justificación

La morbimortalidad materna, según estadísticas a nivel mundial, nacional y local, es considerada hoy por hoy una de las problemáticas más complejas, a pesar de existir normas y lineamientos pre establecidos dentro de cada país como Ministerio de Salud Pública, por esta razón que se ha visto en la necesidad de evaluar el cumplimiento de las normas de atención prenatal en el personal de enfermería del Sub Centro de Salud de San Antonio de Ibarra, como área escogida para la presente investigación.

La investigación propuesta constituye un tema relevante para la profesión ya que somos parte un equipo multidisciplinario que tiene como objetivo primordial en el ámbito de la salud materna, mantener el bienestar físico, emocional y social vinculado al embarazo y el parto.

Por ende las normas y protocolos para la atención del control prenatal, debe constituirse en el instrumento diario de consulta para lograr la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de una condición dada, ya que permitirá identificar con anterioridad un posible riesgo y referir al nivel superior de complejidad con oportunidad, entendiéndose que la atención de la mujer embarazada es un proceso continuo y por niveles, inicia con el cuidado intrafamiliar y comunitario, continua con las acciones de atención primaria y secundaria donde normalmente debe culminar el proceso con la atención del parto y la asistencia del nacimiento seguro, ocasionalmente se identifican complicaciones es solo aquí donde el tercer nivel interviene con lo cual se establece claramente una RED CONE de atención materna-neonatal. Al actuar así se eleva la calidad y calidez de las

prestaciones, se mejora la oportunidad de acceso de las usuarias que lo requieren, se optimizan los servicios y se eleva la satisfacción de las/los usuarios.

Garantizar la gratuidad y la calidad dentro de la red pública integral de salud y sus correspondientes subsistemas. Incorporar personal médico y de otros servicios de salud, capacitado y especializado, dentro de los establecimientos de salud pública. Reestructurar el tercer nivel del sistema de salud pública, concentrándolo en la prestación de servicios especializados y de alta complejidad, para optimizar el funcionamiento del sistema de salud pública y evitar el congestionamiento de los servicios de atención. (8).

CAPITULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL REALIZADO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UNA IPS PÚBLICA, MANIZALES 2007.

Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo sobre la calidad del control prenatal realizado por el profesional de enfermería, en una IPS pública de Manizales en el año 2007. Las historias clínicas seleccionadas en la muestra se obtuvieron de las pacientes embarazadas inscritas en el programa de control prenatal de bajo riesgo, atendidas por las enfermeras(os) en los centros de salud de la red de servicios de una IPS en Manizales. El número de historias clínicas evaluadas fue de 120.

Se utilizó la técnica del muestreo para calcular el número total de gestantes inscritas en el programa de control prenatal de los centros asistenciales estudiados en el año 2007; el número total fue 613, con base en esta población se calculó una

muestra de 120, en la cual se tuvo en cuenta un 95% de confianza. Para la selección de la muestra, se empleó la tabla de números aleatorios.

Resultados

La implementación de la calidad en el control prenatal es una herramienta útil para disminuir la morbi-mortalidad materna. Dentro de este aspecto se contempla la calidad de los registros en los cuales se encontró que el peso, talla, edad gestacional, frecuencia cardíaca materna y fetal, altura uterina, formulación de micronutrientes y remisión al siguiente control cumplen con un criterio bueno. Por el contrario, la remisión al curso de preparación para el parto, solicitud de ecografía entre las semanas 19 y 24 de gestación y análisis de paraclínicos, se encuentran en un nivel de registro inferior al 70%.

Murillo y Miranda en su estudio publicado sobre la calidad del control prenatal encontraron que los antecedentes personales, familiares y obstétricos se consignaron en el 100% de los registros, en comparación con esta investigación se hallaron resultados muy similares que superan el 90% en el registro de estos datos.

Además en el estudio anteriormente citado el reporte de glicemia se encontró en la historia clínica en un 76%, en contraste la IPS descrita no tiene dentro de su normatividad interna ordenar la prueba de diabetes gestacional. Otro aspecto valorado fue la satisfacción de las usuarias con la atención brindada por el profesional de enfermería, en el cual se encontró que un 90% se sintió a gusto con la atención recibida durante el control prenatal, similar a otros estudios en donde se describió una complacencia con la atención prestada por la enfermera(o) del 100%.

Las gestantes manifestaron una preferencia por el profesional de enfermería sobre otros profesionales de la salud en la realización del control prenatal en un 84%, y una percepción del beneficio obtenido por el control del 88%.

La evaluación realizada a la dotación, infraestructura, encontró que los consultorios estaban dotados con los requisitos del Decreto 1043 con excepción de espéculos, camillas con estribos y portaobjetos, lo cual dificulta el examen ginecológico y la toma de muestras en el consultorio.

Para concluir, este estudio demuestra que la adherencia de los profesionales de enfermería a la Resolución 412 de 2000, es buena, es decir un nivel entre el 70-90%. La educación brindada a las gestantes acerca de: micronutrientes, lactancia materna, alimentación durante la gestación, fue buena lo que destaca la capacidad de enseñanza de los profesionales de enfermería a las usuarias.

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS CONTROLES PRENATALES Y SU INCIDENCIA EN LAS COMPLICACIONES POST PARTO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO AUGUSTO N MARTÍNEZ, AÑO 2012.

La presente investigación, estableció la problemática de la deficiente participación de la enfermera en los controles prenatales y su incidencia en las complicaciones postparto en el Sub Centro Augusto N. Martínez, año 2012, de manera que se generó un análisis en el entorno para conocer los eventos que los causaren, la investigación

que se utilizó es la de campo que permitió conocer las falencias, en la interpretación de los resultados permitió generar información del cambio en la institución, lo que concluye como necesidad una propuesta de participación comunitaria.

De tal manera que el cambio está orientado a la comunicación y promoción de visitas domiciliarias, las mismas que buscarán motivar a las mujeres en edad fértil a efectuarse un control prenatal, el mismo que mejore su calidad de vida en esta etapa para minimizar las complicaciones post parto y entonces el desarrollo comunitario sea el eje de eficiencia institucional.

Además se buscan nuevas alternativas de formación a las enfermeras de tal manera que el trabajo de las profesionales de la salud y los pacientes sean conjunto, de tal manera que disminuyan las complicaciones post-parto y la información prenatal sea eficiente y oportuna, por el bien de la comunidad de la parroquia Augusto N. Martínez y del buen vivir de sus habitantes.

Debido a la importancia que merece la atención de la madre y del neonato, la atención a las pacientes debe ser de calidad y con calidez, para que estos parámetros se cumplan deben las enfermeras ser conscientes del papel que desempeñan en la salud pública con responsabilidad social y humanidad, no solo para hacer prevalecer el nivel profesional del personal que laboran en los diferentes sub-centros de salud, sino para precautelar la salud de los habitantes con compromiso social.

Por lo tanto resulta de vital importancia trabajar unificadamente la comunidad de madres gestantes y puerperales con el personal de enfermería del sub-centro de salud de Augusto N. Martínez, con la finalidad de prevenir las complicaciones que se

pueden presentar luego del parto y promover de esta forma una campaña conjunta de información inclusiva para mejorar el estilo de vida de las madres y sus hijos y de las mujeres en estado de gestación. (9).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Reseña Histórica de San Antonio de Ibarra.

San Antonio de Ibarra es una parroquia rural que se encuentra en las faldas del Imbabura, que aparece o se puede identificar partir de los 500 a 1500 años después de Cristo durante el período llamado de integración perteneció al señorío de los Caranquis.

Fue creado civilmente el 24 de Marzo de 1693. Su creación la suscriben las autoridades del Corregimiento de Ibarra. El corregidor maese de campo, don Miguel de Aguinaga y el Secretario don José Recalde y Aguirre. Asimismo se señalan los límites parroquiales los mismos que se conservan hasta 1935, año de desmembración territorial y que en términos generales son: El cerró Imbabura, la villa de Ibarra, Caranqui, Atuntaqui y el Valle de Santiago, con su nombre San Antonio de Caranqui, con el pasar del tiempo San Antonio tuvo muchas disminuciones de terreno.

San Antonio de Ibarra es una parroquia unida y organizada que garantiza la equidad en el marco de su desarrollo integral y competitivo, con una población capacitada y potenciada en sus actividades artísticas, artesanales, agrícolas y empresariales a través del comercio asociativo ligado al turismo nacional e internacional y respaldos en el manejo sustentable de los recursos naturales que

proyecta el bienestar colectivo a los presentes y futuras generaciones, desarrollando circuitos eco turísticos que potencialicen nuestro entorno urbano.

La parroquia de san Antonio toma la categoría de parroquia rural del cantón de Ibarra el 29 de mayo de 1861, la junta parroquia resuelve institucionalizar como fecha cívica parroquial.

Actualmente cuenta con 19140 habitantes repartidos en 27 comunidades y barrios, cuya fuente principal de ingresos económicos es la fabricación de artesanías en madera y piedra. (10).

Con la finalidad de satisfacer las necesidades básicas de salud de esta población, el MSP creó hace 36 años el SCS de San Antonio el mismo que fue fundado el 13 de Junio de 1976 por iniciativa de sus pobladores y el Ministerio de Salud Pública, al inicio funcionaba en el centro cívico en la casa comunal de San Antonio y contaba con un médico rural y una auxiliar de enfermería, 5 años después se traslada a su local propio.

2.2.1.1. Ubicación

Se encuentra en la calle Francisco Terán entre las calles Bolívar y Camilo Guzmán, diagonal a La Plaza Eliodoro Ayala en San Antonio de Ibarra.

2.2.1.2. Acceso al Sub Centro de Salud

El sub centro de salud cuenta con dos cooperativas de transporte:

- Cooperativa San Miguel de Ibarra
- Cooperativa 28 de Septiembre

Lo cual facilita el acceso a la unidad de salud.

2.2.1.3. Horario de atención

El sub centro de salud de San Antonio de Ibarra brinda sus servicios en el horario de 8:00 a 16:00 de lunes a viernes.

2.2.1.4. Personal

- 6 Enfermeras

- 2 auxiliares de enfermería y odontología
- 9 médicos generales
- 3 médico odontólogo
- 1 psicólogo
- 2 Internos/as de enfermería
- 1 Interno de Nutrición
- 1 Interno de Medicina
- 1 Estadístico
- 1 persona de Farmacia
- 1 Auxiliar de servicios

(11).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. La calidad en los servicios de salud

La calidad no solamente está ligada los medios, no es solo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, sino que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, conscientes de que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio.

Para referirse a calidad, son bienvenidas las frases con las que define LAIN ESTRALGO, al determinar la misión del profesional de la salud: “CURAR CON FRECUENCIA, ALIVIAR SIEMPRE, CONSOLAR ACOMPAÑANDO EN TODOS LOS CASOS MÁS AÚN... ALLÁ DONDE NO PUEDE LLEGAR LA TÉCNICA, DEBE LLEGAR LA MISERICORDIA”. (12).

En el Ecuador ha sido usual que la oferta de servicios sea planteada solamente por los técnicos de salud, aunque la efectivización se hace por decisiones políticas.

2.3.2. Servicios y garantía de la calidad de salud

Los cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes de las instituciones de salud y así garantizar su lealtad con la institución y por ende la supervivencia de la misma.

En la estructuración del Sistema de Garantías de Calidad se deben tomar en cuenta los componentes que se consideran críticos, el seguimiento de los servicios asistenciales útiles en primer lugar, para garantizar una atención óptima y por otra parte, para efectos programados de las actividades.

Dichos componentes son los siguientes:

- Evaluación de la calidad de los recursos
- Idoneidad del recurso humano
- Calidad de los insumos para salud
- Tecnología biomédica disponible
- Acreditación de los servicios en aspectos de estructura, procesos y resultados
- Evaluación de calidad acorde con el grado de sistematización y control de los procesos de trabajo, contribuyendo al mejoramiento continuo de dichos procesos
- Monitoreo del proceso de atención en un aspecto pedagógico
- Satisfacción de usuarios

En la búsqueda de la operacionalización del concepto de calidad, es necesario establecer una serie de atributos que permitan cuantificar la ejecución de los procesos

de proporción y educación en salud que finalmente lleven a una ponderación de su adecuación.

Dichos atributos adoptados por la legislación vigente en el país son:

- **Accesibilidad:** es la disponibilidad de recursos y la definición de procedimientos que garantizan que los usuarios obtengan los servicios de promoción de la salud.
- **Oportunidad:** es la satisfacción de la necesidad en promoción y educación de la salud.
- **Seguridad:** es la prestación de los servicios de salud bajo condiciones que minimicen los riesgos para la salud de los usuarios.
- **Racionalidad técnico científica:** es la utilización del conocimiento en salud, para atender una necesidad en promoción y prevención, ajustada a la condición de salud de cada usuario en forma pertinente y ética.
- **Suficiencia:** es la disposición organizativa de los servicios, para lograr una adecuada cobertura en promoción, educación y prevención.
- **Idoneidad y competencia profesional:** conjunto de habilidades y conocimientos necesarios para realizar acciones de promoción y educación en salud.
- **Satisfacción del usuario:** es la complacencia del usuario con los servicios y los resultados de las acciones de los profesionales de la salud. (12).

2.3.3. Embarazo

El embarazo es el periodo de desarrollo desde la fecundación de ovulo hasta el momento del parto.

2.3.3.1. Fases del embarazo

Durante el periodo que abarca los nueve meses de embarazo suceden notables cambios en el embrión, y después en el feto. Algunos de ellos muy importantes son los siguientes:

2.3.3.2. 1° 3° Semana

El embrión ya mide unos 2 mm de longitud. Algunos órganos ya son observados en desarrollo o insipientemente, como el cerebro, oídos, un esbozo de corazón y la columna vertebral en formación.

2.3.3.2.1. 4° y 5° Semana

El embrión ya mide unos 5 mm de longitud; posee una larga cola y pequeños apéndices laterales que constituyen esbozos de lo que serán los brazos y las piernas. La cabeza comienza a manifestarse en forma de abultamiento en la parte anterior; en ella ya se puede observar con mayor nitidez la formación del cerebro, ojos y oídos. El corazón, al momento muy simple y diminuto, bombea sangre a través de la placenta

2.3.3.2.2. 6° y 7° Semana

El embrión mide ya unos 14 mm. Empiezan a desarrollarse los pulmones, hígado y riñones. Ya son visibles las extremidades, labios y nariz.

2.3.3.2.3. 8° y 9° Semana

El embrión alcanza los 35 mm de longitud. Ya posee una cara y tiene apariencia humana. El cuerpo y la mayoría de los órganos internos están formados. Se aprecian las extremidades y los dedos bien diferenciados. A partir de aquí ya suele denominarse feto, y su crecimiento continuará hasta que se produzca el nacimiento.

2.3.3.2.4. 20° Semana

El feto alcanza ya los 25 cm de longitud. Ocasionalmente, la madre puede notar sus movimientos en el interior del útero. Ya se puede diferenciar si es varón o hembra mediante la observación de los órganos sexuales. Si se aplica un estetoscopio en el vientre de la madre puede escucharse el latido del corazón del feto.

2.3.3.2.5. 28° Semana

El feto ya alcanza los 35 a 38 cm de longitud. Ya posee pestañas, pelo capilar, y su cuerpo está recubierto por una fina pelusilla o lanugo; también lo recubre una especie de grasa llamada vernix que le protege del líquido amniótico. Es capaz de abrir y cerrar los ojos. Ya posee dientes de leche alojados en los huesos de las mandíbulas. Los dedos de manos y pies están perfectamente formados. Todos los

órganos del feto están suficientemente desarrollados como para poder sobrevivir fuera de la cavidad uterina si hubiera un parto prematuro.

2.3.3.2.6. 40° Semana

El embarazo ha llegado a su término y el feto está para el nacimiento. Los signos de madurez que lo determinan son:

- El peso medio del feto es de unos 3.5 Kg en niños y 3.2 Kg en niñas; el mínimo es de 2.5 Kg. La longitud es de unos 49 a 51 cm; es de 48 cm.
- Ha desaparecido el lanugo o vellosidad corporal y las uñas sobrepasan las yemas de los dedos.
- Existe un núcleo de osificación a nivel de la articulación, en el extremos inferior del fémur, que puede ser observado mediante una radiografía.
- En los niños los testículos ya han descendido hasta el escroto. (13).

2.2.4. Grupo de bajo mediano y alto riesgo

2.2.4.1. Grupo de bajo riesgo

Es el grupo de embarazadas que deben ser controladas en el primer nivel de atención, sus necesidades pueden resolverse con una tecnología y un procedimiento simple.

La atención a la embarazada debe estar dirigida a la detección y control de factores de riesgo obstétrico a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, pre eclampsia, infecciones cérvico-vaginales, infecciones urinarias, complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento uterino.

2.2.4.2. Grupo de mediano y alto riesgo

Precisan asistencia y exploraciones especiales; en este grupo las embarazadas deben ser controladas en el segundo y tercer nivel de atención.

Dentro de este riesgo abarcan las siguientes enfermedades:

- Enfermedades del corazón
- Enfermedades de transmisión sexual
- Hipertensión arterial
- Enfermedades renales
- Trastornos auto-inmunes
- Diabetes
- Cáncer
- Enfermedades mentales.

2.2.5. Control Prenatal

2.2.5.1. Prenatal

“Prenatal es un concepto que se utiliza para nombrar a aquello que surge o que tiene existencia desde instancias previas al nacimiento. El término se forma con la unión del prefijo pre (referente a lo que antecede) y el adjetivo natal (vinculado al nacimiento).

2.2.5.2. Atención prenatal

Es posible referirse también a la atención prenatal, un concepto que se emplea como sinónimo del control prenatal y que hace referencia directa a la atención que la embarazada y el hijo que lleva en el vientre reciben en los centros de salud. (14).

2.2.5.3. Controles Prenatales

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. Los

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

El control prenatal, por lo tanto, consiste en analizar cómo avanza el embarazo para que, llegado el parto, éste se produzca sin problemas, con la madre y el niño en buen estado de salud.

El Control Prenatal Tiene Los Sigüientes Componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales

Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen control prenatal. Tales objetivos son:

- Identificación de factores de riesgo.

- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Identificación de la condición y crecimiento fetal.
- Identificación de la condición materna.
- Educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención. (15).

2.2.6. Objetivos del control prenatal

- Promover hábitos de vida saludable, factores protectores a las gestantes y sus familias.
- Vigilar el proceso de la gestación para prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biológicos psicológicos y sociales.
- Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y orientar el tratamiento adecuado de los mismos.
- Ofrecer educación a la pareja.

2.2.7. Propósitos del control prenatal

2.2.7.1. Identificar factores de riesgo

Biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Morbimortalidad: la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente.

Son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre gestacionales. (16).

2.2.7.2. Diagnosticar la edad gestacional

El registro preciso de la fecha de la última menstruación las fechas de relaciones sexuales y la temperatura basal es de gran valor para diagnosticar con precisión el embarazo. No obstante puede ser necesario examinar a las dos o cuatro semanas para verificación del diagnóstico.

Es importante conocer las semanas gestacionales, a partir de la última fecha de la menstruación (FUM) descontamos a partir de esto el resto de día del mes. Inicialmente sacamos la diferencia del mes correspondiente con la fecha de la última menstruación, colocamos los días de los meses siguientes hasta la fecha actual, dividimos para 7 (días que tiene la semana) y este resultado nos da la semana de gestación.

2.2.7.3. Diagnosticar la condición fetal

Los latidos cardiacos fetales son auscultables con estetoscopio desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal. (17).

2.2.7.4. Diagnóstico de la condición materna

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos,

especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad. Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas.

El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal. Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos. (18).

2.2.7.5. La Estimulación Prenatal

Es el proceso que busca fomentar el aprendizaje y promover el desarrollo sensorial e intelectual del bebé mientras se encuentra en el útero de su madre.

Si bien se trata de una serie de prácticas de poca complejidad para la madre, que distan de la instrucción académica, la estimulación prenatal puede favorecer considerablemente el desarrollo del bebé, tanto de su actividad cerebral como de sus receptores sensoriales. Desde el día en que cada uno de sus cinco sentidos comienza a funcionar ya pueden servirle para comunicarse con su madre, y de eso se trata este concepto.

El primero de los sentidos en desarrollarse es el oído, que ya desde los cinco meses de embarazo le permite al bebé entablar un lazo con el mundo exterior. No se debe subestimar la importancia de hablarle y cantarle, así como de leerle historias y hacerle escuchar música, siempre que no sea muy fuerte. A través de esta comunicación inicial, el niño puede comenzar a aprender su idioma y a percibir rasgos culturales de su grupo familiar.

Por otro lado se encuentra la vista, sentido que se activa a partir del séptimo mes de embarazo. Si bien el útero es un espacio oscuro, parte de la luz del ambiente se filtra por nuestros tejidos, y esto permite estimular los ojos del feto con ciertos trucos, como ser apuntar una lámpara hacia el vientre, ante lo cual es probable que él reaccione con algún movimiento o con una pequeña “patada”. A raíz de este punto cabe hacer dos aclaraciones: no se aconseja interrumpir el sueño del bebé; dado que la luz no incide directamente en los ojos del bebé, no existen riesgos de daño.

El sexto mes marca el comienzo del funcionamiento de las papilas gustativas del bebé, por lo cual es el momento clave para llevar una dieta rica y variada. Mientras las comidas sean sanas y nutritivas, no existen límites para esta manera particular de acercar al futuro integrante de la familia a los platos que en unos años degustará por sí solo.

Al mismo tiempo, el tacto entra en acción y se vuelve posible reaccionar a cada uno de sus movimientos. Basta con acariciar el vientre en las zonas donde el bebé se hace presente para demostrarle que lo percibimos, y conseguir que él también lo haga. (19).

2.2.8. Enfoques del Control Prenatal

2.2.8.1. Consultas Prenatales

Comprende las consultas primeras y subsecuentes brindadas según normas del Ministerio de Salud Pública, durante el embarazo hasta que éste culmine.

El control prenatal es el conjunto de actividades que se prestan a la embarazada, con el fin de obtener un mejor grado de salud de la madre y de su hijo y que se enmarcan en:

- Control Completo Integral
- Control Precoz
- Controles con Enfoque Intercultural

- Atención Periódico
- Enfoque de Control Afectivo

2.2.8.1.1. Completo e integral

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.

ATENCION DE:

- Riesgo nutricional.
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia. o infecciones de transmisión sexual.
- Consejería pre/post prueba de VIH/SIDA, detección y referencia. o enfermedades buco – dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

2.2.8.1.2. 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.

2.2.8.1.3. 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.

2.2.8.1.4. Periódico

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.

2.2.8.1.5. 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.

2.2.9. Control prenatal por enfermera

“Es el conjunto de actividades realizadas por la enfermera profesional a las gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al desarrollo normal de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

El control por enfermería por primera vez debe ser de 30 minutos, y los siguientes de 20 minutos, y deben incluir:

- Anamnesis: indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remitir si hay presencia de signos o síntomas Examen físico completo.
- Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media.
- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anomalías remitir al médico.
- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina. Remisión a curso de preparación para el parto.
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.

- Diligenciar historia clínica y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones de la paciente. En el último control con enfermera deben darse instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico.
- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control deben darse instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución en la que se atenderá el parto.
- Remitir a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, o si los exámenes paraclínicos reportan anormalidades. (20).

2.2.9.1. Cuidados de enfermería en la atención prenatal

El personal de enfermería debe tener control sobre el tarjetero de la embarazada donde se recoge datos generales, edad, enfermedades familiares de la paciente.

- Carnet obstétrico: Historia clínica pre y postnatal, anamnesis, resumen. Clínico de laboratorio.
- Reconocimiento de la gestante: Examen Físico se divide en 3 partes:
 - Examen físico general: Debe ser completo, céfalo caudal, toma de peso, talla y su valoración ponderal.
 - Talla: Técnica correcta para su realización: La talla se realiza en la primera consulta, generalmente las pesas tienen dispositivos que nos permiten medir a las

pacientes: La paciente se pondrá de espaldas a la pesa, la base del alímetro descansará sobre la cabeza sin angulaciones, se evitará el error de lectura y se anotará el resultado en el carné obstétrico y tarjetón. Control de la talla o condiciones físicas de riesgos: talla -1.50 cm. – baja talla.

- **Peso:** Técnica correcta para su realización: Se realizará en todas las consultas, se orienta a la paciente que concurra a la consulta con vestuario similar, de manera que no produzca grandes variaciones en el peso, la enfermera cuidará que la paciente suba a la pesa sin zapatos, protegerá la base con papel o paño, ayudará a la paciente a subir y bajarse de la pesa, tendrá la balanza en fiel o equilibrio, evitará errores en la lectura y anotará los resultados en el tarjetón o carné obstétrico. Además observará edemas en miembros inferiores.

- **Examen ginecológico:** Se hace en el primer control prenatal para identificar procesos ocultos que pueda complicar a la gestante. Orientara desde el inicio del embarazo la recolección de los siguientes complementarios y la forma de realizarse cada uno, brindara preparación psicológica, para que coopere, tendrá presente en cada proceder los principios básicos de enfermería y establecerá una buena comunicación con la gestante pareja y sus familiares.

Tendrá en cuenta en todas las consultas la toma de la tensión arterial con la técnica correcta; que permitirá detectar después de las 20 semanas de gestación una Pre eclampsia (si aumenta 30 mph de la sistólica y un aumento de 15 mph sobre la diastólica puede ser criterio de hipertensión arterial).

- **Examen físico obstétrico:** Debe tener preparado el material estéril como: Espéculo, guantes láminas para tomar la muestra citológica, sí corresponde, hisopo montado para recoger muestra para realizar exudado vaginal. (21).

2.2.10. Esquema de vacunación de las embarazadas (toxoides tetánico):

La inmunización antitetánica es el método más eficaz para prevenir el tétanos neonatal. Durante el embarazo pasa el anticuerpo a través del cordón umbilical y confiere inmunidad pasiva contra el TNN. Se deberá colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo. Además, se debe educar a la gestante para que complete su esquema de vacunación en el postparto.

2.2.11. Actividades que se realizan en la atención prenatal

Primer control prenatal Exámenes de rutina (sangre, orina, dental)

Subsecuente	Registro de los datos de identificación y signos vitales.
Control Prenatal	Medición peso talla
físico	Valoración clínica y del embarazo, anamnesis, examen
	Examen odontológico
	Determinación de la edad gestacional
	Evaluación del riesgo materno
	Indicaciones nutricionales

Llenado del carnet

2.2.12. Indicaciones generales en el control prenatal

- La dieta. Es fundamental cuidar la dieta de la futura madre. Es también necesario insistir acerca de una preparación higiénica de los alimentos.
- La higiene personal. Debe observar las reglas de higiene general al mayor grado posible durante el embarazo.
- La actividad física. El ejercicio físico moderado es medida conveniente en la embarazada. Se desaconseja el ejercicio de alta competición, de contacto y buceo. Se debe evitar el aumento sostenido de temperatura en la gestante, para no exponer al feto a hipertermia. Se aconseja una reducción gradual hacia el tercer trimestre.
- La educación. Es importante tratar de que la paciente tenga la mayor información veraz acerca de su condición de embarazada y de todos los aspectos biológicos del embarazo.
- Medicamentos. Se recomienda suspender la administración de medicamentos a las mujeres embarazadas, lo más que sea posible, administrarlos solo cuando sea urgente; evitando los agentes nuevos o en fase de experimentación, y usarlos sólo cuando sea necesario, a las dosis más bajas que se requieran para que sea de eficacia clínica.

- Alimentación. La dieta debe ser balanceada. Solo el requerimiento de calcio y hierro aumenta. Se deben ingerir alrededor de 1200 mg de calcio elemental. Esta cantidad se encuentra en 5 porciones de lácteos/día (1 porción de 250 ml leche o 250 gramos. de yogurt o 1 porción de queso o 1 huevo. (16).

2.2.13. Esquema mínimo de control prenatal de Enfermería

2.2.1

3.1.E

xame

n

físico

y

activi

dades

comp

leme

ntaria

s

2.4. Marco Ético y Legal

2.4.1. Normas de Atención Prenatal del Ministerio de Salud Pública

(22).

2.4.2. Salud sexual y reproductiva en la Constitución Política del Ecuador

2.4.2.1. Derechos Sexuales Y Reproductivos En Ecuador

1. Derecho a la vida

Este derecho humano lo tienen por igual mujeres y hombres, a lo largo de todas las etapas de su vida, pero en el tema de derechos sexuales y reproductivos, se refiere, particularmente, al derecho de las mujeres a no morir o poner en riesgo su vida por situaciones evitables relacionadas con el embarazo, parto o su vida sexual:

- Un aborto realizado en condiciones inseguras (por personal no capacitado o en un lugar inadecuado).
- Un embarazo antes de los 16 años o después de los 35 años.
- Embarazos muy numerosos (más de 5 y/o hasta 3 cesáreas) o demasiado seguidos (1 por año).
- Vivir situaciones de violencia doméstica y/o sexual.

2. Derecho a la libertad y seguridad

Mujeres y hombres tienen derecho a decidir, de manera libre y responsable, sobre su vida sexual y reproductiva.

Por tanto:

- Nadie puede ser forzado (ni siquiera por su cónyuge) a tener relaciones sexuales.
- Ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto.
- Cualquier intervención médica relacionada con la salud sexual y reproductiva debe ser autorizada por la persona a quien se le va a practicar

3. Derecho a la libertad de pensamiento

En lo relacionado con su vida sexual y reproductiva, todos los seres humanos tienen derecho a pensar y obrar libremente.

Por tanto, el acceso a la información y a servicios sobre la salud y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, es una decisión personal que no puede ser restringida por las opiniones personales, de conciencia y/o religión de quienes proveen estos servicios.

4. Derecho a la privacidad

Toda persona tiene derecho a poder confiar en su médico y en el personal de salud. Los jóvenes, al igual que todas las personas, tienen derecho a que se respete su intimidad.

5. Derecho a la información y educación

Toda mujer y todo hombre, especialmente todo/a niño o niña, tienen derecho a ser educados y deben tener igual acceso a información oportuna y adecuada sobre los servicios y métodos de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual y todo lo que se relacione con su vida sexual y reproductiva.

6. Derecho a decidir si se tienen hijos o no y cuando tenerlos

Toda mujer y todo hombre tienen derecho a decidir si quieren o no y cuándo tener hijos y a tener acceso a la gama más amplia posible de métodos seguros y efectivos de planificación familiar.

7. Derecho a la atención y protección de la salud

Toda persona tiene derecho a exigir que la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva sea óptima y que se respeten sus derechos como usuarios. (23).

2.3.3. Título II DERECHOS Capítulo II Derechos del Buen Vivir Sección Séptima Salud

2.3.3.1. Sección séptima

2.3.3.1.1. Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (24).

2.3.4. Objetivos del Buen Vivir

2.3.4.1. Objetivo 3 Mejorar la calidad de vida de la población

Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

2.3.4.1.1. Políticas

d) Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal a la madre y el recién nacido, para prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.

g) Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural.

h) Promover el uso de prácticas médicas que reduzcan el riesgo de transmisión materno-fetal y materno-infantil de enfermedades.

Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud

2.3.4.1.2. Estrategias

b) Garantizar la gratuidad y la calidad dentro de la red pública integral de salud y sus correspondientes subsistemas.

d) Incorporar personal médico y de otros servicios de salud, capacitado y especializado, dentro de los establecimientos de salud pública.

h) Reestructurar el tercer nivel del sistema de salud pública, concentrándolo en la prestación de servicios especializados y de alta complejidad, para optimizar el funcionamiento del sistema de salud pública y evitar el congestionamiento de los servicios de atención. (25).

2.3.5. Título II DERECHOS, Capítulo Tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, Sección cuarta: mujeres embarazadas

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes

adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (26).

2.3.5.1. Sección cuarta

2.3.5.1.1. Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (27).

2.3.6. Ley de maternidad gratuita

La Comisión de Legislación y Codificación del H. Congreso Nacional de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de la República, preparó el

Proyecto de Codificación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, observando las normas constitucionales; Ley de Régimen Tributario Interno; Codificación de la Ley de Creación del Fondo de Solidaridad; Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva; Ley para la Promoción de la Inversión y la Participación Ciudadana; así como las reformas expresas, que se han producido en las leyes reformativas a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Con estos antecedentes, la Comisión de Legislación y Codificación codificó la Ley de Maternidad Gratuita que fue promulgada en el Suplemento del Registro Oficial No. 523 de 9 de septiembre de 1994, con tres artículos, por lo que al incluir los artículos enumerados agregados por las leyes reformativas a la referida ley, actualmente cuenta con doce artículos; por lo dispuesto en la Ley No. 129 promulgada en el Registro Oficial No. 381 de 10 de agosto de 1998, se agrega a la denominación de la Ley de Maternidad Gratuita “y Atención a la Infancia”; mediante el artículo 4 de la Ley No. 2005-14, promulgada en el Registro Oficial No. 136 de 31 de octubre del 2005, se crea en el Ministerio de Salud Pública, la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia con autonomía administrativa y financiera; incluyendo finalmente las disposiciones generales agregadas por la Ley No. 129. (28).

2.3.7. Leyes, Políticas y Normas de Atención Prenatal en el Ecuador

2.3.7.1. Ley y artículos de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Art 1.- Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, como al acceso a programas de salud reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos – nacidas y niños – niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del estado.

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

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

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

Art.3.- En coordinación con el Ministerio de Salud Pública, los municipios podrán desarrollar programas de educación, promoción, información y comunicación que favorezca la aplicación de esta Ley y generar e implementar en zonas rurales dispersas, mecanismos que garanticen el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, todo ello según normas establecidas por el Ministerio de Salud. (29).

CAPITULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Tipo de Investigación

Este proyecto de investigación es de tipo no experimental, observacional cuantitativo, y de corte transversal ya que va a evaluar el cumplimiento de las normas en atención prenatal del personal de enfermería del Sub Centro de Salud San Antonio de Ibarra

3.2. Diseño de la Investigación

Esta investigación es de carácter observacional-descriptivo porque se especifica el cumplimiento de las normas de atención del control prenatal por parte del equipo de salud multidisciplinario, así como también, se medirá el nivel de satisfacción de las usuarias que acuden a los controles, además se detallaran los resultados obtenidos de la evaluación del cumplimiento de las normas antes mencionadas aplicadas al equipo de salud multidisciplinario.

Para el logro del primer objetivo específico, se aplicó una encuesta con preguntas cerradas y una lista de chequeo de las historias clínicas donde se determinó el cumplimiento de las normas de atención prenatal por parte del personal de enfermería.

En la segunda intervención se realizó una encuesta a la usuaria embarazada en donde se determinó la satisfacción durante el control prenatal en la unidad de salud.

En la tercera intervención se realizó una propuesta de mejoramiento y cumplimiento de las normas de atención prenatal dentro de la unidad operativa, además de la implementación de actividades del control prenatal de enfermería, y una hoja de registro de actividades que realiza la enfermera dentro del control prenatal.

3.3. Población

La población en estudio es el personal de enfermería que laboran en el Sub-Centro de Salud de San Antonio y por usuarias que acuden a sus controles prenatales a la unidad.

3.4. Criterios de inclusión

Luego de contar la respectiva autorización de la directora de la unidad de salud, se acudió a las diferentes áreas en donde labora el personal de enfermería, se explicó sobre los objetivos de la investigación, así como también la libertad de participar en ella y el manejo confidencial de la encuesta. De la misma manera se realizó la intervención con las usuarias embarazadas.

Se incluyó a todo el personal de enfermería y al equipo multidisciplinario que trabaja en el centro de salud de San Antonio de Ibarra, y a las usuarias embarazadas que acuden a los controles prenatales, que se encontraron presentes durante el periodo de investigación determinado.

3.5. Técnicas e Instrumentos

3.5.1. Técnicas

3.5.1.1. Encuesta

Se utilizó la técnica de la encuesta para evaluar el cumplimiento de normas en atención prenatal del personal de enfermería y para evaluar la satisfacción de la usuaria embarazada durante el control prenatal.

3.5.1.2. Lista de chequeo

Se utilizó la técnica de la lista de chequeo en las historias clínicas de las usuarias embarazadas en su primer control del embarazo para la verificación del cumplimiento de las normas en atención prenatal por parte del personal de enfermería.

3.5.1.3. Actividades de atención prenatal

Implementación de un cuadro específico con todas las actividades que realiza el personal de enfermería dentro de la unidad operativa.

3.5.1.4. Capacitaciones al personal de Enfermería

Con la ayuda de personal altamente calificado, se procedió a dar charlas educativas dentro de la unidad operativa, con el fin de lograr la captación total de toda la información brindada, a más de dejar como cronograma y legado, la constante capacitación al nuevo personal de ingresa todos los años como una norma básica dentro de la institución de salud.

3.5.2. El instrumento

Se empleó un cuestionario con preguntas cerradas donde se determinó el nivel de conocimiento sobre la normas de atención prenatal por parte del personal de enfermería del Sub Centro de Salud San Antonio, y de igual manera un cuestionario a la usuaria embarazada para evaluar nivel de satisfacción en la atención de su embarazo.

Se utilizó una lista de chequeo previamente elaborada a base de las normas de atención prenatal descritas en el manual de “Normas y Protocolo Materno” del Ministerio de Salud Pública para la revisión de HCL.

3.6. Análisis de Datos

Se elaboró cuadros según factores y variables, mediante el paquete estadístico SPSS-STATISTICS versión 20, se realizó un procesamiento de datos en relación a

las frecuencias y porcentajes obtenidos y finalmente se analizó los datos recolectados mediante las encuestas y la lista de chequeo.

3.7. Validez y Confiabilidad

La validez y confiabilidad de las encuestas, se estableció mediante la aplicación de una prueba piloto empleado al personal de enfermería del Sub Centro de Salud de Eugenio Espejo del cantón Otavalo. Así como también su validez y confiabilidad fue establecida por la Dra. Ysabel Casart PROMETEO de la Universidad Técnica del Norte, y algunos profesionales de las casas de salud.

3.8. Conceptualización y operacionalización de variables

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de conocimiento sobre normas de control prenatal al personal de enfermería del Sub centro de Salud de San Antonio. 	Calidad en el cumplimiento de las normas del Control Prenatal.	Conjunto de características y actividades del control prenatal.	Normas de Atención Prenatal.	Examen Físico Clasificación de riesgo Prescripción de micronutrientes Laboratorio

				<p>Historia Clínica</p> <p>Número de consultas</p> <p>Vacunación</p> <p>Chequeo odontológico</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un proyecto de capacitación constante al personal de enfermería 	Proyecto de capacitación	Conjunto de actividades y charlas con respecto a las normas de atención prenatal	Continuidad de capacitación con respecto a normas	Capacitación

<p>sobre los diferentes programas del Ministerio de Salud Pública enfatizando las normas de control prenatal.</p>		<p>al personal multidisciplinario de la unidad de salud, con la ayuda de personal capacitado.</p>	<p>de atención prenatal</p>	<p>Información Observación Orientación</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la satisfacción de la usuaria embarazada en la atención prenatal que acuden al Sub centro de Salud de San Antonio. 	<p>Calidad del cumplimiento de acción según la usuaria</p>	<p>Satisfacción de la usuaria con respecto a la atención</p>	<p>Acceso a la atención prenatal</p>	<p>Acceso a la consulta Tiempo de espera Privacidad en la atención</p>

				Condición del embarazo (prioridad) Orientación Información Consejería
--	--	--	--	--

CAPITULO IV

4. Presentación de Resultados

Los resultados obtenidos en el estudio, se los organizó mediante la utilización del paquete estadístico SPSS-STATISTICS versión 20, presentando gráficamente los resultados, a través de tablas con su respectivo análisis y discusión, permitiendo observar claramente la situación real del problema de estudio, mostrando datos e indicadores con sus respectivos porcentajes, propiciando de esta manera acciones encaminadas a ejecutar una propuesta en planes de mejoramiento de la calidad y calidez de atención por parte del personal de enfermería, en lo que respecta al cumplimiento de las normas del control prenatal.

4.1. Análisis e interpretación de resultados de encuestas aplicadas al personal de enfermería.

4.1.1. ¿Conoce Ud. las normas de atención del control prenatal aplicadas dentro de la institución?.

Tabla 1

		Frecuencia	%
Normas	Si	6	100
	<ul style="list-style-type: none"> • Controles 5-12 • Toma de signos vitales • Ex. Laboratorio • C. Odontológico • Vacuna dT • Apertura HCL y carnet • Entrega de micronutrientes • Consejería en PF • Consejería en LM • Visitas domiciliarias 		

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El 100% del personal de enfermería encuestado refiere conocer las normas de atención del control prenatal que se aplican dentro de la unidad de salud, mismas que son aplicadas de acuerdo como se estipula en el manual de Manejo y Control Materno del Ministerio de Salud Pública (MSP). Cabe destacar que el objetivo de la salud perinatal es la salud conjunta del binomio, poniendo énfasis en fomentar un embarazo sin riesgos. De esta manera, se incluyen el control y la vigilancia, a fin de

identificar oportunamente los riesgos que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica, especializada y eficaz, aplicados en todos los niveles de atención a nivel mundial. (30).

4.1.2. ¿Existen factores que influyen para que no se cumplan las normas de control prenatal dentro de la unidad?

Tabla 2

		Frecuencia	%
Factores	<ul style="list-style-type: none"> • Medicación insuficiente 	6	100
Si	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales obsoletos • Usuarías que no acuden al control • Personal de Enfermería limitado (6 enfermeras) • Afluencia de usuarias de otras unidades operativas (área geográfica) • Población 19.000 (según el modelo de atención). 		

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Según el personal de enfermería indagado, el 100% menciona que si existen factores que influyen para que no se pueda cumplir de manera correcta y oportuna las normas de atención del control prenatal dentro de la unidad operativa. El Sistema Único de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social, define la atención de salud como el conjunto de servicios que se prestan al usuario, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación, los que se prestarán con calidad, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la vida o la salud, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (31).

4.1.3. ¿Existe un proyecto o sistema de capacitación constante con respecto a las nuevas normas y reglamentos impartidos por el MSP?

Tabla 3

		Frecuencia	%
Proyectos	No	5	83
	Si	1	16
	Total	6	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En relación a lo planteado, el 83% del personal de enfermería encuestado, refiere que no existe un proyecto de capacitación referente a normas y reglamentos impartidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP), por otro lado, el 16% manifiesta que si existe un proyecto de capacitación pero que no siempre es constante. Cabe recalcar que dentro de la unidad existe un proyecto de capacitación en la que se incluyen todos los programas del MSP, y que por falta de socialización y tiempo no se logra cumplir con lo establecido. De hecho para la prestación de los servicios se requiere, además, de personal tanto profesional como técnico, suficientemente capacitado, cuya formación demanda la interrelación entre las instituciones educativas y las entidades prestadoras de servicios de salud, con miras a

preparar un futuro profesional cuyo desempeño contribuya a garantizar la prestación de los servicios con calidad y eficiencia. (32).

4.1.4. ¿Se aplican estrategias en la unidad operativa para cumplir con las normas de control prenatal?

Tabla 4

		Frecuencia	%
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ● Asignación de un equipo de salud, según distribución del nuevo modelo de atención. ● Censo de embarazadas ● Educación y consejería. ● Aplicación de estrategias (RED CONE). ● Visitas domiciliarias ● Club de la embarazada 	6	100
Si			

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Según el personal de enfermería encuestado, el 100% refiere que si se aplican estrategias para ayudar a cumplir con las normas de atención del control prenatal dentro de la unidad de salud, manifestándose de forma general varias de ellas, cabe mencionar que todas la estrategias se cumplen en conjunto con la mayor cautela y

organización posible, mencionando que como estrategia, la RED CONE forma parte fundamental dentro de cada comunidad, participando conjuntamente con las principales autoridades y cabildos del casco rural, estipulando normas y reglas en beneficio de sus pobladores. El objetivo de la norma es: “Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención del embarazo, el parto y posparto, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días al año con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional” (33).

4.1.5. ¿Brinda información adicional a la usuaria embarazada en la atención del control prenatal?

Tabla 5

		Frecuencia	%
Información	<ul style="list-style-type: none"> • Signos de Peligro 	6	100
Si	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería en Lactancia Materna • Consejería en Planificación Familiar. • Consejería en alimentación • Fecha próximo control • Ejercicio Físico • Toma de Medicación • Esquema de Vacunación. 		

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS

El 100% del personal de enfermería, afirma que brinda información necesaria y adicional en la atención del control prenatal a la usuaria embarazada, añadiendo que

en todo los controles la prescripción de indicaciones médicas deben ser re educadas por parte del personal de enfermería, especialmente en cuidados básicos y especiales, o dependiendo de acuerdo a la edad gestacional de la usuaria. La consejería es una herramienta aplicada a diversos aspectos de la prevención y

Tabla 6

		Frecuencia	%	
Válidos	Atención	61	61	2 horas

promoción a la salud a nivel mundial, en el ámbito de la salud, la consejería se define como una relación de ayuda establecida entre un profesional y un paciente, con el fin de mejorar o promover la salud, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones. (34).

4.2. Análisis e interpretación de resultados de encuestas aplicadas a las usuarias que acuden a sus controles prenatales.

4.2.1. ¿En qué área se demoró la usuaria durante su control prenatal?.

Médica			
Preparación	22	22	30 min
Preparación	17	17	45 min
Total	100	100	3 horas 15 min

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Dentro del análisis podemos mencionar que el área de estadística ocupa un 22%, preparación 17% y la atención médica el 61% por su minuciosa y precisa evaluación. El tiempo de demora se estima de acuerdo al turno agendado por la usuaria. Cabe recalcar que como personal de enfermería, la rapidez y eficacia dentro de la unidad operativa se considera el primer ítem para valoración de nuestro trabajo. El énfasis de diversos autores en las características del personal que participa en los análisis de calidad tales como elevada capacidad científico-técnica y experiencia profesional, adquieren gran relevancia para que Enfermería incida cada vez más en la eficacia, efectividad y eficiencia que demanda el desarrollo actual de nuestro sistema de salud y sus prioridades, es por eso que el tiempo dedicado a cada una de las pacientes se lo realiza de acuerdo a lo necesitado y planteado en el momento. (35).

4.2.2. ¿Qué profesional dentro de la unidad controló su embarazo?

Tabla 7

		Frecuencia	%
	Obstetra	67	67
Profesional	Médico	33	33
	Total	100	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DICUSIÓN

Dentro de cada unidad operativa se considera uno de los requisitos primordiales, la participación de un profesional capacitado y desarrollado ya sea dentro del área de ginecología-obstetricia como de medicina general, en este caso la atención que reciben la usuarias por parte de la obstetra de manera subsecuente es de un 67 %, y el otro 33 % de los casos analizados son por parte del profesional médico de la unidad operativa dentro de los que forman parte los médicos rurales. Acceso significa que los servicios estén disponibles y al alcance de las mujeres que los necesiten. Para que los servicios sean de buena calidad, los proveedores de atención en salud deben tener las habilidades clínicas adecuadas y ser sensibles a las necesidades de la mujer; las instalaciones deben contar con los suministros y equipos necesarios y los sistemas de referencia y traslado deben funcionar satisfactoriamente, para asegurar que las mujeres que presenten complicaciones reciban el tratamiento médico esencial. (36).

4.2.3. Trato recibido por parte del personal de la unidad

Tabla 8

	Frecuencia	%	
	Cortesía	45	45
Trato recibido	Orientación	24	24
	Explicación	17	17
	Todas	10	10
	Total	100	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DICUSIÓN

Según datos obtenidos, podemos mencionar que las usuarias embarazadas manifiestan que el trato recibido por parte del personal de enfermería está basado en diversos ítems comprendidos entre: trato de cortesía abarcando el 45%, orientación 24%, rapidez 4%, explicación 17% y todas 10%, dando como conclusión que la mayoría recibe un trato específico y acorde a lo requerido en el momento. La necesidad de proveer servicios de salud humanizados, flexibles y en sintonía con las demandas de una sociedad civil cada vez mejor informada, logrará una mayor aceptación de la atención prenatal que contribuiría a mejorar la salud de las gestantes y los recién nacidos, la usuaria únicamente se rige en la confianza del personal desde su primer contacto. (37).

4.2.4. ¿Cómo califica la atención recibida dentro de la unidad operativa?

Tabla 9

		Frecuencia	%
Atención Recibida	Excelente	16	16
	Muy Bueno	0	0
	Bueno	84	84
	Malo	0	0
	Regular	0	0
Total		100	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DICUSIÓN

En relación a lo planteado, podemos mencionar que el 84% de las usuarias encuestadas manifiestan que la atención recibida fue buena, mientras que únicamente un 16% califica la atención como excelente, cabe recalcar que existen diversos motivos o factores que en dados casos es de gran agrado y desagrado para las usuarias las cuales califican la atención de manera buena y excelente porque recibieron la atención en el tiempo estimado, la entrega de medicamentos y de más beneficios, además del buen trato y atención brindada por parte de todo el personal de la unidad. El Sub centro de salud, lugar de tensión, estrés y estados críticos emotivos del personal de salud y del usuario externo cobra relevancia al tratar de identificar las relaciones existentes entre este estado emotivo del personal de salud y evaluar el grado de satisfacción del usuario externo con el servicio prestado. (38).

4.2.5. La información que le dieron dentro de la unidad de salud para sus futuras atenciones fueron:

Tabla 10

		Frecuencia	%
	Claras	91	91
Información	Más o menos	0	0
Brindada	No entendió	9	9
Total		100	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DICUSIÓN

Del 91% de los casos la información dada por parte del personal de enfermería es clara, precisa y concisa, y únicamente el 9% de las mismas, no entendieron las indicaciones para sus futuras atenciones, es importante mencionar que la mayoría de casos requieren una forma de explicación diferente e individualizada ya sea por su estado o condición. Las enfermeras(os) proporcionan mayor asesoramiento, generando más confianza para resolver inquietudes, consecuentemente se logran niveles más altos de satisfacción de la gestante. (39).

4.2.6. ¿Le ayudaron a resolver sus problemas en la atención médica dentro de la unidad operativa?

Tabla 11

		Frecuencia	%
Resolución de Problemas	Si	100	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DICUSIÓN

El 100% de las usuarias a las que se les aplicó la encuesta manifestaron que cada una de sus inquietudes fueron disueltas, gracias a la información clara y esencial dada por parte del médico tratante, reforzada con la paciencia debida y experiencia del personal de enfermería, cabe mencionar que cada paciente lleva su embarazo, con diferentes sensaciones y cambios dentro de sí. El profesional de enfermería tiene una importante función en la atención materno-infantil en las unidades de salud pública, su papel de educadora y promotora de la salud, son fundamentales en la prevención de patologías y daños durante el embarazo. La mejora en la calidad de atención de enfermería contribuye a resolver los problemas de morbilidad y mortalidad materna en el país. (40).

- 4.2.7. Cuando espera la atención dentro de la unidad operativa, la usuaria embarazada permanece:

Tabla 12

		Frecuencia	%
Espera en la atención	Sentada	100	100
	De pie	0	0

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DICUSIÓN

Según la encuesta, manifiestan que el 100% de los casos, las usuarias embarazadas permanecen sentadas a la espera de su atención, ya sea por su reserva dentro de los primeros puestos en el día de la atención, o porque demás usuarios ceden sus puestos. Cabe mencionar que el MSP, tiene como objetivo base la satisfacción del usuario en todos los aspectos de salud, ya que una meta prioritaria en la atención a la mujer embarazada será generar un ámbito propicio para el intercambio de información con el objetivo de empoderar a las mujeres. Esta línea de pensamiento y acciones coincide con un fuerte cambio que tiene que operarse en la relación equipos de salud – mujer usuaria, para pasar de una relación de tipo técnica a otra donde se jerarquiza el principio bioético de autonomía y la atención a la integralidad de la persona implicada. (41).

4.2.8. ¿Conoce los beneficios brindados de la maternidad gratuita dentro de la unidad operativa?

Tabla 13

		Frecuencia	%
Maternidad Gratuita	Si	79	79
	No	21	21
Total		100	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DICUSIÓN

Después de lo aplicado, podemos mencionar que en la mayoría de usuarias la información de la ley de maternidad gratuita está al día con un 79% de los casos, mientras que un 21% no conoce sus beneficios, la mayoría manifiestan que el apoyo que se da gracias a la ley de maternidad gratuita, como norma aplicada dentro de cada establecimiento de salud dependiendo su nivel de atención, además es importante dentro del proceso de embarazo, para que el mismo culmine con éxitos y sin complicación alguna, especialmente para mujeres de bajos recursos económicos. El conocimiento de la historia de esta Ley, permite afirmar que la garantía de la gratuidad de las prestaciones establecidas, ha sido posible únicamente porque su última reforma se establece un financiamiento explícito y obligatorio, que es manejado por la unidad ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la cual es responsable de velar que el Ministerio de Finanzas destine el dinero suficiente para el financiamiento de estas atenciones, así como por la asignación de estos recursos en forma oportuna a todos los hospitales y centros de salud del Ministerio de Salud Pública. (42).

4.2.9. ¿Qué beneficios ha recibido la usuaria embarazada de la maternidad gratuita?

Tabla 14

	Frecuencia	%
Beneficios		
Todas	48	48
Control Médico	35	35
Exámenes de laboratorio	8	8
Entrega de medicamentos	6	6
Alimentación	3	3
Complementaria		
Total	100	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DICUSIÓN

Como datos obtenidos tenemos que el 48% de los casos recibieron todos los beneficios dentro de la unidad, el 6 y 8% refiere haber recibido beneficios en ciertos componentes más no en su totalidad por varios factores. La Ley de Maternidad Gratuita, tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad. Toda mujer en territorio ecuatoriano tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva, como responsabilidad del Estado. (43).

4.2.10. ¿Paga por la atención prenatal recibida dentro de la unidad operativa?

Tabla 15

		Frecuencia	%
Paga en la atención Prenatal	No	100	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DICUSIÓN

El 100% de las usuarias, manifestaron mediante la encuesta que no pagan por la atención recibida dentro de la unidad operativa, gracias a las excelentes administraciones se ha hecho posible que no se gaste por la atención recibida dentro del sector público. El Ministerio de Salud Pública recuerda que, de conformidad con la Constitución, se mantiene la gratuidad de todos los servicios de salud para las personas que habitan en el territorio ecuatoriano, entre ellas las mujeres en edad fértil, en embarazo, parto y puerperio (período inmediatamente posterior al parto), y para niños y niñas menores de cinco años. El Ministerio de Salud Pública, consciente de la progresividad de los derechos, continuará garantizándolos como lo hemos hecho en nuestra labor diaria, yendo mucho más allá en la atención de la maternidad y la infancia, con mejores servicios y mayor cobertura. (44).

4.2.11. ¿Ud. Forma parte de un comité o grupo de embarazadas dentro de la unidad operativa?

Tabla 16

		Frecuencia	%
Grupo de Embarazadas	Si	51	51
	No	49	49
	Total	100	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Como resultado de la encuesta, se manifiesta que el 51% de las usuarias pertenecen al club de embarazadas dentro de la unidad, mientras que un 49% de las mismas no pertenecen debido a complicaciones con el tiempo, trabajo o por múltiples funciones a realizar en el día. El club de embarazadas, dentro de la unidad operativa mantiene 3 objetivos específicos: educación y ejercicios de estimulación como dos de los objetivos bases buscando concienciar a las mujeres a que busquen atención médica en forma oportuna, para así prevenir una serie de patologías que se presentan durante el embarazo, como hipertensión, preclamsia, entre otros, esperando reducir las estadísticas de muerte materno infantil de esta manera también poder ayudar a las mujeres en edad fértil, en planificación familiar y que tengan un control médico durante el embarazo, y como tercer y último objetivo, enfocar a la madre embarazada a la realización de manualidades que corroboren a su propio beneficio y al de la microempresa, con el fin de lograr un impulso para búsqueda de trabajo y financiamiento posterior. (45). El personal de enfermería está involucrado en la formación y seguimiento de estos clubs ya que es una de las estrategias para poder cumplir con un control óptimo y completo.

4.2.12. ¿Durante el control prenatal que indicaciones recibió?

Tabla 17

		Frecuencia	%
Indicaciones	Todos	65	65
	Medicación	19	19
	Exámenes de Laboratorio	10	10
	Signos de Alarma	4	4
	Plan Parto	2	2
	Total	100	100

Fuente: Encuesta-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Dentro del análisis se menciona que durante el control prenatal, las indicaciones que reciben las usuarias son completas dentro de un 65% de los casos, un 19% reciben únicamente información acerca de la medicación, el 4% refiere que es únicamente signos de alarma y el 2% menciona que la información es plan de parto, considerándose dentro de su totalidad que las indicaciones son recibidas completamente por parte del personal de enfermería, dependiendo la prescripción por parte del médico tratante. El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que, además, existe una mayor receptividad materna para las actividades de educación para la salud. (46).

4.3. Análisis e interpretación de resultados revisión de Historias Clínicas (Lista de chequeo).

4.3.1. Antecedentes familiares, Fecha última de menstruación y Fecha probable de parto.

Tabla 18

		Frecuencia	%
	Si	102	85
Antecedentes	No	18	15
	Total	120	100
FUM	Si	120	100
FPP	Si	120	100

Fuente: Lista de Chequeo-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De las historias clínicas revisadas se verificó que el 85% lleva un registro en lo que refiere a los antecedentes familiares y en un 15% no se evidencia, la FUM y la FPP se encuentran registradas en un 100% del documento investigado. Esta información sin duda es una de las más relevantes dentro del proceso del embarazo, ya que permite mediante su registro, evaluar el trabajo del personal de enfermería en el llenado correcto de los formularios, así como también permite identificar la fecha última de menstruación para en base a esta, calcular la fecha probable de parto, y así mantener un control riguroso y minucioso de acuerdo a la edad gestacional. Sin embargo el trabajo del personal de enfermería debe ser eficaz en todo aspecto y como muestra la tabla aún existen falencias e incumplimiento en el llenado de los formularios de manera completa, lo cual se debe a múltiples causas, entre ellas la falta de tiempo, la afluencia de pacientes y la falta de personal dentro de la unidad operativa.

Tabla 19

		Frecuencia	%
T/A	Si	120	100
<hr/>			
PESO	Si	120	100
<hr/>			
TALLA	Si	120	100
<hr/>			

4.3.2. Toma de presión arterial, peso y medición de talla

Fuente: Lista de Chequeo-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El 100% de las historias clínicas revisadas mantienen el registro de los ítems establecidos en la hoja perinatal, como son: la toma de T/A, toma del peso de la gestante y la medición de talla en el primer control del embarazo, son de vital

importancia en el desarrollo del embarazo de la paciente ya que la hipertensión arterial durante el embarazo es una importante causa de muerte materna y morbimortalidad fetal en todo el mundo. (47). Cabe mencionar también que el aumento de peso apropiado durante el embarazo dependerá de cuánto pesaba la paciente antes de quedar embarazada y de lo proporcionado que esté el peso con la altura. La relación entre el peso y la altura se expresa por medio de una cifra conocida como el Índice de Masa Corporal o IMC, este proceso se lo realiza durante toda la etapa prenatal. (48). Esto muestra que el personal de enfermería cumple con estas normas que están comprendidas dentro del manual del MSP.

4.3.3. Índice de Masa Corporal

Tabla 20

		Frecuencia	%
IMC	Si	105	88
	No	15	13
	Total	120	100

Fuente: Lista de Chequeo-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El cálculo del índice de masa corporal (IMC) se registra en un 88% del total de Historias Clínicas chequeadas, mientras que en el 13% no se muestra dicho registro. En Chile, el primer índice utilizado fue el porcentaje de peso/talla (PPT) luego el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$), recomendado por el Instituto de

Medicina de la Academia Nacional de Ciencias para así estandarizar la medición en el adulto. Posteriormente, el índice peso/talla fue reconvertido por los mismos autores a índice de masa corporal. (49). Es muy importante calcular el IMC de cada paciente embarazada, para poder determinar su estado nutricional desde el primer control y poder clasificarlo según corresponda. (50). Así como también obliga al personal de enfermería a una adecuada consejería sobre la alimentación que se debe llevar a cabo durante la etapa gestacional.

4.3.4. Administración de vacuna antitetánica

Tabla 21

		Frecuencia	%
Vacuna	Si	113	94
dT	No	7	6
Total		120	100

Fuente: Lista de Chequeo-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Las Historias Clínicas revisadas muestran que el 94% lleva un registro de la administración de la vacuna Antitetánica en el primer control prenatal, mientras que en un 6% no se encuentra ningún registro su aplicación. El “método de alto riesgo” para controlar el tétanos neonatal deberá formar parte de la estrategia de eliminación

del tétanos neonatal en los países que no hayan alcanzado aún el objetivo de eliminación. (51). Lamentablemente, se dejan pasar muchas oportunidades de vacunar a mujeres embarazadas que visitan los dispensarios prenatales u otros centros de salud que ofrecen servicios de inmunización. Además, muchas mujeres embarazadas acuden a los dispensarios demasiado tarde para protegerlas mediante inmunización con el toxoide tetánico y no reciben una dosis posterior al parto que ayudaría a protegerlas en embarazos posteriores. El personal de enfermería debe considerar que no puede pasar por alto el registro de esta actividad, ya que con el incumplimiento de esta norma da lugar a la disminución del indicador de atención.

4.3.5. Entrega de micronutrientes

Tabla 22

		Frecuencia	%
Hierro	Si	70	58
+	No	50	42
Ácido Fólico	Total	120	100

Fuente: Lista de Chequeo - Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El documento investigado muestra que se registra la entrega de micronutrientes a las pacientes embarazadas en el control prenatal en un 58%, acompañado de las indicaciones y consumo de las mismas, mientras que el 42% indica que por falta de

medicación en farmacia, no se hace posible dicha entrega. Entre noviembre de 2000 y octubre de 2001 se realizó una encuesta transversal comunitaria en seis pueblos del distrito

o de **Tabla 23**

Farida

bad

en el

estado

hindú

de

Harya

na. Se

incluy

ó a todas las mujeres mayores de 18 años con un embarazo de más de 28 semanas. Aproximadamente el 73.5%, 2.7%, 43.6%, 73.4%, 26.3% y 6.4% de las mujeres tuvieron deficiencias de zinc, cobre, hierro, ácido fólico y yodo, respectivamente. La mayor prevalencia concomitante de deficiencia de dos, tres, cuatro y cinco micronutrientes fue de zinc y hierro (54.9%); zinc, magnesio y hierro (25.6%); zinc, magnesio, hierro y ácido fólico (9.3%) y zinc, magnesio, hierro, ácido fólico y yodo (0.8%), respectivamente. (52). Es por eso que el personal de enfermería conociendo la importancia de esto, considerará la necesidad de verificar minuciosamente la entrega de los micronutrientes a las usuarias embarazadas.

4.3.6. Consejería Lactancia Materna, Plan Parto, Signos de Alarma, Planificación Familiar y Control Odontológico.

		Frecuencia	%
Lactancia Materna	No	90	75
Plan Parto	Si	30	25

ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

REVISIÓN DE HCL(Lista de chequeo)

SATISFACCIÓN DE LA USUARIA

n

te: Lista de Chequeo-Elaborado: Autoras

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El documento analizado muestra que se encuentra un registro de consejerías realizadas por parte del personal de enfermería en un 75% y el 25 % restante no muestra registro de dichas consejerías. La consejería es una herramienta aplicada a diversos aspectos de la prevención y promoción a la salud, consiste en una relación de ayuda basada en una comunicación efectiva; con ella se busca mejorar la salud del paciente, proporcionándole un medio para efectuar un trabajo más eficaz al menor costo. En el ámbito de la salud, la consejería se define como una relación de ayuda establecida entre un profesional y un paciente, con el fin de mejorar o promover la salud, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones (53). La tabla de resultados da a conocer que el personal de enfermería no está cumpliendo en su totalidad el registro de consejerías a las usuarias embarazadas, cabe recalcar que se evidenció el chequeo con vistos, la firma y sello del personal enfermero en las de indicaciones pre- escritas por el médico u obstetra, mas no la redacción completa de haber brindado consejería a la usuaria, lo que da lugar también a la disminución de los indicadores de atención.

4.4. Discusión general y análisis

¿Conoce Ud. las normas de atención del control prenatal aplicadas dentro de la institución?	100%	60 %	¿Ud. Forma parte de un comité o grupo de embarazadas dentro de la unidad operativa?	59%
¿Existen factores que influyen para que no se cumplan las normas de control prenatal dentro de la unidad	100%		¿Cómo califica la atención recibida dentro de la unidad operativa?	B=84% E=16%
¿Se aplican estrategias en la unidad operativa para cumplir con las normas de control prenatal?	100%		Durante el control prenatal que indicaciones recibió?	65%
¿Brinda información adicional a la usuaria embarazada en la atención del control prenatal?	100%			

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Esta investigación se encaminó a evaluar el cumplimiento de las normas en atención prenatal del personal de enfermería del Sub Centro de Salud de San Antonio de Ibarra, en el cual mediante la aplicación del instrumento se obtiene como resultado, que el 100% del personal de enfermería refiere conocer y cumplir con las normas de atención prenatal establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP), mientras que en la revisión de historias clínicas se evidenció que únicamente se cumple la aplicación de dichas normas en un 60% , en el 40% restante no se muestra registro alguno de las actividades que el personal de enfermería debe cumplir en el control prenatal, La respuesta de las usuarias en cuanto a satisfacción en la atención

dentro de la unidad operativa se califica como buena en un 84%, y como excelente en 16%, tomando en cuenta que esta calificación se la dio, ya que la usuaria refiere haber recibido las indicaciones, medicamentos y demás beneficios durante la atención, en un 0% se encuentran los ítems: buena, muy buena y mala, mostrándose que la indicaciones que la usuaria recibe corresponde en un 65 % a medicación, exámenes de laboratorio , plan parto, signos de alarma, lo que da a conocer que el personal de enfermería no está cumpliendo su rol en consejería, lo cual forma parte de las normas de atención en el control prenatal. El 59% de las usuarias encuestadas no forman parte del club de embarazadas de la unidad operativa, siendo esta una de las estrategias para poder cumplir con la atención oportuna de un control prenatal de calidad, enfermería no cumple en su totalidad con la aplicación de las normas ya antes mencionadas.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- De la observación directa realizada al sub centro de salud San Antonio de Ibarra, se concluye que el personal de enfermería no cumple en su totalidad con las actividades de un buen control prenatal.
- Las causas para el incumpliendo de las normas de control prenatal dentro de la unidad operativa, por parte del personal de enfermería, abarca ciertos componentes que son: materiales obsoletos, infraestructura inadecuada, falta del personal multidisciplinario, y falta de promoción, difusión de información por parte de enfermería.
- La falta de capacitación al equipo multidisciplinario, por falta de tiempo y afluencia de pacientes además de la escasez de recursos materiales e insumos no gestionados u olvidados, son causas, entre otras, que inciden para el personal involucrado en la atención a la embarazada no pueda cumplir sus actividades en base a lo establecido como norma mínima dentro de la unidad operativa.
- Las normas contemplan actividades que deben ser cumplidas por todo el personal que trabaja en la atención del embarazo. La participación activa del profesional de enfermería debe favorecer la aplicación efectiva de las normas.

5.2. Recomendaciones

- Que el manual y protocolo de Normas de Atención prenatal del Ministerio de Salud Pública, tiene que ser revisada y ajustarse a las realidades sociales.
- Que se mantenga una continuidad, en las capacitaciones al personal multidisciplinario dentro de la unidad operativa, con el fin de establecer una sola información y actividades para el equipo.
- Mantener el registro diario de actividades realizadas por parte del personal de enfermería con el fin de mejorar la calidad de atención y lograr una autoevaluación personal.

CAPÍTULO VI

6. Propuesta

Como propuesta de intervención y mejoramiento se planificó y realizó una conferencia con el apoyo de especialistas en temas específicos de control prenatal, y calidad de atención, como plan de intervención, y de apoyo informativo a los profesionales de salud de la unidad operativa San Antonio de Ibarra, con el propósito de mejorar su nivel de conocimiento, despeje de dudas, mitos, o simplemente lo consideren como una rutina más dentro de su ámbito profesional .

6.2. Plan de intervención

6.2.1. Datos Generales

Provincia: Imbabura

Cantón: Ibarra

Unidad Operativa: San Antonio de Ibarra

Beneficiarios: 28 personas

- 6 Enfermeras
- 2 auxiliares de enfermería y odontología
- 9 médicos generales
- 3 médico odontólogo
- 1 psicólogo
- 2 Internos/as de enfermería
- 1 Interno de Nutrición
- 1 Interno de Medicina
- 1 Estadístico
- 1 persona de Farmacia
- 1 Auxiliar de servicios

6.2.2. Antecedentes

Los profesionales de salud de la unidad operativa deben mantener una constante capacitación en lo que respecta a normas del MSP especialmente en atención del control prenatal, siendo esta unidad un referente de salud, ya que debido a la cantidad de personas que acuden a la atención, es complicado cumplir con todos los estándares de llenado dentro de las hojas de control prenatal, con esto se contribuye de gran manera a los objetivos del buen vivir. Otra de las causas para el incumplimiento de un control óptimo es la falta de información y olvido de la usuaria a sus citas periódicas de control, ya sea por falta de atención o por que no se brindó la necesaria información de sus controles prenatales.

6.2.3. Justificación

En el análisis de resultados se observó, no un requerimiento urgente de capacitación para cumplir con todos los ítems necesarios dentro de la consulta de control prenatal, si no en la necesidad de difundir información clara, precisa, y profunda sobre el tema planteado, resultando de gran validez y confiabilidad para los profesionales de salud especialmente en lo que respecta actividades esenciales de enfermería, con el fin de proporcionar una información y consejería óptima generalizada.

6.2.4. Objetivos

6.2.4.1. Objetivo general

Fortalecer los conocimientos sobre el cumplimiento de las normas de control prenatal en el personal de enfermería del sub centro de salud de San Antonio de Ibarra.

6.2.4.2. Objetivos específicos

- Ampliar información sobre las normas de control prenatal, mediante la intervención de un profesional experto en el tema.
- Crear un ambiente de confianza para disipar las dudas e inquietudes que tiene el personal con respecto a las normas de control prenatal.
- Buscar una estrategia para mejorar el cumplimiento de las normas de control prenatal.

6.2.5. Resultados

28 integrantes del equipo de salud de los cuales 6 forman parte del personal de enfermería con conocimientos más sólidos, trascendentes que constituyen herramientas para la toma de decisiones libres, informadas y responsables respecto a la intervención de normas de atención prenatal, que van dirigidas al cumplimiento de normas dentro de las actividades pertenecientes a la atención de enfermería.

6.2.6. Campo de acción

Se llevó a cabo en el sub-centro de salud de “San Antonio de Ibarra” con la presencia de 28 profesionales entre los que se destaca 6 integrantes del personal de enfermería.

6.2.7. Actividades de la intervención

- Coordinar con el profesional experto en el tema, para proporcionar información de calidad, dentro de la unidad operativa para realizar la conferencia, manteniendo coordinación en las dos partes.
- Realizar conferencia
- Aporte de actividades que realiza el personal de enfermería, dentro de la unidad operativa, en lugares estratégicos (estadística, preparación, vacunas, post consulta).
- Actividades de enfermería planteadas dentro del Ministerio de Salud pública, como ayuda o guía dentro de su rutina diaria en la unidad operativa, con el fin de lograr una autoevaluación y mejorar su cumplimiento por parte del personal de enfermería.

6.2.8. Metodología

- Conferencia (Plan de Intervención)
- Actividades de Enfermería
- Check List (Actividades de Enfermería)

6.2.8.1. Informe Técnico Narrativo del plan de intervención

Fecha de Intervención: 07 de Abril del 2015.

Fecha de Presentación: 07 de Abril del 2015.

Responsables:

- Dra. Chicaiza (Médico Hospital San Vicente de Paúl).
- Ysabel Casart (Prometeo de la Universidad Técnica del Norte).

OBJETIVO	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS LOGRADOS	ACTIVIDADES	PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
				Total	F	M	
Fortalecer los conocimientos sobre normas de atención prenatal en el personal multidisciplinario especialmente enfermería.	28 personas del equipo multidisciplinario entre los que se destacan 6 personas de enfermería con conocimientos sobre cumplimiento de normas de atención prenatal dentro de la unidad operativa.	Se establece una comunicación única entre el personal multidisciplinario, logrando de esta manera hablar un mismo idioma con respecto a normas y lineamientos de control prenatal dentro de la unidad operativa.	<p>Coordinar con los especialistas y la unidad educativa para la conferencia</p> <p>Realizar Conferencia</p> <p>Actividades de enfermería</p> <p>Check List (Actividades de enfermería).</p>	28	21	7	Al inicio de la conferencia se observó una falta de atención e interés que se expresó mediante conversaciones entre el equipo multidisciplinario, con el transcurso de la presentación el personal muestra interés, haciendo preguntas sobre el tema finalmente se obtuvo toda su

<p>Crear un ambiente de confianza para disipar las dudas y mitos que tiene el personal multidisciplinario dentro de la unidad operativa.</p>	<p>Conocimiento acerca de las normas de atención prenatal dentro del MSP.</p> <p>Disipar todas las dudas, interrogantes e inquietudes sobre normas y actividades que se realiza dentro de la atención prenatal.</p>						<p>atención y se aclaró sus dudas e inquietudes.</p>
--	---	--	--	--	--	--	--

BIBLIOGRAFÍA

1. Promoción de la Salud. Percepción de usuarios, profesionales y estudiantes de salud sobre prestación de servicios de salud del tercer nivel de atención. Promoción de la Salud volúmen 11. 2004 ;: p. 32-37.
2. El Telégrafo. La mortalidad materna se redujo en 44% en Ecuador. EL PAIS NO LOGRARÍA ESTE OBJETIVO DEL MILENIO PLANTEADO POR LA ONU. 2014 Agosto 30 : p. 12-13.
3. UNICEF. Situación de la Infancia.. Buen comienzo de la vida. 2005;; p. 15-18.
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. 2008 Mayo 16..
5. Ministerio de Salud Pública. Indicadores Básicos de Salud. 2012 Noviembre 12..
6. Bustos G, Perepelucia. Enfermería Materno Infantil y Neonatal Argentina : Corpus Editorial ; 2010.
7. Brofman M. Utilización de los servicios de Salud desde la perspectiva de los usuarios. Del "cuanto" al "porque". 2000;; p. 442-450.
8. Constitución de la República del Ecuador. Objetivos de Buen Vivir. 2010 Agosto 23..
9. Remache. "PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS CONTROLES PRENATALES Y SU INCIDENCIA EN LAS COMPLICACIONES POST PARTO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO AUGUSTO N.MARTÍNEZ, AÑO 2012.". 2014 Enero 16..
10. Aguinaga , Recalde J, Aguirre. Repositorio utn. [Online].; 2013. Available from: HYPERLINK "F:\\TESIS DEFENSA PÚBLICA\\EMPASTADO\\www.repositorio.utn.edu.ec\\bitstream\\sanantoniodeibarra.pdf" www.repositorio.utn.edu.ec/bitstream/sanantoniodeibarra.pdf.
11. Cadena L. Factores Asociados a la Adherencia al Control Prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarin y Sto. Domingo de la Parroquia San Antonio de Ibarra en el periodo Noviembre del 2009 Agosto del 2010. 2010 Agosto 26..
12. Magalón , Galán , Pontón. Garantía de Calidad en Salud Bogotá, Colombia : Panamericana ; 2001.

13. De la Vega V, Guerrero. Control prenatal y su relación con el embarazo y parto en embarazadas que son atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Luis G. Dávila de la Ciudad de Tulcán Tulcán ; 2004.
14. Ardilla Montealegre. Control Prenatal Bogotá : Panamericana ; 2002.
15. Ministerio de Salud Pública. MSP emite la norma CONE comoparte de la estrategia para la reducción de la muerte materna. [Online].; 2013. Available from: HYPERLINK "http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/" <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>.
16. Jean E. Enfermería Materno Infantil England : Harcourt Brace; 2008.
17. Mangui , Silva. Cumplimiento de las normas de Atención Prenatal y satisfaccion de usuarias que acuden al Centro de Salud No 1 Ibarra ; 2004.
18. Hacker , Moore. Ginecología y Ostetricia México : Manual Moderno ; 2010.
19. Aguilar Cordero MJ, Revelo , Padilla López CA. La Estimulación prenatal; resultados relevantes en el periparto. Nutrición Hospitalaria. 2012;; p. 2102-2103.
20. Gardfoth S, García J. Effective Care In Pregnancy and Childbirth Oxford ; 2013.
21. Cabero S. Operatoria Obstétrica México : Médica Panamericana ; 2009.
22. Ministerio de Salud Pública. Norma y Protocolo Materno Quito : CONASA; 2008.
23. Guayasamin F. País Canela. [Online].; 2010. Available from: HYPERLINK "http://paiscanelalegal.blogspot.com/2010/09/derechos-sexuales-y-reproductivos-en.html" <http://paiscanelalegal.blogspot.com/2010/09/derechos-sexuales-y-reproductivos-en.html>.
24. Constitución de la República del Ecuador. Derechos del Buen Vivir. 2008 Agosto 8..
25. Constitución de la República del Ecuador. Objetivos del Buen Vivir. 2010 Agosto 23..
26. Constitución de la República. Título II Derechos Capitulo tercero. 2008 Octubre 20..

27. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador Montecristi ; 2008.
28. Comisión de Legislación y Codificación. REGISTRO OFICIAL N° 349. 2006 Septiembre 5..
29. Ley Reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. 1998 Agosto 10..
30. Organización Mundial de la Salud Materna en America Latina. Boletín Epidemiológico Washington; 2008.
31. Realpe C, Marín M, Eugenia P. Promoción de usuarios, profesionales y estudiantes sobre prestaciones de servicios de salud. Hacia la promoción de Salud. 2006;; p. 95-105.
32. Donabedian A. La calidad en la atención médica; definición y métodos de evaluación México: Prensa Médica Mexicana; 1994.
33. Ministerio de Salud Pública. MSP emite la norma CONE como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonatal. [Online].; 2013. Available from: HYPERLINK "http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/" <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/> .
34. Bimbela J. Cuidando al cuidador España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995.
35. Esteban A. El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida. Revista Clínica. 1988;; p. 166.
36. Organización Panamericana de Salud. Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva con enfoque de género. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. 1996;; p. 1-3.
37. Da Costa D, Clarke A, Dobkin P, Senecal J, Fortin P, Danoff D. The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. Washington: Qual Health Care; 1999.
38. Domínguez Márquez O, Manrique Nava C. Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública Ambato: Acta Bioética; 2014.

39. Massoud R, Askov K, Reinke J, Bornstein T, Knebel E. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud Bethesda; 2002.
40. Secretaria de Salud. Modelo de Atención y de Enfermería Obstetrica México; 2005.
41. Chalmers B, Mangiaterra V, Portes R. WHO principles of perinatal care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course Kentucky; 2001.
42. Movimiento de Mujeres del Ecuador. Ley de Maternidad Gratuita. [Online].; 2014. Available from: HYPERLINK "http://lalineadefuego.info/2014/07/30/9886/" <http://lalineadefuego.info/2014/07/30/9886/>.
43. República del Ecuador. Asamblea Nacional Constituyente Quito: Cosntitucion de la Republica; 2008.
44. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión. [Online].; 2008. Available from: HYPERLINK "http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-derechos-humanos-genero-e-inclusion/" <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-derechos-humanos-genero-e-inclusion/>.
45. Molina S M. Embarazo en la adolescencia y su relacion con la decercion escolar. Revista Médica de Chile. 2004;; p. 65-70.
46. Arribas Mir I, Bailon Muñoz E, De la Iglesia López B. El médico de la familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas Madrid: Atención Primaria; 2002.
47. GeoSalud. Hipertensión arterial y Embarazo. [Online].; 2014. Available from: HYPERLINK "http://geosalud.com/salud_mujer/index.html" http://geosalud.com/salud_mujer/index.html.
48. Scott Disaian H. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth México: Mc Graw Hill Interamericana; 1994.
49. Mardones F, Marsha G, Villarroel L, Bastías G. Comparación de dos indicadores de relación peso/talla en la mbarazada. Acta Pediátrica Española. 1999;; p. 53-57.
50. Campbell S, Thoms A. Ultrasound measurement of the fetal head to abdomen circumference ratio in the assessment of the growth retardation Alemania: Obstet Gynaecol; 1977.

51. Organización Mundial de la Salud. Field manual for neonatal tetanus elimination. Ginebra. 1999.
52. Pathak P KUKSSR2KAGNDSSRSP. Prevalencia de múltiples deficiencias de micronutrientes entre las mujeres embarazadas en una zona rural de Haryana Haryana: Indian J Pediatr; 2004.
53. Castro , Serralde M, Padilla Zárat P. Consejería personalizada en enfermería. Carta al editor. Diciembre 2009;; p. 228-230.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Control Prenatal: Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Prenatal: Es un concepto que se utiliza para nombrar a aquello que surge o que tiene existencia desde instancias previas al nacimiento. El término se forma con la unión del prefijo pre (referente a lo que antecede) y el adjetivo natal (vinculado al nacimiento).

Morbimortalidad: Para entender de qué se trata la morbimortalidad, debemos desmenuzar esta palabra en dos partes: por un lado, tenemos la parte “morbi” que proviene de morbilidad y hace referencia a la cantidad de personas que enferman en una población determinada en un lapso determinado, por ejemplo en un año. Por otro lado, tenemos la parte “mortalidad” que se refiere a la cantidad de muertes o defunciones que se registraron en una población determinada y en un período temporal determinado.

Accesibilidad: Es la disponibilidad de recursos y la definición de procedimientos que garantizan que los usuarios obtengan los servicios de promoción de la salud.

Oportunidad: Es la satisfacción de la necesidad en promoción y educación de la salud.

Seguridad: Es la prestación de los servicios de salud bajo condiciones que minimicen los riesgos para la salud de los usuarios.

Racionalidad técnico científica: Es la utilización del conocimiento en salud, para atender una necesidad en promoción y prevención, ajustada a la condición de salud de cada usuario en forma pertinente y ética.

Suficiencia: Es la disposición organizativa de los servicios, para lograr una adecuada cobertura en promoción, educación y prevención.

Idoneidad y competencia profesional: Conjunto de habilidades y conocimientos necesarios para realizar acciones de promoción y educación en salud.

Satisfacción del usuario: Es la complacencia del usuario con los servicios y los resultados de las acciones de los profesionales de la salud.

Embarazo: El embarazo es el periodo de desarrollo desde la fecundación de ovulo hasta el momento del parto.

Grupo de bajo riesgo: Es el grupo de embarazadas que deben ser controladas en el primer nivel de atención, sus necesidades pueden resolverse con una tecnología y un procedimiento simple.

Grupo de mediano y alto riesgo: Precisan asistencia y exploraciones especiales; en este grupo las embarazadas deben ser controladas en el segundo y tercer nivel de atención.

Estimulación Prenatal: Es el proceso que busca fomentar el aprendizaje y promover el desarrollo sensorial e intelectual del bebé mientras se encuentra en el útero de su madre.

Consultas Prenatales: Comprende las consultas primeras y subsecuentes brindadas según normas del Ministerio de Salud Pública, durante el embarazo hasta que éste culmine.

Salud: Es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: CUMPLIMIENTO DE NORMAS EN ATENCIÓN PRENATAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SUB CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO 2014

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de las normas de atención de control prenatal, del personal de enfermería en el Sub centro de Salud de San Antonio.

Instrucción.- Por favor, responda a estas preguntas de la forma más completa sin dejar ninguna sin responder.

Edad: _____ Sexo: F M

Fecha de realización de encuesta:

1.- ¿Conoce Ud. las normas de atención del control prenatal aplicadas dentro de la institución?

SI

NO

¿Cuáles?

2.- ¿Existen factores que influyen para que no se cumplan las normas de control prenatal dentro de la unidad?

SI

NO

¿Cuáles?

3.- ¿Existe un proyecto o sistema de capacitación constante con respecto a las nuevas normas y reglamentos impartidos por el MSP?

SI

NO

Explique

4.- ¿Se aplican estrategias en la unidad operativa para cumplir con las normas de control prenatal?

SI

NO

¿Cuáles?

5.- ¿Brinda información adicional a la usuaria embarazada en la atención del control prenatal?

SI

NO

¿Cuál información?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE ATENCIÓN PRENATAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SUB CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO 2014

ENCUESTA A LA USUARIA EMBARAZADA

OBJETIVO

Evaluación por parte de las usuarias que asisten al control prenatal en Sub-centro de Salud de San Antonio, califica la atención personalizada, de buen trato con privacidad y cortesía, comodidad en la espera, con información suficiente por parte del personal que atiende en los servicios.

INSTRUCCIÓN: Por favor, responda a estas preguntas de la forma más completa sin dejar ninguna sin responder.

CUESTIONARIO:

1. ¿A qué hora llego al centro de salud?

Horas Minutos

2. ¿Qué tiempo se demoró en terminar la atención del control prenatal?

Horas Minutos

3. ¿En qué lugar se demoró?

Estadística Preparación

Atención Médica

Farmacia

Otros

Ninguno

4. ¿Quién controló su embarazo?

Médico

Obstetras

Enfermeras

Auxiliar

5. El trato que recibió fue de:

Cortesía

Orientación

Rapidez

Explicación

Todas

6. ¿Cómo califica la atención recibida dentro de la unidad operativa?

Excelente

Bueno

Malo

7. Las explicaciones que le dieron fueron :

Claras

No entendió

8. La información que le dieron para las futuras atenciones fueron:

Claras No entendió

9. ¿Le ayudaron a resolver sus problemas en la atención médica?

Sí No

10. Cuando espera la atención permanece:

Sentada Parada

11. ¿Conoce los beneficios de la maternidad gratuita?

Sí No

12. ¿Qué beneficios ha recibido de la maternidad gratuita?

Control médico	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Entrega medicamentos	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Exámenes de laboratorio	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Alimentación complementaria	Sí		No	
Revisión odontológica	Sí		No	

13. ¿Paga por la atención prenatal?

Sí No

14. ¿Ud. Forma parte de un comité o grupo de embarazadas?

Sí

No

15. ¿Durante el control que indicaciones recibió?

Medicación

Exámenes de laboratorio

Plan de parto

Signos de alarma

Otros

Anexo 3

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS ACERCA DEL TRABAJO DE GRADO:

CUMPLIMIENTO DE NORMAS EN ATENCIÓN PRENATAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO DE IBARRA 2014

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento de las normas de atención de control prenatal, del personal de enfermería en el Sub centro de Salud de San Antonio.

NORMAS DE CONTROL PRENATAL		
MSP		
ESTADÍSTICA	SI	NO
Apertura de HCL		
Apertura del Carné Perinatal		
Antecedentes familiares		
PREPARACIÓN		
Fecha Ultima de Menstruación (FUM)		
Calculo de la Fecha Probable de Parto (FPP)		
Toma de Presión Arterial (HTA)		
Toma de Peso		

Medición de Talla		
Cálculo índice de masa corporal (IMC)		
POST-CONSULTA		
Administración de Vacuna Antitetánica		
Entrega de micronutrientes		
Consejería lactancia materna		
Consejería signos de alarma		
Consejería plan parto		
Consejería planificación familiar		
Consejería para Control Odontológico		

Anexo 4

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento de las normas de atención de control prenatal, del personal de enfermería en el Sub centro de Salud de San Antonio.

NORMAS DE CONTROL PRENATAL		
MSP		
ESTADÍSTICA	SI	NO
Apertura de HCL		
Apertura del Carné Perinatal		
Antecedentes familiares		
Fecha Ultima de Menstruación (FUM)		
PREPARACIÓN		
Toma de Presión Arterial (HTA)		
Toma de Peso		
Medición de Talla (primera consulta)		

Cálculo índice de masa corporal (IMC)		
POST-CONSULTA		
Administración de Vacuna Antitetánica		
Entrega de micronutrientes		
Consejería lactancia materna		
Consejería signos de alarma		
Consejería plan parto		
Consejería planificación familiar (34 semanas)		
Consejería en Control Odontológico		

ELABORADO POR:

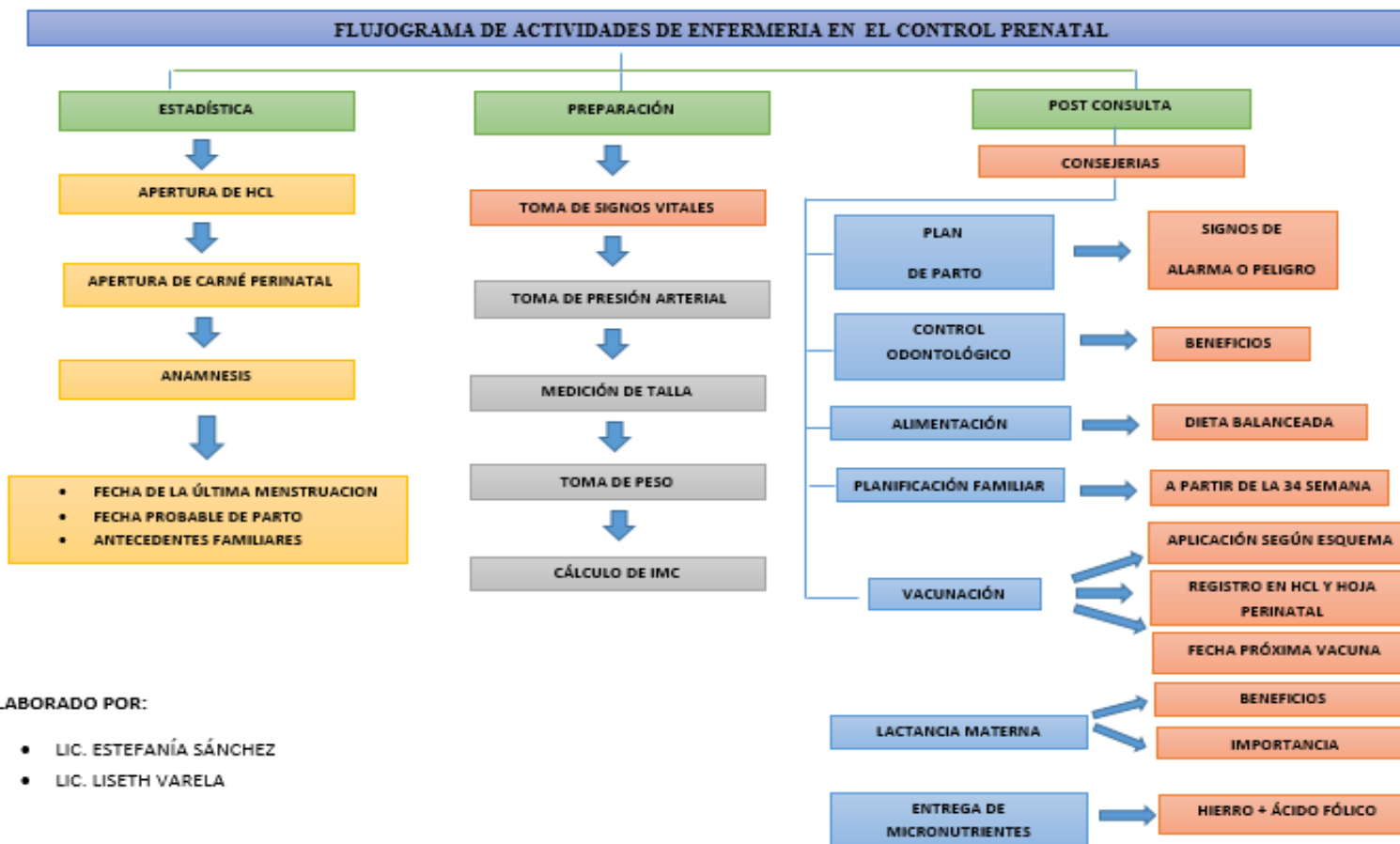
LIC. ESTEFANÍA SÁNCHEZ

LIC. LISETH VARELA

Anexo 5



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



ELABORADO POR:

- LIC. ESTEFANÍA SÁNCHEZ
- LIC. LISETH VARELA

