

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
SECCION SALUD REPRODUCTIVA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA
EN SALUD DE LA MUJER Y PERINATOLOGIA**

*FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, EDUCATIVOS Y DE SALUD QUE INFLUYEN EN
LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL EMBARAZO Y POST PARTO EN EL AREA DE
SALUD DE GUÁPILES DE MARZO A JUNIO, 1999*

NOMBRE:

MARIA EUGENIA BERMUDEZ CAMPOS

CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO

1999.

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

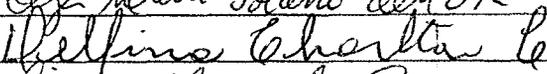
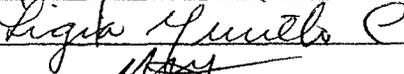
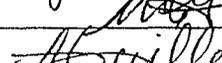
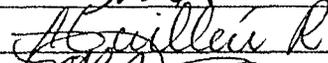
ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de: APROBADO

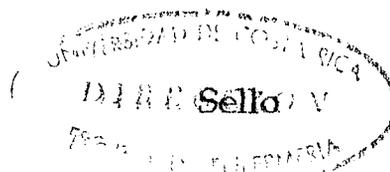
ARTICULO 5

El Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo declara acreedor al grado de **Licenciada en Enfermería con énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado. Se da lectura al Acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y el Postulante, a las 11:00 horas.

	Presidente
	
	
	
	
	Postulante

cc: Oficina de Registro
Expediente
Postulante



♥DEDICATORIA ♥

♥A JEHOVÁ, mi DIOS y SEÑOR, quien me brindó el don de ser enfermera y me guió paso a paso hasta donde estoy, por el amor a su hijo JESUCRISTO.

♥A mi esposo Leslie por el amor y la paciencia de estar a mi lado en los momentos que más lo he necesitado brindándome su apoyo incondicional

♥A mis hijas Jenny, Natalia, Jazmín e hijos Tony y Joseph por corresponder a mi amor, quienes han sido mi fuente de inspiración

♥A mi madre, hermanos y hermanas quienes me han animado a seguir siempre adelante en mis momentos de duda

♥A mi profesora Delfina Charlton, quien me ha dado la pauta a seguir como profesional, colocándome siempre en el lugar del cliente que está confiando en mis servicios brindando éstos con amor y calidad

♥A todos los que de una forma u otra me han brindado su apoyo espiritual y moral.

¡GRACIAS!

Ma Eugenia Bermúdez

AGRADECIMIENTO

*Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mis profesoras, Delfina Charlton, Antonieta Calvo y Ligia Muillo, que con gran paciencia me han guiado para culminar mi trabajo de graduación

*A mi amiga Laura Bastos, aunque lejos, no la olvido, gracias por su amistad y colaboración

*A mi amiga Lorna Campbell por la ayuda brindada tan oportunamente

*A mi amigo Enrique por estar siempre a mi lado cuando he sentido que no puedo más, dándome fuerzas para seguir adelante

*A mi amiga Mavis y mi cuñado Olger, por su afecto y ayuda brindada

¡Mi amistad sincera..siempre....!

María Eugenia Bermúdez Campos.

AGRADECIMIENTO

*A la Dirección Médica y de Enfermería del Hospital de Guápiles, por permitir la ejecución de esta investigación

*A Leticia Rojas por su gran calidad humana

*A Marjorie Garro por su ayuda, revisando y aportando ideas

*A las usuarias, que tan amablemente colaboraron para este estudio

*Al personal de los Servicios de Sala de Partos, Archivo y el EBAIS por proporcionar material para realizar esta investigación

*A mis compañeras (os) de trabajo por su apoyo continuo

*A todas las personas que de una manera u otra participaron en la culminación de esta investigación

¡A TODOS, MUCHAS GRACIAS!...

María Eugenia Bermúdez

INDICE GENERAL

CAPITULOS	PAGINAS
INDICE	1
INDICE DE CUADROS	2
I INTRODUCCION.	4
1 1- Prefacio	
1 2- El problema y su importancia	9
1 3- Objetivos	18
II. MARCO TEORICO	
2 1 Salud	19
2 2 Características de salud en Costa Rica	19
2 3 Antecedentes	20
2 4. Readecuación del modelo de atención	31
2 5 Riesgo reproductivo	39
2 6 Factores que aumentan el riesgo reproductivo	40
2 7 Cultura Organizativa de los EBAIS	50
III- PROCEDIMIENTO METODOLOGICO.	
3 1- Tipo de Investigación	56
3 2- Muestra – población	56
3 3- Variables Definición- operacionalización	57
3 4- Metodología utilizada	62
IV- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	64
V- CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	82
VI- ALCANCES Y LIMITACIONES	
A- Alcances	84
B- Limitaciones	84
VII- BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS	
A- Bibliografía	85
B- Bibliografía consultada	87
C- Anexos N° 1-2-3	84 - 94 -111
RESUMEN.	

INDICE DE CUADROS:

Cuadro N° 1

Consultas impartidas por tipo a nivel Nacional y Región Hueta Atlántica Ministerio de Salud 1996 p 5

Cuadro N° 2

Concentración y cobertura, atención prenatal y post natal por regiones Ministerio de Salud, 1996 p 6

Cuadro N° 3

Consultas por personal que atendió el Ministerio de Salud en 1996 p 7

Cuadro N° 4

Diagnósticos de egresos del Servicio de Ginecoobstetricia , Hospital Guápiles, 1997 p.9

Cuadro N° 5

Mortalidad materna y principales causas relacionadas con el embarazo, 1996 Trienio, 94 – 96 p 13

Cuadro N° 6

Tasa de mortalidad materna y defunciones por complicaciones del embarazo parto y puerperio en Países Seleccionados de las Américas 1991 p 15

Cuadro N° 7

Atención de egresos totales por especialidad, Hospital de Guápiles período 1992-1994. p 23

Cuadro N° 8

Nacimientos, tasa de natalidad, defunciones y mortalidad infantil, Costa Rica 1996 p 47.

Cuadro N° 9

Mujeres entrevistadas por edad Servicio de Ginecoobstetricia Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999 p 64

Cuadro N° 10

Mujeres entrevistadas por grado de escolaridad Servicio de Ginecoobstetricia, Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999 p.65

Cuadro N° 11

Ingreso mensual en colones del núcleo familiar de las Usuaris entrevistadas Servicio de Ginecoobstetricia Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999 p 67

Cuadro N° 12

Tenencia de la vivienda de las Usuarias entrevistadas servicio de Ginecoobstetricia Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999 p 68

Cuadro N° 13

Tiempo que tardan las Usuarias para ser atendidas en el Centro de Salud desde que llegan hasta que salen con el tratamiento Servicio de Ginecoobstetricia Hospital Guápiles, de Marzo a Junio de 1999 p 69.

Cuadro N° 14

Cantidad de dinero que gastan las Usuarias para acudir a las citas en los Centros de Salud Servicio de Ginecoobstetricia, Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999 p 70

Cuadro N° 15

Tipo de personal profesional que atendió a las Usuarias para acudir a las citas en los Centros de Salud Hospital Guápiles de marzo a junio de 1999.p 71

Cuadro N° 16

Número de consultas en el período prenatal de las Usuarias entrevistadas, Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999 p 72

Cuadro N° 17

Orientación recibida en la Consulta prenatal y posnatal de las usuarias entrevistadas en el servicio de gineco obstetricia y en los hogares Hospital Guápiles de marzo a junio de 1999 p 73

Cuadro N° 18

Atención recibida en la consulta posnatal de las Usuarias en el Hogar, y posparto Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999. p 74

Cuadro N° 19

Tipo de personal por el cual desearía ser atendida en embarazos posteriores, entrevista a las Usuarias en el Hogar y posparto. Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999 p 74

Cuadro: N° 20

Antecedentes patológicos de las Usuarias entrevistadas en la Consulta de Parto en el Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999. p.76

Cuadro N° 21

Patologías durante el embarazo de las Usuarias entrevistadas en la Consulta de parto en el Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999 p 77

INTRODUCCION

1.1 PREFACIO

"El control prenatal consiste en un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada, con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ésta y de su hijo (a)" (Ministerio de Salud, 1994 P 11) "El control pos-parto y pos-aborto consisten en una serie de actividades que se lleva a cabo con la puérpera, con la finalidad de obtener un mejor grado de salud para ella, orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido" (Ministerio de Salud, 1994 P 65) Existe una falta de asistencia no medida de mujeres embarazadas y en puerperio a las consultas de prenatal y pos- natal, lo que afecta para obtener un diagnóstico oportuno y detectar problemas durante el embarazo, parto y puerperio, tanto para la madre como para el niño o la niña, motivo por el cual se desea llevar a cabo una investigación en el Hospital de Guápiles, para conocer algunas causas que influyen en la privación de los cuidados que se brindan a las madres en dichas consultas y sobre algunos factores sociodemográficos, educativos y de salud, asociados con estos problemas

A continuación se presenta un cuadro sobre las consultas impartidas a nivel nacional y en la Región Atlántica, zona de interés para este estudio, por el Ministerio de Salud

CUADRO # 1

**TIPO DE CONSULTAS IMPARTIDAS, A NIVEL NACIONAL
Y REGION HUETAR ATLANTICA POR EL
MINISTERIO DE SALUD AÑO 1996.**

Región	NACIONAL		HUETAR ATLÁNTICA	
	TOTAL	%	Nº	%
Total	207 648	97.5	4 427	100
Crecimiento y desarrollo	60 523	29.1	1 391	31.4
Prenatal	36.228	17.4	1.428	32.3
Medicina general	52 772	25.4	448	10.1
Detección de cáncer	17.229	8.3	30	0.7
Venéreas	9 778	4.7	1 033	23.3
Escolar	10.102	4.9	64	1.4
Pos Parto	2 799	1.3	33	0.7
Alcoholismo	7.936	3.8	0	0.0
Dermatología	2 242	1.1	0	0.0
Neumología	0	0.0	0	0.0
Otras	2 850	1.4	0	0.0

Fuente: Sistema Nal. Estadística, Publicaciones. NET-SALUD

El Ministerio de Salud impartió en 1996, un total de 207 648 consultas en sus establecimientos, dentro de las cuales la consulta de pos-parto es la de menor porcentaje. En la Región Huetar Atlántica los indicadores más bajos fueron los de la consulta posnatal en relación con la prenatal y ambas, más, con respecto a otras consultas, lo que demuestra el ausentismo y el no-cumplimiento del derecho al cuidado de la salud que se brinda a la mujer y que se dan Ellas mismas en estas etapas tan trascendentales de sus vidas, ya que el control prenatal, como lo dicen las normas del Ministerio de Salud, debe iniciarse lo más pronto posible para así identificar el riesgo que puedan presentar durante el embarazo y planificar el lugar y la atención que debe recibir. En el pos-parto se debe brindar un seguimiento de la involución uterina, prevenir infecciones, educar sobre los cuidados del recién nacido,

lactancia materna, prueba del talón o Tamizaje y estrés que maneja la familia con respecto al nuevo Ser

A continuación se presenta la información que brinda el Ministerio de Salud sobre la concentración y la cobertura, en la atención prenatal y posnatal por Regiones

CUADRO # 2
CONCENTRACION Y COBERTURA, ATENCION
PRENATAL Y POST NATAL POR REGIONES
MINISTERIO DE SALUD, 1996.

Regiones	TOTAL	1º VEZ	PRENATAL		POST NATAL	
			Concentrac	TOTAL	1ºVEZ	Concentrac
Total	36 228	105 584	3,4	2 799	2.354	1,2
Central Sur	13 281	4 085	3,3	1 192	1 053	1,1
Central Este	4 898	1.604	3,1	290	219	1,3
Central Norte	7 839	2 317	3,4	452	433	1,0
Occidental	4 083	1.146	3,6	422	403	1,0
Huetar Norte	690	168	4,1	62	26	2,4
Pacífico Central	1.379	278	5,0	167	73	2,3
Chorotega	642	190	3,4	65	60	1,1
Huetar Atlántica	1428	265	5,4	33	24	1,4
Brunca	1988	531	3,7	116	63	1,8

Fuente. Sistema Nal. Estadística, Publicaciones. NET-SALUD,

Se observa al nivel de todas las regiones del país que la consulta posnatal sigue teniendo baja cobertura, y por el contrario la concentración en la consulta prenatal, continúa siendo mayor que la consulta posnatal, lo que sucede también en la región Huetar Atlántica

Según la información obtenida en la oficina del Ministerio de Salud del Hospital de Guápiles, no se especifican las causas de la baja cobertura, principalmente a la consulta de pos-parto, generando el deseo de obtener respuestas fidedignas a través de una investigación,

debido a que en esta etapa es de suma importancia para el binomio madre - hijo (a) ya que se desarrolla una dependencia física, emocional y económica y es más vulnerable a las condiciones del ambiente físico, afectivo y social. El binomio madre- hijo(a) sigue siendo prioritario, susceptible a las influencias beneficiosas o adversas, que ejercen un efecto permanente en su salud, por tal razón se deben realizar acciones que tiendan a mejorar el nivel de vida.

Este binomio es atendido como se muestra en el siguiente cuadro

CUADRO N° 3
CONSULTAS SEGUN PERSONAL QUE ATENDIÓ
EL MINISTERIO DE SALUD EN 1996.

Tipo de consulta	Total Nal.	Huetar Atlántica
Total	207 648	4 427
Médico	168 941	3.973
Enfermera	38 707	454
PRENATAL	36.228	1.428
Médico	24 618	1 404
Enfermera	11.610	24
POST-PARTO	2 799	33
Médico	2 433	27
Enfermera	366	6

Fuente: Sistema Nal Estadística, Publicaciones NET-SALUD

En estos datos se puede observar que la participación de la Enfermera es muy poca, siendo este tipo de profesional quién tiene en su perfil la responsabilidad de brindar educación a la usuaria desde el período de la adolescencia, además que las mujeres atendidas por obstetras se sienten mejor ya que desde el período colonial existe una costumbre arraigada que hace a las mujeres sentirse mejor al ser atendidas por otras mujeres en el proceso reproductivo, debido que se escuchan sus inquietudes y necesidades de toda índole.

Debido a la reestructuración política del sector salud, esta función se le atribuyó al médico que atiende en la localidad, por lo cual, las enfermeras actualmente no brindan esta consulta y se encuentran frente al reto de buscar nuevas estrategias para educar a las mujeres en el período reproductivo

La presente investigación pretende identificar los factores que inciden en la poca cobertura a estas consultas en el área de atracción del Hospital de Guápiles

Para desarrollar esta investigación se utilizó la revisión bibliográfica, una guía de revisión de expedientes de Usuarías seleccionadas, aplicación de entrevista estructurada a las Usuarías para determinar las características sociodemográficas y de salud, así mismo como la asistencia o no a la consulta pre y pos natal y una guía de observación no participativa de unos de los establecimientos de salud donde funcionan los EBAIS

2. EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA:

Existe una baja cobertura en la atención de las mujeres embarazadas a la consulta pre y post-natal por razones aún no determinadas, por lo que se realiza esta investigación para determinar factores socio demográficos, educativos y de salud que influyen en este problema.

Durante el año 1995. El Hospital de Guápiles atendió un total de 9332 egresos; de éstos, la principal causa de hospitalización fueron los partos y la segunda el aborto incompleto, de lo que se deduce que la mayor parte de los egresos correspondió a diagnósticos gineco-obstétricos y el resto corresponde a otros diagnósticos; relacionándolo con el cuadro n° 2 se observa la poca relación que existe entre la demanda de este servicio y las consultas brindadas en prenatal y posparto. A continuación se presenta el siguiente cuadro con datos sobre los diagnósticos de egreso del servicio de Gineco-obstetricia.

CUADRO # 4

Diagnósticos de egresos del servicio de Gineco- Obstetricia Hospital Guápiles, 1997.

Diagnóstico de egreso	Cantidad	%
Parto vaginal sin complicaciones	2.585	61.2
Otros diagnósticos pre- parto sin complicaciones	488	11.5
Falsos dolores de parto	320	7.5
Amenaza de aborto	104	2.4
Aborto sin legrado	43	1.0
Diagnóstico posparto- pos-aborto sin problemas sin PQ	37	0.9
Parto vaginal con esteril/dilt/leg	20	0.4
Cesárea con CC	14	0.2
Diagnóstico postparto- postaborto con PQ	10	0.2
TOTAL	4.248	100.0

Fuente. Caja Costarricense del Seguro Social Hospital Guápiles Informe para la gestión de los Servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1997.

En estos datos, se puede observar una alta incidencia de mujeres que ingresaron en dicho período con diagnósticos relacionados con el embarazo, lo que confirma la necesidad de investigar si han tenido un buen control prenatal con el respectivo seguimiento, y si no es así, cuales fueron los factores que influyeron

"La salud reproductiva se orienta al desarrollo humano, tanto en su función reproductiva de la especie como en lo que concierne a la reproducción del potencial intelectual y creativo, basado en la experiencia personal colectiva en que se sustenta la sociedad" (Caja Costarricense del Seguro Social, 1995 P 9)

Dentro de esta definición abarca tres aspectos importantes y dos principios básicos, aunque actualmente existe una visión más elaborada y compleja, abarcando todos los aspectos del ser humano

Capacidad: Habilidad de la persona de reproducirse, regular su fecundidad y disfrutar de la relación sexual

Logros: Indica que la reproducción resulta en la supervivencia, crecimiento y desarrollo de un niño sano

Seguridad: Significa que la regulación de la fecundidad, el embarazo y el parto se pueden llevar a cabo sin riesgo para la salud " (FIGO, OPS, OMS 1994. 336)

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para la mayor parte de las poblaciones del mundo, obtener un proceso sano de reproducción humana, es una meta lejana de conseguir, ya que la situación de la salud reproductiva es deplorable, alterándose así el ideal de las definiciones anteriores

Entre los problemas mundiales de la salud figuran.

- 1 La relativa seguridad de los anticonceptivos (concepto) Cualquier acción, instrumento o medicación dirigido a evitar la concepción o embarazo viable
- 2 Infertilidad (Concepto) Incapacidad de tener hijos por una anomalía física que suele ser una disminución de la espermatogénesis en el hombre o un bloqueo de las trompas de falopio en la mujer
- 3 Mortalidad materna (Concepto)· Tasa estadística de las muertes ocurridas a causa del embarazo, parto o puerperio, por 1000 nacimientos vivos durante un año
- 4 Mortalidad infantil (Concepto). Tasa estadística referida al número de niños muertos en el primer año de vida por 1 000 nacidos vivos
5. Embarazo en adolescentes (Concepto) Es el que se produce en menores de 16 años Tienen un frecuencia más elevada de lactantes de bajo peso al nacer, y de hipertensión inducida por el embarazo
6. Enfermedades de transmisión sexual. (Concepto) ETS Son aquellas infecciones que se transmiten principalmente, mediante relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) desprotegidas
- 7 Cáncer ginecológico y de mama

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, mueren más de 500 000 mujeres cada año por complicaciones del embarazo, parto y aborto inducido. En los países en desarrollo se presentan de 100 a 300 muertes maternas por 100.000 nacimientos vivos en contraste con los países desarrollados donde la mortalidad materna oscila entre 7 y 15 por 100.000 nacimientos vivos. En Costa Rica la mortalidad total por complicaciones del embarazo, parto y puerperio en 1996, por mil habitantes, fue de 13 993 en mujeres de quince a cuarenta y nueve años y la mortalidad en la población femenina de quince años y más relacionadas con las complicaciones anteriores fue de 809, siendo mayor en las mujeres de treinta y cinco a cuarenta y nueve años.

A continuación se presenta un cuadro donde se obtienen las principales causas de muerte relacionadas con el embarazo.

CUADRO N° 5
MORTALIDAD MATERNA Y PRINCIPALES CAUSAS
RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, 1996
TRIENIO, 94 - 94

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE	NÚMERO	TASA	PORCENTAJE
Hemorragia por Placenta Previa	3	0.13	4.3%
H.T.A esencial benigna por complicaciones del embarazo.	1	0.04	1.4%
DPPNI	1	0.04	1.4%
Eclampsia	5	0.21	7.1%
H.T.A. específica por complicaciones del embarazo, parto y puerperio	4	0.17	5.7%
Preeclampsia	1	0.04	1.4%
Enfermedades genito urinarias	1	0.04	1.4%
H.T.A. que complica el embarazo, parto y puerperio.	2	0.08	2.9%
Trastornos hepáticos	3	0.13	4.3%
Otras enfermedades virales.	2	0.08	2.9%
Complicaciones vasculares no específicas.	3	0.13	4.3%
Disfunción tiroidea	1	0.04	1.4%
Enfermedades parásito infecciosas	1	0.04	1.4%
Enfermedades cardiovasculares	2	0.08	2.9%
Muerte intrauterina	1	0.04	1.4%
Infección cavidad amniótica	1	0.04	1.4%
TOTAL	32	1.33	45.7%

Fuente: Ministerio de Salud. Comportamiento de la mortalidad y la natalidad Costa Rica, 1996. Setiembre, 1997.

Esta información sobre las principales causas de la mortalidad materna relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, a pesar de representar una baja incidencia, la mortalidad materna se produce por múltiples causas que pueden ser prevenibles y controladas durante la consulta prenatal y posnatal, brindando una educación exhaustiva a nivel comunal y de familia gestante, brindada por personal idóneo.

Mortalidad materna:

" Se define como la muerte de una mujer mientras se encuentra embarazada o dentro de los 42 días del término de su embarazo (independientemente de la duración y el lugar del embarazo), debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales" (Pérez 1992, P 3)

De acuerdo con la OMS, del medio millón de muertes anuales, más de la mitad (708 000) de las muertes maternas ocurren en Asia, 150 000 en África y 34 000 en América Latina. Cabe recalcar que existe una desigualdad enorme entre países en vías de desarrollo y países desarrollados, que la mortalidad materna en los primeros es igual al total mundial, o sea que las mujeres tienen mayor riesgo de morir por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, por ejemplo el riesgo de muerte durante el embarazo y parto en Bolivia es de 1 en 50, mientras en Canadá es de 1 en 130:000 mujeres.

Se presenta un cuadro sobre la tasa de mortalidad materna por complicaciones del embarazo, parto y puerperio en países seleccionados de las Américas.

CUADRO N° 6
TASA DE MORTALIDAD MATERNA Y DEFUNCIONES POR
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO PARTO Y
PUERPERIO EN PAISES SELECCIONADOS
DE LAS AMERICAS. 1991

País por complicaciones	tasa de mortalidad Materna(por 100.000)	Defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
Argentina	52.0	334
Canadá	4.0	12
Chile	34.5	106
Colombia	107.5	541
Costa Rica	26.0	28
Cuba	36.0	78
Ecuador	150.0	309
El Salvador	140.0	55
Estados Unidos	6.6	323
México	58.1	1,414
Nicaragua	100.0	85
Puerto Rico	16.0	13
Trinidad y Tobago	67.9	11
Uruguay	38.0	9

Fuente: CIRCA 1991 Estadística de salud de las Américas Informe de países al PROGRAMA DE SALUD MI OPS

Se puede observar que en Costa Rica la tasa de mortalidad es menor que en sus países vecinos, (Nicaragua, El Salvador) y de América Latina. Cabe resaltar la desigualdad con los países desarrollados (Canadá y Estados Unidos). Lo más lamentable del problema es que la mayor parte de esas muertes pueden ser prevenidas aumentando la cobertura y una adecuada atención en salud en el período prenatal, parto y puerperio en las áreas de promoción y prevención. Al corregir las deficiencias de los servicios de salud, modificar la

conducta de la Usuaria, familia y comunidad con respecto a la maternidad y al derecho de asistir a dichas consultas, sería factible disminuir el porcentaje de la mortalidad materna

El Comité Coordinador Interagencial adoptó las metas establecidas por la OMS y el UNICEF, y las adapta a la región de América Latina y El Caribe, cuatro de estas metas son disminuir y mejorar

- 1 Planificación familiar Medio para promover y mantener la salud reproductiva y la salud en general (Caja Costarricense del Seguro Social 1995, P 25)
- 2 Infecciones respiratorias agudas Cualquier enfermedad infecciosa del aparato respiratorio superior o inferior Las más frecuentes son la bronquitis, la bronquiolitis, la neumonía y la traqueítis (Océano,1994)
- 3 Desnutrición Nutrición inferior a las necesidades orgánicas
4. Mortalidad materna " Se define como la muerte de una mujer mientras se encuentra embarazada o dentro de los 42 días del término de su embarazo (independientemente de la duración y el lugar del embarazo), debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales"

Y propone diferentes logros al resto del mundo, tomando en cuenta situación, posibilidades y capacidad de llevar a cabo actividades específicas acordes con las necesidades de estos países Además de estas metas a mediano plazo, acordaron una serie de estrategias para lograrlas y así reducir el 50% de los problemas de salud que ocasionan los indicadores anteriores

Las condiciones de salud de la mujer continúan siendo causa de gran preocupación pues es importante una adecuada calidad de vida para desarrollar todo su potencial y realizar

su rol de madres, esposas y miembros productivos de la sociedad. La mujer debe tener la posibilidad de sobrellevar el embarazo, el parto y el puerperio en forma segura y libre de complicaciones, para que el resultado sea exitoso en términos de sobrevivencia y bienestar, tanto para ella como para su hijo o hija. Por otra parte, las parejas deben ejercer su sexualidad en forma responsable, sin que esta implique un embarazo no deseado o el riesgo de contraer una enfermedad.

En Costa Rica existen programas establecidos para lograr las metas de salud para todos en el año 2000, uno de estos programas es el materno infantil el cual se encarga de la salud reproductiva y cuenta con un sistema de referencia al captar tempranamente la mujer embarazada para brindar un control prenatal adecuado, evaluar el estado clínico de la gestante, su adaptación al embarazo, detectar precozmente patologías ginecoobstétricas, fijar un cronograma que permita planificar las actividades de control y evaluación, contrarreferencia para comunicar a la unidad periférica los datos de la terminación del embarazo, que sirva de base para planificar el seguimiento de la puerpera y del recién nacido, realizar el tamizaje al niño o la niña, evaluar el estado clínico general, detectar infecciones y comprobar involución uterina, estado perineal y la integridad del cérvix y la vagina. Ver funcionalidad del pezón y recalcar los beneficios de la lactancia materna, además, brindar educación oportuna sobre espacio intergenésico y una adecuada planificación familiar. Lo que resulta de importancia a la (el) profesional como tal debido a que en su perfil se encuentra incluida la educación a la usuaria, proyectándose a la comunidad a través de medios de información, brindando el curso psicofísico para el parto, educación a los EBAIS, entre otros. Este sistema no evidencia ser utilizado regularmente a pesar de que se cuenta

con normas específicas de atención prenatal, pos-parto y pos-aborto, de mayor interés para esta investigación

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Determinar los factores sociodemográficos, educativos y de salud que influyen en la atención de la mujer al control del embarazo y pos- parto en el área de salud de Guápiles

Objetivos específicos:

- 1 Identificar los factores económicos que influyen en la atención de la mujer al control del embarazo y post parto en dicho período
- 2 Delimitar los factores sociodemográficos que inciden en la atención de la mujer al control respectivo del embarazo y post parto
- 3 Identificar las características educativas de las mujeres que asisten al control pre y post natal
- 4 Especificar las características obstétricas de las mujeres que son atendidas en el control pre y posparto
- 5 Identificar aspectos administrativos que influyen en la asistencia de la usuaria a la atención del embarazo y posparto.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO:

2. 1. SALUD:

Concepciones:

Históricamente el concepto de salud ha evolucionado de acuerdo con la culturización del ser humano, lo que ha llevado a diferentes interpretaciones a través del tiempo, que han permitido perfeccionar el concepto de acuerdo con sus necesidades

Hipócrates (460 – 377 A C) enseña que la salud como la enfermedad se rigen por leyes naturales y reflejan la influencia que ejerce el medio y la forma de vida que se tiene (Jaramillo, Juan, 1993 26) La salud desde este punto de vista es un equilibrio entre factores internos y el medio ambiente La definición de salud como “la ausencia de enfermedad”, dio origen al enfoque biológico, según el cual cada enfermedad tenía un agente causal claramente definible Por lo que la salud se basaba, casi exclusivamente, en el perfil de morbimortalidad

Con el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud, sus representantes definen la salud como “el completo bienestar físico, mental y social de los individuos y no solamente la ausencia de enfermedad” (Jaramillo, 1993 26)

El concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época y más con las condiciones de vida de las poblaciones siendo limitada por el marco social en que la gente actúa

Algunos países del tercer mundo, especialmente los africanos, han propuesto la llamada “definición estratégica de la salud” que estipula que “el mejor estado de salud de la

población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo, de la población y de los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la población (San Martín, 1993 12)

2. 2. Características de la salud en Costa Rica.

Costa Rica se encuentra en un proceso de transición epidemiológica, con un perfil de morbimortalidad donde se mezclan patologías infecciosas con otras degenerativas. Sumándose a esta situación los problemas especiales con un componente importante de condiciones socioeconómicas adversas, que conllevan al suicidio, al abuso sexual, la agresión, la fármaco dependencia, el alcoholismo, la drogadicción

En las últimas décadas, Costa Rica ha tenido un avance importante en materia de salud. A partir de los años 70, los esfuerzos se concentraron hacia la provisión de servicios preventivos por parte del Ministerio de Salud y curativos por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social, lo que disminuyó la tasa de mortalidad infantil y aumentó la esperanza de vida al nacer.

2. 3. Antecedentes:

"La región Huetar Atlántica en general, en diferentes estudios, dadas sus condiciones de salud, red de servicios, desarrollo social económico, inversión per cápita, entre otros, ha sido catalogada como una de las regiones más deprimidas del país" (Caja Costarricense del Seguro Social 1991:p 16). Según "Datos Básicos Cantonales de diciembre de 1994 del Ministerio de Salud", el porcentaje de analfabetismo es alto, más de las tres cuartas partes de la población apenas ha concluido la primaria o menos. Igualmente la condición de la vivienda es un factor que influye bastante en el grado de desarrollo de esta zona, ya que existen

indicadores altos de carencia de agua y de regular a mal estado de las mismas. A nivel distrital puede decirse que los habitantes asentados en Barra del Colorado son los que presentan el menor grado de desarrollo social, y contrariamente los de Guápiles mantienen una condición más favorable (Caja Costarricense del Seguro Social 1996 P 16)

A continuación se dará una pequeña reseña histórica del Hospital de Guápiles

"El Hospital de Guápiles fue fundado en Mayo de 1973, durante la administración de Figueres Ferrer, para atender originalmente un máximo de 86 000 personas procedentes de Río Frío y Horquetas del cantón de Sarapiquí (Heredia) y los cantones de Pococí y Guácimo (Limón) En estos últimos cantones se inició un aumento masivo de población a partir de los años 60s cuando la explotación del banano se convirtió en la principal fuente de empleo y de ingresos en la zona

Por cuanto la población fue creciendo y las vías de acceso a Guápiles mejoraron, (principalmente con la apertura de la carretera Braulio Carrillo) la demanda hacia todos los servicios del hospital aumentó, mientras que la oferta se mantuvo estática, además, tal como se desprende de la información inicial, la zona de influencia del Hospital de Guápiles posee características de tipo social que la convierte en una población altamente sensible a los problemas de salud, además de mantener un constante crecimiento, lo cual constituye un factor más de mantener una oferta de servicios acorde con las demandas de la población, pues no ha sido posible que la disponibilidad de recursos para invertir en salud pública, crezca al mismo ritmo que la demanda de la población

A pesar de que en 1993 se inauguró una planta física para el servicio de Urgencias, la sobre demanda aún persiste y se han planteado nuevos problemas algunos de los cuales no ha

sido posible solucionar, entre ellos la necesidad de re acondicionar el área de hospitalización y los servicios de apoyo ya que se ha disminuido grandemente la capacidad de respuesta, principalmente en las áreas de maternidad, pediatría, bloque quirúrgico y servicios administrativos

Los problemas del Hospital de Guápiles se enfocan a partir de elementos internos y externos, entre los cuales están

- El aumento de población por inmigración
- La facilidad de acceso a la zona atlántica, lo que promovió el desarrollo en la población de Guápiles aumentando la demanda de servicios, principalmente en el servicio de Urgencias por las emergencias suscitadas en la carretera Braulio Carrillo y la accesibilidad de los pobladores de las comunidades circunvecinas al hospital

Los efectos posteriores al terremoto de Limón en 1991, motivó que las zonas aledañas se convirtieran en una considerable parte de la demanda. La localización del centro médico determina que los habitantes de Siquirres y zonas cercanas prefieran que los traslados se realicen a este hospital que dista a 36 Km y no al Tony Facio que queda a 61 Km

Ante toda esta situación, actualmente las condiciones favorables para el hospital se encuentran únicamente en el reforzamiento que se realizará en la consulta ambulatoria a través de la apertura de los EBAIS

En el Hospital de Guápiles se brinda una atención a nivel curativo, de forma holística en el que se incluye la familia y su entorno. Ya que la atención preventiva se descentralizó al conformar los respectivos EBAIS. Entre los servicios que se brinda en nuestro hospital, tenemos Emergencias, Medicina, Ortopedia, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Pediatría,

Sala de Partos, Sala de Operaciones, Neonatología, Psiquiatría, Gineco-obstetricia, Odontología y Consulta Externa Especializada, además de esto, el Hospital cuenta con servicios de apoyo como Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Ultrasonografía, Nutrición, Ropería, Proveeduría, Validación de derechos, Trabajo Social, Servicios Generales, Servicios de Mantenimiento, y a nivel administrativo todo lo inherente a cualquier empresa

Todos estos servicios son vitales para poder dar la atención que los usuarios precisan, y los objetivos de estos servicios es contribuir al restablecimiento de la salud con respecto a las enfermedades para que la población tenga un nivel de salud óptimo

A continuación se presentará un cuadro sobre la atención de egresos totales por especialidad en el Hospital de Guápiles

CUADRO N° 7

Atención de egresos totales por especialidad Hospital de Guápiles: período 1992-1994

ESPECIALIDAD	TOTALES	PORCENTAJE	1992	1993	1994
TOTALES	26 288	100	8 572	8718	8 998
MEDICINA	2 488	9.4	838	814	836
CIRUGIA	3 130	12.0	1 041	1 045	1 044
GENECO- OBSTETRICIA	15 056	57.2	4 830	4 984	5.242
PEDIATRIA	4 407	16.8	1 477	1 476	1 454
CIRUGIA DE NIÑOS	1.207	4.6	386	399	422

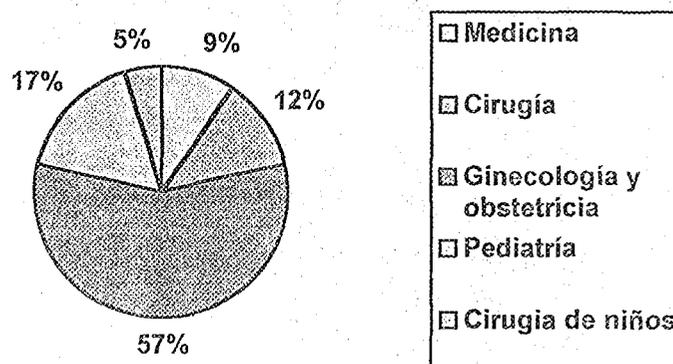
Fuente CCSS. Sección Bioestadística. Anuarios estadísticos. 92-94.

Como se puede observar dentro de las especialidades que se atienden en el Hospital de Guápiles, la que genera más atención es la de Gineco-obstetricia que tiene la mayor cantidad de egresos, por lo tanto mayor demanda. En el área de maternidad se atienden mujeres que presentan amenaza de aborto o que vienen en labor de parto de toda el área de atracción por que la capacidad de respuesta es menor a la sobredemanda. Los datos estadísticos del Hospital permiten indicar que su demanda global de hospitalizaciones es relativamente uniforme, con un indicador de 87 egresos por mil habitantes, destacándose el servicio de Gineco- obstetricia como el que genera la mayor cantidad de acciones intrahospitalarias (Caja Costarricense del Seguro Social 1996 P 16)

"A causa de un desarrollo no anticipado, conforme los hospitales intentan controlar los costos, el egreso temprano es una norma y las mujeres con poca experiencia, conocimiento o apoyo se encuentran ahora fuera de los hospitales 24 o 48 horas después de dar a luz. Para compensar, las Enfermeras necesitan trabajar en forma ardua para enseñar lo necesario y para preparar a la mujer para el egreso mientras ésta se encuentra en el sitio donde nació su hijo o hija. Sin embargo, en este período posparto temprano, a menudo las Usuaris están en condiciones emocionales poco adecuadas para aprender. En algunas zonas, se brinda atención de seguimiento a las mujeres que salen pronto del hospital. Las enfermeras las visitan en el hogar para valorar su salud y las de sus hijos(as) para ejercer cualquier enseñanza necesaria" (Olds Enfermería Materno Infantil P 4)

Gráfico N° 1

Atención de egresos totales por especialidad. H.G.



Fuente: Cuadro N° 7

Para presentar esta investigación es necesario retomar lo que es el sistema de salud en Costa Rica ya que es uno de los pocos países latinoamericanos que ha desarrollado el Sistema Nacional de Salud con principios de seguridad social de universalidad, solidaridad y equidad en la prestación de los servicios logrando un mejoramiento del nivel de salud de la población.

“Un sistema nacional de salud sería la ordenación metódica en el uso de los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas de Costa Rica para el cuidado de la salud”. (Jaramillo, 1993: P.293)

Las políticas de salud seguidas a partir de la década de los 70s y parte de los 80, especialmente con las reformas y la estrategia de Atención Primaria de Salud, donde se desarrolló una modalidad de atención basada en la prevención de la enfermedad y detección de factores de riesgo; movilizandoy organizando los recursos, extendiendo la cobertura de

servicios a las áreas rurales y marginales urbanas contribuyeron a este mejoramiento del nivel de salud costarricense.

Con la crisis económica tan significativa que sufrió el país en la década de los 80, el Estado se vio obligado a reducir los aportes para el financiamiento del sector salud, lo que disminuyó en gran medida el progreso de desarrollo social, acompañado con signos de ineficiencia y crecimiento burocrático, por lo que la Caja Costarricense se ve comprometida a reducir los gastos, aumentar la eficiencia y eficacia de sus programas y replantearse nuevos modelos de administración y prestación de servicios, formulando una readecuación en el modelo de atención de salud. Este cambio se basa en el desarrollo de un modelo de atención integral, que logre de una manera eficiente, eficaz y humanizada hacer frente a las exigencias y necesidades de salud de la población a un costo que el país pueda sostener con un nuevo enfoque y fortalecimiento de los principios que sustentan la seguridad social.

Dentro de los principales enfoques se destaca la "calidad de atención" dirigida a la mujer, población objeto de este estudio.

" Asumí plenamente el reto histórico de forjar un destino de paz para Centroamérica, comprometernos a luchar por la paz y erradicar la guerra; hacer prevalecer el diálogo sobre la violencia y la razón sobre los rencores, dedicar a las juventudes de Centroamérica, cuyas legítimas aspiraciones de paz y justicia social, de libertad y reconciliación han sido frustradas durante muchas generaciones, estos esfuerzos de paz " (Acuerdo de Esquipulas II, 6 y 7 de Agosto, 1987)

La salud, la enfermedad y la muerte, son procesos en los cuales la categoría de género incorpora una dimensión de los factores sociales que lo explican. La identificación del Género y la Salud de la Mujer contribuye a que la sociedad favorezca las condiciones de salud y trabajo con equidad para hombres y mujeres.

"En el grupo ocupacional donde se percibieron los salarios más altos, las mujeres se encuentran subrepresentadas, son las que presentan salarios reales inferiores al salario promedio general"

"El trabajo de las mujeres en Costa Rica la población femenina económicamente activa, es baja en relación con la de los hombres, aunque en los últimos 30 años va en ascenso. Esto se evidencia no solo por el número de mujeres que trabajan fuera del hogar con respecto al total de la población femenina, sino también en términos proporcionales respecto al hombre" (Perfil de la mujer 1996 P 11)

Todo indica que existe una participación elevada de las mujeres en el sector informal de la economía. Las mujeres han participado en el desarrollo económico de Costa Rica de diversas maneras, siendo las dos principales el trabajo doméstico y el empleo en actividades del mercado económico, participación que ha estado condicionada por los procesos socioeconómicos que ha atravesado el país y por su propia condición de género.

"Como sucede a escala mundial, las mujeres costarricenses obtienen un promedio de ingresos inferior al de los hombres por su actividad económica. Ello es debido tanto a la discriminación en los puestos de trabajo (tienen más dificultad para obtener altos cargos), como a la discriminación directa que significa obtener menos salario por un idéntico trabajo" (FLACS, 1993 P 51)

Además de que tienen los mismos riesgos en el trabajo por su estrecho contacto con sustancias tóxicas, sin la adecuada protección (pesticidas, herbicidas, fungicidas, entre otros) lo que implica mayor riesgo durante su embarazo tanto para ella como para su bebé. En vista de que en los últimos años la población femenina trabajadora ha ido en aumento ha sido necesario revisar el Código de Trabajo en lo que compete a la salud de la mujer.

Las mujeres y su derecho a la salud en el trabajo. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud afirman lo siguiente:

"La salud de la población está protegida por la Constitución Política de la República, que establece el derecho de la familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, al igual que la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido, a la protección especial del estado" (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 1994)

Las crisis de los 80 provocó que el crecimiento de la población económicamente activa (PEA) femenina fuera mucho menor, dado el aumento de desempleo femenino. El cuerpo legal costarricense contiene una serie de medidas específicas para proteger la salud de las mujeres, especialmente después de la aprobación de la Ley de "Promoción de la Igualdad Real de la Mujer" en 1990. En ese año Costa Rica firma convenios internacionales que tienen como propósito ejercer leyes como la de la "Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer" en conjunto con el Convenio de la Organización Internacional del Trabajo.

La "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer" y la Ley General de Salud establecen el derecho de la mujer a recibir información y atención en salud, reproducción, bienestar y planificación

Dentro de la realidad nacional existen servicios estatales bastante extendidos en el país, pero no cubren de manera suficiente los sectores rurales y los centros urbanos congestionados. Las mujeres que viven en estas zonas tienen dificultad de acceso a estos servicios de salud. Desde 1991, el Ministerio de Salud desarrolla tres programas dirigidos a la salud de la mujer, entre ellos

- Programas de enfermedades de transmisión sexual
- Programas de nutrición y atención integral
- Atención materno infantil, que a su vez se subdivide en atención materno - infantil, que incluye atención pre y postnatal, planificación familiar y detección temprana de cáncer de útero y mama

De acuerdo con los diferentes planteamientos establecidos, se dice que en los últimos años en nuestro país existen vivencias de un proceso de deterioro económico importante, lo cual es atribuible a

“La ineficiencia y crecimiento del Estado desde el punto de vista burocrático, lo que se traduce en la disminución de los presupuestos que financian los distintos sectores y dentro de éstos, el sector salud” (Caja Costarricense del Seguro Social, 1993, p 4)

"Ingresos en 1995 se deterioran Contrariamente al mito de que la sociedad costarricense es de clase media, un estudio llevado a cabo por sociólogos del Instituto de

Investigaciones Sociales de la Universidad de Costa Rica (UCR) encontró que, en realidad, la clase baja es predominante, (clase baja trabajadores manuales urbanos y rurales así como también los trabajadores por cuenta propia que no emplean mano de obra remunerada" (La Nación 20/4/96 P 4 A)

Lo que demuestra una participación desigual en el ingreso económico y la poca participación del Estado como ente empleador

En el nuevo modelo de atención, se plantea una adecuada distribución de los recursos, con el fin de mejorar la producción y prestación de los servicios de salud, pero según se establece en el documento de Reforma del Sector Salud 1993 la respuesta del modelo de atención era insuficiente por complejas razones, entre ellas, el aumento de las demandas presentes y futuras de la población, los cambios en el perfil epidemiológico por la presencia de enfermedades agudas y una serie de patologías sociales, lo que repercute en la demanda de los servicios de salud, ya de por sí insuficientes

La suma de lo anterior, la precaria situación económica y social que enfrenta el país, las nuevas tendencias económicas comerciales internacionales, el papel del Estado en el otorgamiento de prestación de servicios sociales, los cambios demográficos y del perfil de salud de la población, entre otros, hacen imprescindible una reforma al actual sistema

El personal a cargo de los servicios de salud se observa con falta de compromiso, lealtad, y desmotivación, aspectos que han contribuido en el deterioro de estos servicios. Además no se cuenta con instrumentos que determinen el uso que se le están dando a los

recursos destinados a los distintos programas de atención a la mujer y dentro de éstos, a las mujeres embarazadas

El proyecto de reforma del sector salud, busca corregir y mejorar la capacidad operativa de las instituciones del sector e insertar profundas modificaciones al modelo de prestación de servicios, su financiamiento, organización y operativización

Dentro de las reformas se impulsa la rectoría por parte del Ministerio de Salud y su fortalecimiento y la readecuación del modelo de atención y fortalecimiento de la Caja Costarricense del Seguro Social, cuyo propósito fundamental es brindar de atención con un enfoque integral y continuo de la salud de las personas y el ambiente, lo que requiere de

“La ejecución de un conjunto articulado de reformas políticas, institucionales y operacionales de los servicios de salud, con el fin de fortalecer la capacidad de dirección, planeación sectorial y mejorar la accesibilidad, la oportunidad, la calidad y el ámbito de operación de los servicios de salud, acorde con las necesidades de la población y en función de las condiciones económicas” (Caja Costarricense del Seguro Social s f,p 2)

Readecuación del modelo de atención:

"El sistema de salud fue reorganizado en 1973, cuando los hospitales fueron traspasados del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) el Ministerio de Salud es responsable de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades, la CCSS de la recuperación y la rehabilitación," (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Mujeres Latinoamericanas en Cifras Costa Rica, 1993 P 73)

Tanto la Caja Costarricense del Seguro Social, como el Ministerio de Salud, se han visto en la necesidad de reducir gastos, aumentar la eficiencia y eficacia de sus programas, así como el replanteamiento de los modelos de administración y prestación de servicios de salud, lo que ha disminuido la calidad en la atención directa al usuario (a), a pesar de que el nuevo modelo de atención de salud se conceptualiza como

“Un modelo de atención integral que logre de una manera eficiente, eficaz y humanizada, hacer frente a las exigencias y necesidades de salud de la población, a un costo que el país pueda sostener, con un nuevo enfoque y fortaleciendo los principios que sustentan la seguridad social” (Izquierdo, 1995,7)

Y se basa en tres principios básicos

Universalidad:

El sistema nacional de salud debe proteger a todos los ciudadanos, brindándoles una atención integral, sin limitaciones geográficas, sociales, económicas, culturales, religiosas o de credo político. Para hacer efectivo este principio se debe mejorar la accesibilidad, cobertura, oportunidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios que reciben los ciudadanos en cualquier rincón del país.

Solidaridad:

Dado que el hombre vive en sociedad, adquiere derechos y obligaciones y está expuesto a riesgos, todos debemos contribuir a afrontar de manera conjunta los costos de estos riesgos y en consecuencia, la obligatoriedad económica es necesaria. Cada individuo cotiza al seguro social “de acuerdo a sus posibilidades” para un fondo común. Para hacer

viable este principio es necesario decretar la obligatoriedad de los seguros sociales (regímenes de enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo)

Equidad:

Desde el punto de vista moral y ético este principio trata de alcanzar dos metas

- 1- Reducir las diferencias en los niveles de salud entre las distintas regiones y poblaciones
- 2- Igualdad en acceso a la salud integral, en forma oportuna y de buena calidad para todos los usuarios (as)

Este principio se operacionaliza incentivando el acercamiento de los servicios a todas las comunidades del país mediante la división en áreas de salud, respetando la división cantonal del país, estas áreas serán la base geográfica de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)

La readecuación del modelo organiza la atención en tres niveles relacionados entre sí, que deben trabajar de manera coordinada y eficiente, utilizando como base la estrategia de atención primaria de la salud para asegurarle a la población una atención oportuna, integral y continua. Dentro de éstos está

- **Primer nivel de atención:** Ofrece los servicios básicos de salud brindados por el Equipo Básico de Atención Integral (EBAIS), a nivel domiciliario, comunitario, establecimientos educativos, consulta externa, medicina general en clínicas, centros y puestos de salud, en consultorios comunales públicos y privados, así como en centros de trabajo

Los programas prioritarios se definieron teniendo como base la situación de salud del país, y son los siguientes

- 1) Problemas o necesidades de atención relacionados con el embarazo, parto, puerperio y afecciones del período perinatal
- 2) Infecciones respiratorias agudas
- 3) Infecciones intestinales
- 4) Hipertensión arterial, enfermedades isquémicas y enfermedades cerebro vascular
- 5) Cáncer de mama y cérvix
- 6) Enfermedades y trastornos mentales
- 7) Problemas y deficiencias del desarrollo integral del niño y la niña, violencia y abuso
- 8) Enfermedades prevenibles por vacunación
- 9) Planificación familiar
- 10) Problemas bucodentales
- 11) Accidentes y envenenamientos
- 12) Tabaquismo y farmacodependencia

Para dar respuesta a estos problemas y necesidades se definió un programa de atención integral de salud, que para efectos prácticos se subdivide en cinco programas específicos

- 1) Atención integral del niño (0-9 años)
- 2) Atención integral del adolescente (10-19 años)
- 3) Atención integral del adulto (20-59 años)
- 4) Atención integral de la tercera edad
- 5) Atención integral de la mujer

El programa de atención integral de la mujer brinda específicamente

- Atención prenatal
- Atención y orientación en anticoncepción

- Vacunación
- Atención odontológica
- Curso de preparación psicofísica para el parto
- Atención pos-natal
- Consulta de morbilidad propia de la mujer
- Detección de cáncer de cérvix
- Detección y seguimiento de cáncer de mama
- Detección y valoración básica de la pareja infértil
- Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales
- Detección y referencia de la violencia y agresión a la mujer, en todas sus formas
- Rehabilitación

Las actividades generales para todos estos programas son

- ◇ Educación y promoción de salud
- ◇ Vigilancia epidemiológica
- ◇ Referencia y contrarreferencia
- ◇ Protección al ambiente humano
- ◇ Promoción de la participación social
- ◇ Promoción de la participación intersectorial
- ◇ Docencia e investigación

La ejecución de este programa será responsabilidad del equipo de salud el cuál será conformado por el total de los EBAIS de un área, más los integrantes del Equipo de Apoyo, reforzados y complementados por los equipos de salud de carácter regional o especializados (2° y 3° niveles de atención) EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral en Salud)

Según las definiciones de la Caja Costarricense de Seguro Social,

"la consulta prenatal consiste en un conjunto de actividades que se ejercen sobre la mujer embarazada con el fin de obtener un grado óptimo de salud de ésta y de su hijo o hija, cuyo objetivo es efectuar un control prenatal eficiente, contemplando cinco requisitos básicos debe ser de amplia, cobertura, temprano, periódico, integral, con enfoque de riesgo y de género donde se pretende brindar más atención a aquellos que tienen mayor necesidad, basándose en que todos los individuos no tienen la misma probabilidad de riesgo de enfermar o morir (CCSS, 1994 p 11)

- 1 **Amplia cobertura o extenso.** Solo en la medida en que la población blanco sea vigilada en su totalidad (lo ideal es que abarque todas las embarazadas) se podrán extender los objetivos del control prenatal, a toda la población de embarazadas y aplicar con eficacia el enfoque de riesgo
- 2 **Precoz** El control prenatal deberá iniciarse lo más temprano posible tratando que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control, permite la identificación precoz de embarazo de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso

3 **Periódico** Los controles deberán repetirse con una frecuencia y oportunidad que variarán según el grado de riesgo del embarazo. las de alto riesgo necesitarán una mayor cantidad de consultas dependiendo del tipo de problema que presenten. En un embarazo normal, la frecuencia de controles prenatales responde al siguiente esquema

- A. Durante las primeras 32 semanas se hará un control prenatal por mes
- B. De la semana 32 a la 38, los controles se harán cada tres semanas
- C. De la semana 39 a la 42, los controles se harán cada semana
- D. A las 42 semanas o más debe internarse

Durante las primeras 20 semanas, la paciente debe tener por lo menos un control prenatal. Se considera como un mínimo aceptable en un embarazo de bajo riesgo, cinco controles prenatales

4 **Completo:** Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y de su hijo o hija. Además de representar la aplicación práctica del conocimiento científico más actualizado

5. **Enfoque de riesgo:** Es necesaria la fijación de un criterio discriminador entre el alto y el bajo riesgo, así como la referencia y contrarreferencia

Las necesidades de salud del grupo de bajo riesgo se resuelven, en general, con procedimientos simples (primer nivel de atención). El de alto riesgo, requiere técnicas más especializadas con personal y equipo más desarrollados (segundo nivel). En otras circunstancias, el problema requerirá de técnicas más avanzadas solo por personal altamente especializado (tercer nivel de atención)

La identificación de usuarias de alto riesgo requiere de un instrumento discriminador La Historia Clínica Perinatal Simplificada Base, (HCPSB) (ver anexo N° 1)

Cada una de las actividades que debe realizarse en el control de un embarazo normal responde a objetivos específicos, cuya consecución redundará en el mejoramiento de la salud de la madre y del niño (ver Anexo N° 2)

"El control **pos-natal y pos-aborto** consiste en una serie de actividades que se llevan a cabo con la puérpera para obtener un mejor grado de salud para Ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido "
(Caja Costarricense del Seguro Social, 1994, p 65)

Control posnatal eficiente: Debe contemplar cuatro requisitos básicos

- 1 **Amplia cobertura o extenso** Solo en la medida en que la población blanco sea vigilada en su totalidad y sea usuaria de los servicios de control pos parto, pos aborto y de planificación familiar, los servicios de salud del país, podrían cumplir sus objetivos de cobertura y calidad
- 2 **Temprano o precoz** El control debe ser a los ocho días y al mes de nacimiento, para detectar oportunamente el estado de salud en el puerperio, orientar a la madre con el recién nacido, así como sobre planificación familiar
- 3 **Periódico** Frecuencia y oportunidad que varían según el grado de riesgo de la madre y el niño o la niña
- 4 **Completo e Integral** los contenidos mínimos de control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, recuperación, rehabilitación y

prevención de patologías de la puérpera y del recién nacido. Deberá representar, además, la aplicación práctica del conocimiento científico más actualizado.

5 Con enfoque de riesgo

Control posnatal y pos-aborto "debe ser precoz, a los ocho días y al mes de nacimiento, para determinar el estado en el puerperio, orientar a la madre con el Recién Nacido, así como la orientación a la planificación familiar"

"Cada maternidad deberá tener el personal requerido para comunicar a los centros de referencia los partos, abortos, así como otras formas de terminación del embarazo, del día anterior y la dirección exacta para localizarla" (M S, 1992, pág 1) "

RIESGO REPRODUCTIVO: Es la probabilidad (grado de peligro) que tiene tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar lesión o muerte en caso del presente embarazo. Su utilidad se da en dos niveles: a nivel clínico (individual) y a nivel epidemiológico (poblacional).

A nivel clínico permite

- 1 Identificar a las mujeres de 10 a 49 años que son productoras potenciales de embarazos de alto riesgo
- 2 Descubrir los casos portadores de enfermedades de carácter crónico-degenerativo con fines de seguimiento clínico individualizado

A nivel epidemiológico permite

- 1 Conocer el comportamiento epidemiológico de los principales factores de riesgo reproductivo

- 2 Prevenir los embarazos de alto riesgo en los grupos de mujeres en edad fértil con mayor susceptibilidad, mediante la regulación de la fecundidad con métodos anticonceptivos
- 3 Descubrir y seguir la patología crónicodegenerativa en el grupo de población mencionado

Factores que aumentan el riesgo reproductivo:

Describen algunas características de la conducta reproductiva que, además de ser condiciones de tipo biológico, reflejan en forma indirecta el nivel socioeconómico. Estos son edad, multigravidez, intervalo o espacio intergenésico y peso corporal.

Edad:

Producto de diversos estudios realizados sobre mortalidad materna y perinatal, se ha observado que el período ideal para la reproducción de la mujer es entre los 20 y los 29 años, ya que de los 30 a los 34 existe un ligero aumento del riesgo. En particular las mujeres que se embarazan con menos de 20 años o más de 35, están sometidas a mayores riesgos de muerte, los cuales obedecen a la mayor frecuencia de presentación de ciertas complicaciones, como son

- Menores de 20 años: incidencia aumentada de toxemia gravídica, prematuridad y síndrome de bajo peso al nacer
- Mayores de 35 años: incidencia aumentada de toxemia gravídica, distocias de contracción, inserciones o adherencias anormales de la placenta, defectos congénitos y enfermedades crónicodegenerativas del tipo de diabetes y la hipertensión arterial

Multigravidez:

El número de embarazos ha sido descrito como factor de riesgo para la salud materna y perinatal, en virtud de que a partir de la quinta gestación se encuentra un aumento sensible de las tasas correspondientes de morbilidad materna y perinatal

Dicho aumento obedece a la mayor frecuencia de presentación de ciertas complicaciones obstétricas, entre las cuales se destacan

- Distocias de contracción, que originan trabajos de parto prolongados y aumentan la posibilidad de ruptura uterina espontánea
- Hemorragias anteparto y transparto, como consecuencia de una mayor frecuencia de inserciones o adherencias anormales de la placenta
- Hemorragias posparto, que son debidas con mayor frecuencia a cuadros de hipotonía o atonía uterina

Entre otros problemas asociados a la multigravidez, debe mencionarse el efecto diabetogénico de los embarazos numerosos, aparentemente condicionado por la producción de sustancias antagonistas de la insulina por la placenta y que puede ocasionar la aparición clínica de la enfermedad de las mujeres con carga genética propiciatoria

Intervalo o espacio intergenésico:

En términos generales, se acepta que un intervalo intergenésico corto (período entre el último parto o resolución de embarazo y la siguiente concepción) constituye un factor de riesgo, especialmente cuando es menor de 18 meses. Esto obedece a que los espacios intergenésicos breves se acompañan de fenómenos de depleción o deterioro nutricional

materno, que a su vez se asocian a un aumento de la probabilidad de originar recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer, así como un incremento de la mortalidad posneonatal

Este último aspecto se considera determinado por el llamado fenómeno de competencia, que aumenta el peligro de desnutrición a edades tempranas y reduce las probabilidades de supervivencia del hijo previo, al ocurrir el destete precoz y disminuir, por tanto, la duración de la lactancia materna

Antecedentes patológicos personales:

Habitualmente se trata de enfermedades crónico-degenerativas, con una relación muy directa, incluso de causalidad, sobre la mortalidad materna y perinatal. Al respecto pueden citarse hipertensión arterial, cardiopatía, diabetes y nefropatía

Hipertensión arterial:

La variedad más frecuente es la llamada "esencial", su etiología permanece desconocida. Incluso se plantea la hipótesis de que la elevada incidencia de toxemia gravídica, y su gravedad, podrían obedecer a enfermedad hipertensiva de base, por lo que es importante como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal propiciada, además de toxemia gravídica, la generación de recién nacidos de bajo peso al nacer, muerte fetal in útero y complicaciones hemorrágicas tales como desprendimiento prematuro de la placenta normoincisa, con la cual se asocia frecuentemente, incrementando el peligro de recurrencia de la toxemia gravídica en embarazos posteriores

Cardiopatía:

El daño de la cardiopatía incide tanto en la salud materna como en la perinatal. En el primer caso porque la sobrecarga cardiovascular debida al incremento del volumen

plasmático, que fisiológicamente ocurre dentro de la semana 28 a 32 de la gestación, puede hacer caer en insuficiencia al miocardio previamente lesionado

El daño perinatal propio de la cardiopatía, obedece fundamentalmente a la hipoxia fetal crónica, debida a la baja perfusión tisular en los casos de insuficiencia cardíaca y puede generar el síndrome de bajo peso al nacer. Otro peligro para la salud perinatal, es la prematuridad inducida, como resultado de la interrupción precoz y obligada del embarazo, para preservar la vida de la madre.

Diabetes:

Es responsable principalmente de la morbimortalidad perinatal, aún cuando puede producir graves complicaciones maternas.

Problemas perinatales causados por este padecimiento:

- Abortos espontáneos, que aparentemente ocurren con mayor frecuencia por anomalías genéticas del producto de mujeres diabéticas.
- Incremento marcado en la frecuencia de defectos al nacimiento.
- Muerte fetal, que resulta temprana en la diabetes avanzada o tardía, en la diabetes incipiente.
- Macrosomía fetal, que es la causa de la sobredistensión uterina y de trabajos de parto prolongado. En el primer caso, puede ocurrir hemorragia materna posparto y en el segundo, diversos tipos de lesión fetal.
- Hipoglucemia y consecuentemente hipoxia neonatal, que produce lesiones del sistema nervioso central.

Entre los daños más comunes que causa la diabetes en la salud materna se encuentran

- Aumento en la frecuencia de polihidramnios, que produce lesiones del sistema nervioso central
- Aumento en la incidencia de la toxemia gravídica, que se considera debida a la lesión vascular generalizada que acompaña a la diabetes

Nefropatía:

Constituye un factor de riesgo especialmente para la morbimortalidad perinatal y secundariamente para la materna, la más importante, por ser la más frecuente, es la infección crónica de las vías urinarias, que predomina en la mujer, se presenta en el 10% de las embarazadas, se ha asociado con incremento significativo de recurrencia de parto prematuro e inclusive de muerte fetal in útero. Por su parte la enfermedad renal parenquimatosa (cuya causa más frecuente es la glomerulonefritis crónica) favorece el incremento de bajo peso al nacer, prematuridad por interrupción obligada del embarazo, toxemia gravídica y sus complicaciones.

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se debe indagar, principalmente, SIDA, sífilis, entre otras.

Condiciones socioeconómicas:

Son condiciones que influyen en el estado de salud de los individuos y las poblaciones y por tanto, inciden en la salud reproductiva de los niños y las niñas. La salud reproductiva, como parte del desarrollo reproductivo, está predeterminada por las condiciones socioeconómicas de la sociedad en que las personas han nacido y vivido. Estas condiciones promueven y determinan el estilo de vida de cada uno (a) y están estrechamente relacionados, entre estos condicionamientos se encuentran

Nivel de ingreso. "Durante los años 80, el salario promedio de las mujeres activas ha sido alrededor de un 84% del percibido por los hombres, la mayor discriminación aparece en los extremos de la escala ocupacional: entre los profesionales, el salario promedio de las mujeres es el 71% de lo que cobran los hombres y entre las ocupadas en servicios personales esta proporción es del 55% (FLACS, 1993 P 51)

"La pobreza rural tiene mayor incidencia que la urbana (un 63% frente a un 37%) y de mayor magnitud. Una fuente de empleo importante para mujeres rurales jóvenes principalmente, son las industrias agroexportadoras de inversionistas extranjeros asociados con empresarios locales. La experiencia ha demostrado resultados desastrosos para el medio ambiente y para la salud de la población en las zonas donde operan por el uso y abuso de productos agroquímicos prohibidos en países industrializados. Las trabajadoras carecen de información sobre estos productos así como del uso del equipo de protección, que ni siquiera se les proporciona, lo que evidentemente constituye una violación al derecho de la salud ocupacional" (Caravaca, 1995 P 72-74)

Nivel de educación: La situación educacional de las mujeres en Costa Rica, ha mejorado progresivamente en las últimas décadas, tanto por la apreciable elevación del nivel educacional nacional, uno de los más altos de América Latina, como en relación con la adquirida por los varones. A pesar del esfuerzo hecho por el Estado en cuanto a que la socialización de los estudiantes no sea sexista, un estudio muestra que las mujeres tienen mucho menor presencia que los hombres en textos e imágenes.

En la educación secundaria comienza a producirse el problema educativo que afecta actualmente a las mujeres: éstas ya no poseen un nivel de educación más bajo, pero se

orientan a carreras tradicionalmente femeninas que no corresponden a las demandas del mercado de trabajo

La tasa de analfabetismo ha disminuido gradualmente, sin embargo en las ciudades las mujeres sufren mayores tasas que los hombres, entre otras razones, por el proceso migratorio realizado por la población femenina (FLACS, 1993 P 55)

El mejoramiento de las condiciones de salud materna en Costa Rica guarda relación con dos factores principales la mejor cobertura del sistema sanitario y la caída general de la fecundidad Aunque la tasa de fecundidad haya descendido, el 30% de los nacimientos proceden de madres con menos de 20 años y más de 35 años (FLACS, 1993. P 55)

A pesar de que la consulta pre y posnatal están comprendidas entre las normas Nacionales de Salud para el binomio madre - hijo (a), éstas no se brindan en forma integral Con la nueva política de descentralización y la formación de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), cuyo objetivo es prestar servicios de calidad a un determinado número de Usuarías (os), éstos no cuentan con equipo especializado para cubrir las necesidades de esta población tan importante

En el posparto ofrecen para el niño o la niña el tamizaje o prueba del talón, que consiste en punzar el talón para sacar una muestra de sangre que se envía a laboratorio y así detectar problemas congénitos del metabolismo como hipotiroidismo congénito cuya complicación principal es el retardo mental y problemas de crecimiento, fenilcetonuria cuyos síntomas son retardo en el crecimiento, letargo y succión débil, jarabe de arce olor a caramelo en la orina, disminución del tono muscular, apatía y letargo que si no se detecta a tiempo el niño o la niña pueden morir

CUADRO N° 8

NACIMIENTOS, TASA DE NATALIDAD, DEFUNCIONES

Y MORTALIDAD INFANTIL, COSTA RICA, 1996.

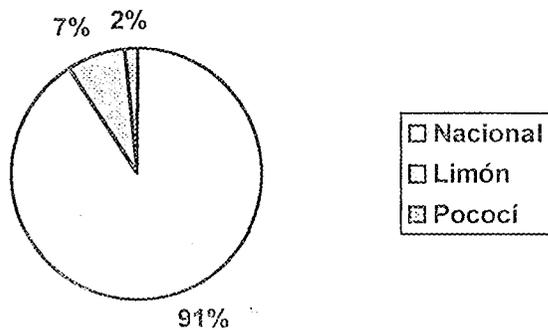
(Tasa por 100 000 habitantes)

	Defunción General	Nacimientos	Tasa de natalidad	Defunciones Infantiles	Tasa de mortalidad infantil
Nacional	13 993	79 207	23 00	937	11 83
Limón	1 135	8 045	28 25	119	14 79
Pococí	257	2 338	31 48	24	10 27

Fuente Departamento de estadística, Ministerio de Salud Pública

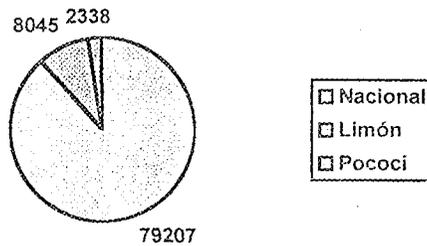
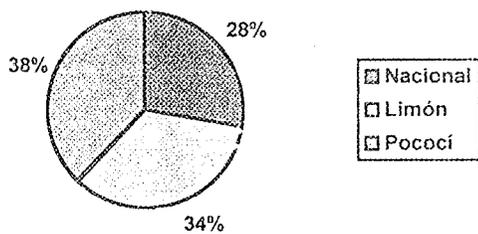
Con respecto al ámbito nacional, Limón y Pococí tienen las tasas más altas de natalidad y mortalidad infantil debido a factores sociales, culturales y económicos deficientes, que han hecho que la zona Huetar Atlántica se constituya un sector más vulnerable por la calidad de vida de sus nativos y la alta concentración poblacional por la inmigración, los cuáles se encuentran más desprotegidos por ser una zona rural y prácticamente marginada en el área de la salud. Todo esto hace que esta investigación sea importante para explicar las causas y las consecuencias del control prenatal y posnatal para mejorar el nivel de vida y la supervivencia de las mujeres y sus hijos.

Gráfico N° 2
Defunción General



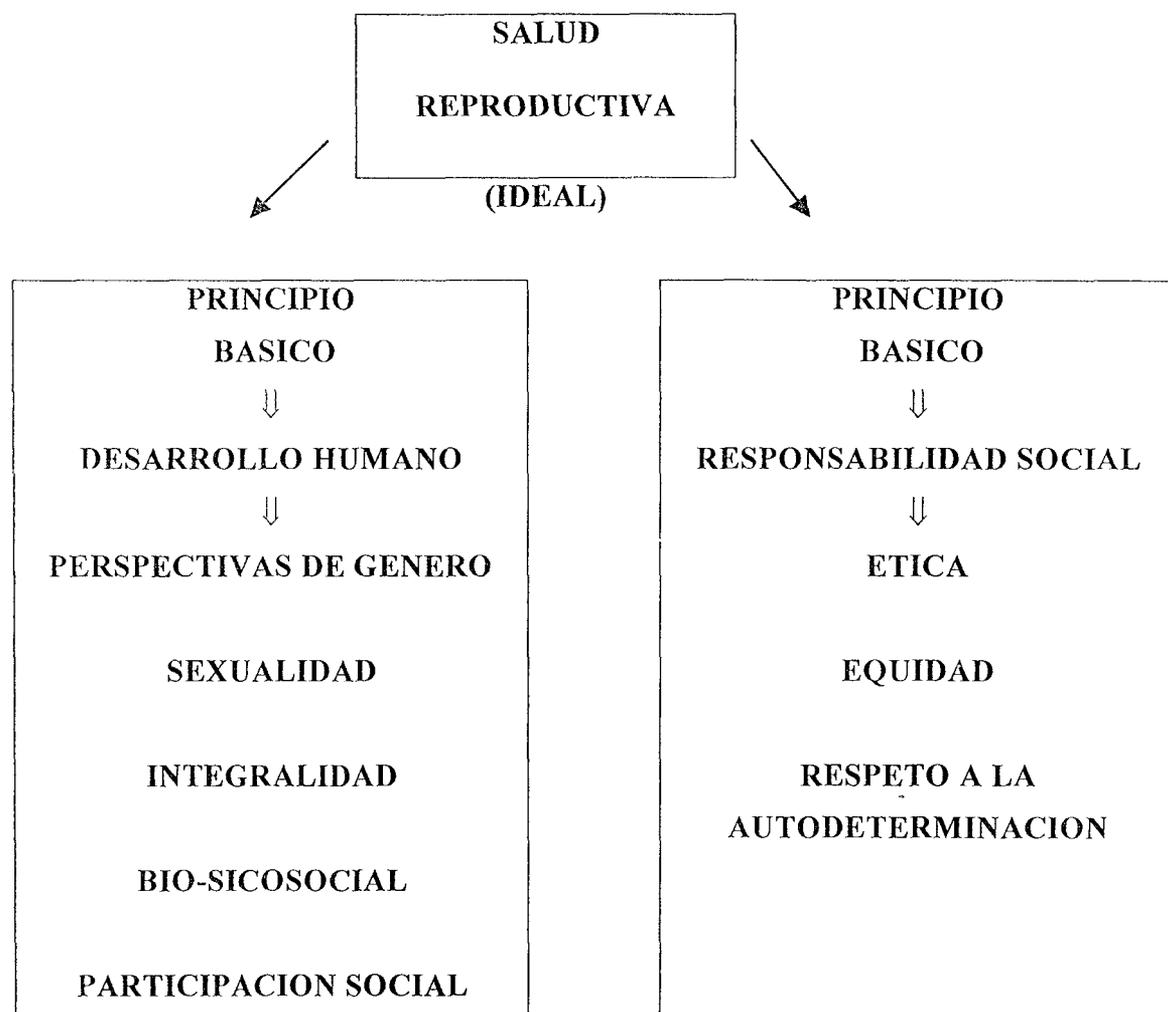
Tasa de natalidad y mortalidad Infantiles.

Nacimientos y de funciones Infantiles.



Fuente: Cuadro N° 8

A continuación se presenta un esquema sobre el ideal en la atención de la salud reproductiva y sus definiciones



"Salud reproductiva: se orienta al desarrollo humano, tanto en su función reproductiva de la especie, como en lo que concierne a la reproducción del potencial intelectual y creativo basado en la experiencia personal y colectiva en que se sustenta la sociedad. Parte del derecho a que tienen las personas a una sexualidad plena y enriquecedora como un elemento más para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

Actualmente se han incorporado otros aspectos como la dinámica de la población, la sexualidad, el desarrollo humano y la perspectiva de género. La salud reproductiva participa

en el equilibrio dinámico de la población y varía con el tiempo, el espacio, la cultura y otros determinantes. Así, su proceso se relaciona principalmente con lo político, lo económico, lo cultural, lo demográfico y lo ecológico. El ejercicio de este derecho con responsabilidad individual, familiar y social contribuyen a la búsqueda de una mejor calidad de vida, trata de alcanzar la equidad en el desarrollo social y contribuye al equilibrio con el ecosistema, que sirve de base para un desarrollo sostenible.

La ética, la equidad, el respeto a la autodeterminación y el ambiente humano se identifican como elementos esenciales del principio de responsabilidad social" (CCSS 1995 P 9)

Se presentarán algunos aspectos básicos sobre la cultura organizativa de los EBAIS como ente administrativo de los Servicios de Salud.

Cultura Organizativa de los EBAIS:

En la organización se fijan las obligaciones a individuos, grupos de personas y se señalan las relaciones entre las actividades y la autoridad, con el objeto de llegar a una meta específica.

Bajo este concepto, todos estos aspectos técnicos, administrativos y humanísticos, no deben ser obviados si se pretende lograr un cambio real en la oferta y la demanda de servicios con responsabilidad y participación social de los actores involucrados en el proceso de cambio, con el nuevo modelo de atención en salud.

El Equipo Básico de Atención Integral (EBAIS) es el recurso humano mínimo que se asigna a poblaciones de 3500 - 4000 habitantes. Lo conforman un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente de atención primaria (ATAP). Se ubican en el primer nivel de atención en un determinado sector de un área de salud.

El equipo de apoyo lo conforman. la Trabajadora Social, el Médico de familia, Enfermera, Odontólogo, Farmacéutico, Microbiólogo, Registros médicos

El objetivo general de los EBAIS es:

- Brindar atención integral a la salud de las personas en los diferentes ambientes humanos (familia, comunidad, educativo, laboral y los servicios de salud) a partir de prioridades nacionales, regionales y locales y los recursos existentes para mantener y mejorar la salud de la población

Para efectos del Sistema el modelo readecuado de atención tiene las siguientes características

1- Atención integral:

Debe brindar atención integral y continua en la salud de las personas y el ambiente, dando énfasis a las acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación en el ámbito de individuo, familia, la comunidad y su ambiente con un enfoque biosicosocial del proceso salud - enfermedad

La atención integral establece grupos programáticos (niño, adolescente, mujer, adulto y adulto mayor) y escenarios como estrategias para alcanzar los objetivos y distribuir las oportunidades entre los individuos de una forma justa y equitativa

2- Continuidad de la atención o mejoramiento continuo de la calidad:

Garantía de seguimiento y conocimiento del individuo y familia por parte de un equipo de salud responsable por una población constante, situada en un espacio definido

Es un programa permanente que permite el logro de servicios óptimos para la población, los avances técnicos, los cambios políticos y económicos y las grandes transformaciones del mundo moderno, inducen a instituciones públicas o privadas a plantear estrategias para aumentar la calidad de los servicios que prestan. La calidad tiene diferentes perspectivas para el usuario, para el médico, otros miembros del equipo y para las autoridades, en este contexto todos esperan dar y recibir una buena atención a sus problemas de salud, excelentes relaciones interpersonales y brindar esa atención a un costo aceptable.

Factores que deben tomarse en cuenta en un programa de calidad

- Suficiencia y calidad de recursos humanos
- Organización y productividad
- La satisfacción del usuario y de los prestadores de los servicios de salud

El señor Aguirre Gas, del Instituto Mexicano (citado en Treviño, [s f] p5), comenta que las instituciones esperan la oportunidad en la atención, cumplimiento de normas, programas, eficiencia, disminución de la morbilidad y la ausencia de quejas

Los trabajadores esperan contar con recursos útiles y suficientes para realizar sus tareas, mejores salarios, reconocimientos por sus jefes y oportunidades de promoción y ascenso. Los usuarios por su parte, desean recibir servicios con oportunidad, cortesía, amabilidad, información clara y oportuna por personal capaz, realización óptima del proceso de la atención y ausencia de complicaciones

Donabedian señala que

"Los pacientes son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos" (Citado en Treviño, [s f] 5)

1 Trabajo en equipo:

En el campo de la salud, el trabajo en equipo surge como una forma de llevar a la práctica la atención integral, la participación social y los lineamientos de desconcentración administrativa

La metodología de Trabajo en Equipo ofrece lineamientos teóricos y técnicos, para capacitar a los integrantes de los EBAIS para el desempeño de su labor

- Definición:

El trabajo en equipo es una forma de organización para lograr una mayor y más eficiente utilización de recursos humanos y materiales a partir de la planificación, la coordinación y la cooperación. Las posibilidades que nos da el trabajo en equipo, integrado éste por personas distintas a las del conocimiento humano, sean profesionales o técnicos, nos permite aprovechar las experiencias y conocimientos de cada uno de los participantes, para ofrecer una respuesta satisfactoria de un determinado problema sanitario

- Objetivos del trabajo en equipo

- a) Ofrecer un servicio integrado, efectivo y oportuno
- b) Promover el desarrollo individual y colectivo
- c) Estimular la cooperación, solidaridad y comprensión mutua

- d) Incentivar la capacidad creativa de los individuos en el desarrollo de las acciones
- e) Vincular la teoría con la práctica

Ventajas del trabajo en equipo:

Los miembros del equipo deben estar actualizados, lo que les permite un mayor crecimiento personal y profesional, se logra mayor identificación y satisfacción con las funciones que desempeña dentro del equipo

- **Para el equipo:**

Las características de interdisciplinariedad permiten un verdadero enfoque integral de la salud, lo que conlleva a un enriquecimiento profesional y técnico. Demanda un mayor compromiso de conjunto para el alcance de objetivos y metas. Se desarrolla un sentido de permanencia lo que constituye un factor motivante para el trabajo.

- **Para el Usuario:**

Recibe un servicio integral por parte de un conjunto de profesionales y técnicos

Obtiene un servicio eficaz, eficiente, equitativo y participativo porque la capacidad resolutive de las instituciones aumenta

- **Para la organización:**

- Mayor capacidad resolutive, mayor creatividad en la solución de problemas
- Apertura al cambio, en aras de que el servicio prestado responda a las necesidades y expectativas de los beneficiarios. Se logra el uso racional y óptimo de los recursos tanto humanos como materiales

Es importante destacar algunos requisitos inherentes al trabajo en equipo

- 1 Compartir la información
- 2 Planificar las acciones (diagnóstico, programación y evaluación)
- 3 Discusión y análisis de las situaciones entre las disciplinas
- 4 Coordinación de las acciones

Dentro de todo este contexto, la importancia de poner en práctica este sistema de trabajo en equipo, es que las favorecidas serán siempre las Usuarías y sus hijos o hijas, debido a que podrán ser captadas a tiempo y así recibir la atención necesaria antes y después del parto. Es el área donde la (el) enfermera (o) puede extender su campo de acción utilizando todos los recursos para llevar a cabo tal labor, aprovechando los alcances más importantes obtenidos con la implementación del Modelo Readechado de Atención, que entre otros se puede mencionar:

- Mayor cobertura de servicios y captación de la población blanco
- Seguimiento y control de la usuaria
- Mayor énfasis en aspectos de prevención
- Atención integral
- Detección de problemas de la población, más conocimiento de sus necesidades
- Identificación con la comunidad y usuarias proyección a la comunidad a través de diferentes medios de comunicación

CAPITULO 3.

PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

3. 1 TIPO DE INVESTIGACION.

Esta investigación es de carácter descriptivo porque pretende identificar los factores que influyen para la escasa asistencia al control pre y pos-parto de las mujeres que asisten a los EBAIS del área de atracción del Hospital de Guápiles. Los estudios descriptivos hacen énfasis en la descripción exacta de un problema, razón por la cual Van Dalen y W Mayer la definen como

“ la investigación que lleva a conocer las situaciones, costumbres y actividades, objetivos, procesos y personas, con el fin de identificar y predecir las relaciones existentes entre dos o más variables ” (Van Dalen, 1979 P 72)

Según el período y secuencia de la investigación, éste es transversal porque estudia en un momento dado los factores de demanda, oferta, proceso y resultado que afectan la calidad de atención de la consulta pre y post-natal del área de atracción del Hospital de Guápiles, o sea que la recolección de la información sobre las variables se hace al mismo tiempo

3. 2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

El área de atracción del Hospital de Guápiles es grande y heterogénea, comprende la población que el hospital atiende para internamiento o consulta especializada, por referencias de Clínicas y EBAIS, a nivel del Cantón de Pococí, por lo cuál se tomó como población, 75 mujeres que dieron a luz en la primera quincena del mes de marzo del presente año, de la

cual se tomó una muestra al azar constituida por 15 mujeres atendidas en la sala de partos, en el Servicio de Ginecoobstetricia en el área de alojamiento en conjunto, del Hospital de Guápiles durante el mismo período.

3.3 SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLES:

Factores sociodemográficos

Definición conceptual

Estudio estadístico de las
Características de las
Usuaris

Dimensiones

Edad materna

Estado civil

Lugar de
procedencia

Profesión
u oficio

Ingresos
Económicos

Indicadores

Indicadores

Indicadores

Indicadores

Indicadores

Edad según
años
Cumplidos

Categorías
establecidas
universalmente

Región
geográfica

Actividad
laboral

Ingreso mensual
promedio de la
familia

Menos de 15 años	- Casada	- Domicilio	- Profesional	Menos de 20 mil
De 15 a menos de 19 años	- Soltera		- Técnica	De 20 a 39 mil
De 19 a menos de 24 años	- Unión libre		- Operaria	De 40 a 59 mil
De 24 a menos de 29 años	- Viuda		- Oficinista	De 60 a 79 mil
De 29 a menos de 34 años	- Divorciada		- Ama de casa	Más de 80 mil
Mayor de 35 años			- Servicios domésticos remunerados	
			- Otros	

Variable:

Factores Educativos

Concepto:

Estudio de las características educativas de las Usuaris

Dimensiones:

Escolaridad

Educación recibida en el control prenatal

Indicadores

Ultimo año aprobado según nivel educativo

- Ninguno
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Universitaria incompleta
- Universitaria completa
- Otros.

Indicadores

Haber sido instruida en al menos, 75 % de los puntos esenciales incluidos en las normas

- Signos de alarma
- Higiene personal
- Relaciones sexuales
- Alimentación
- Ejercicios físicos
- Cuidados del recién nacido
- Lactancia exclusiva
- Automedicación
- Planificación familiar
- Otros

Variable:	Salud		
Concepto:	Completo bienestar físico, mental y social del Ser Humano y no solo la ausencia de enfermedad.		
Dimensiones:			
	Paridad	N° de embarazos	Primípara Multípara Gran multípara
	Indicadores	Indicadores	Indicadores
Espacio intergenésico		Tiempo transcurrido entre el nacimiento del hijo anterior y actual	menos de un año más de dos años no aplica
Asistencia al control Prenatal eficaz		Haber asistido a la consulta prenatal el mínimo de citas	no asistió 1 a 3 citas 4 a 6 citas más de 6 citas
Factores de riesgo		Hábitos o conductas aprendidas que potencializan	Fumar durante el embarazo

	el desequilibrio del continuo salud - enfermedad	Consumo de drogas
Antecedentes patológicos de la madre	Usualmente hacen referencia a enfermedades crónico - degenerativas	H T A crónica Cardiopatías Diabetes mellitus E T S Cáncer Otras
Patologías durante el embarazo	Presencia de complicaciones que se presentan durante la gestación o enfermedades preexistentes que se exacerban durante la misma.	H T A inducida por el embarazo Diabetes gestacional Infecciones perinatales Hidramnios (poli - oligo) Hemorragias A P P y R P M
Asistencia al control posnatal eficaz, oportuno y eficiente	haber asistido al control posnatal donde se detectan tempranamente complicaciones mediatas del puerperio	- importancia de la referencia y contrareferencia - infección, psicosis, - mastitis y otros

Variable:

No1mas estandarizadas en la atención pre y post-natal en la cultura organizativa de los EBAIS

Definición

No1mas que se aplican y determinan como debe ser la atención prenatal y posnatal, comprendiendo actividades normatizadas que se ejercen sobre la embarazada para obtener un estado óptimo de salud tanto de la madre como del hijo o hija y disminuir complicaciones en el posparto

Conceptual:

Dimensiones:

Accesibilidad

Orientación y asesoramiento

Estructura física

Equipo básico de atención

Indicadores

Indicadores

Indicadores

Indicadores

Tiempo de espera (horas, minutos)

Total de consultas a la Usuaría

Total de visitas al Hogar

Porcentaje de satisfacción de las usuarias

Información a la Usuaría

Número de Actividades

Disponibilidad de guías educativas

Distribución de la planta física

Mobiliario con que Cuenta

Instrumentos con que cuenta

Espacio físico

Profesional (médicos, obstetras, enfermeras, técnicos, etc...)

Porcentaje de personal capacitado

Indicadores

Número de consultas Ofrecidas

Número de embarazadas captadas

tempranamente

Horario de atención

Indicadores

Continuidad y Seguimiento

Disponibilidad de sistemas de comunicación

Disponibilidad de planes de visita

2. 4 Metodología utilizada.

Diseño y validación de los instrumentos:

El primer instrumento “Guía de revisión de expedientes” de 15 usuarias (tomadas al azar) que dieron a luz en la primer quincena de Marzo para verificar datos sobre el control que han tenido durante el embarazo (expedientes y tarjetas de control prenatal)

Se elaboró una guía de entrevista estructurada con datos sociodemográficos, de salud y sobre la asistencia al control prenatal, dirigido a las usuarias internadas en alojamiento en conjunto del Servicio de Maternidad. Con datos sociopersonales, profesión u oficio, ingreso mensual, condición económica, condición de la vivienda, aspectos geográficos, experiencias respecto a la atención brindada, educación recibida, factores de salud y de riesgo y antecedentes patológicos

Una entrevista para aplicar en el postparto, que se llevó a cabo a través de visitas al hogar de cada usuaria, sobre la asistencia al control posnatal

Se configuró una lista de observación de la estructura del establecimiento de salud y el cumplimiento de normas de atención por los EBAIS donde asisten las Usuaris objeto de esta investigación. Este formulario se elaboró con la finalidad de observar si la consulta pre y postparto, cuenta con los recursos, medios de diagnóstico, tiempo establecido para la consulta según normas establecidas a nivel nacional

La tabla utilizada para lograr los resultados de la información es la siguiente

80% - 100% =	Cumplimiento satisfactorio
70% - < 80% =	Medianamente satisfactorio
Menos de 70% =	Insatisfactorio

De 30 a 35 observaciones afirmativas corresponden a cumplimiento satisfactorio (80%-100%)

De 24 a 29 observaciones afirmativas corresponden a cumplimiento medianamente satisfactorio (70% - 80%)

Menos de 23 observaciones afirmativas corresponde a insatisfactorio (menos de 70%)

La recolección de los datos se llevó a cabo en los meses de marzo y abril de 1999 las entrevistas fueron realizadas por la investigadora

CAPÍTULO 4.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

A continuación se presentarán algunos cuadros y análisis de la información recopilada a través de la aplicación de los instrumentos, como resultado de la investigación en las entrevistas realizadas a las Usuarias en el servicio de alojamiento en conjunto de maternidad del Hospital de Guápiles, y en sus hogares, también la guía de observación en la consulta de los EBAIS

Aspectos socio personales:

Cuadro N° 9

**Mujeres entrevistadas por edad Servicio de ginecoobstetricia
Hospital Guápiles de marzo a junio de 1999.
(valores absolutos)**

Edad	N° de Usuarias
Menos de 15 años	1
De 15 a menos de 19 años	4
De 19 a menos de 24 años	3
De 24 a menos de 29 años	1
De 29 a menos de 34 años	2
Más de 34 años	4
Total	15

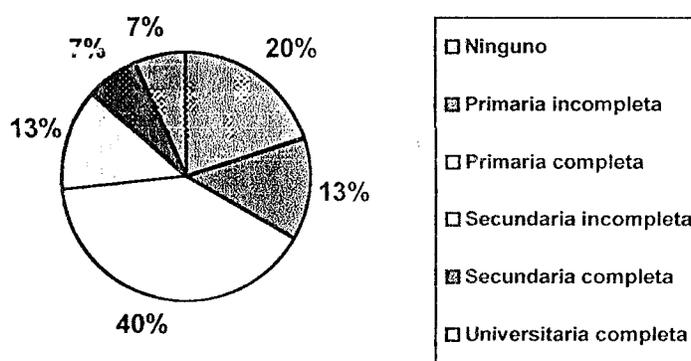
Predomina el grupo de mujeres de quince a diecinueve años (adolescentes) que en el proceso reproductivo han desertado del sistema escolar y más de treinta y cinco años, que son

las que presentan mayor riesgo pre y posnatal de presentar daño para ella y su bebé. Con respecto al estado civil, existe una proporción igualitaria entre casadas solteras y unión libre

Cuadro N° 10
Mujeres entrevistadas por grado de escolaridad.
Hospital Guápiles de Marzo a Junio
de 1999 (valores absolutos)

Grado de escolaridad	N° de Usuaris
Ninguna	3
Primaria incompleta	2
Primaria completa	6
Secundaria incompleta	2
Secundaria completa	1
Universitaria incompleta	0
Universitaria completa	1
Otros	0
Total	15

Gráfico N° 3



Fuente: cuadro N° 10

Se evidencia que de las madres entrevistadas, solo una tiene estudios universitarios completos y trabaja como maestra, nueve completaron la primaria y las restantes poseen primaria incompleta o ninguna, lo que concuerda con las estimaciones de la investigación

sobre el analfabetismo imperante en las zonas rurales, la mayoría son amas de casa que aporta dinero al hogar, producto de la venta de manualidades, lo que les permite, aparentemente, una "mejor" forma de vida. Una es salonera y debe pagar una niñera para que le cuide los niños, lo que disminuye su ingreso y a la vez ayuda a la joven que cuida sus hijos a ganarse un poco de dinero, que a su vez aporta a su hogar, las otras son operarias de empacadoras de tubérculos, cuyo salario es muy bajo le alcanza para subsistir con su (s) hijo (s) o hija (s), además en estas actividades laborales están expuestas ellas y sus familias al riesgo de sufrir intoxicación, por la manipulación de sustancias tóxicas sin el debido equipo de protección del que se les debe proveer y sin tener el conocimiento suficiente del gran daño que esto le está ocasionando a ella y a los que conviven en su hogar. Este tema se debe considerar por parte del equipo de salud al implementar los programas de educación para la salud y la comunicación social, se debe informar sobre los cuidados que deben tener en sus trabajos para disminuir el riesgo de ser madres de niños con malformaciones congénitas, asociado a las sustancias tóxicas y daños que a mediano o a largo plazo puedan presentar.

Respecto al ingreso mensual de las usuarias se obtuvo la siguiente información

Cuadro N° 11
Ingreso mensual en Colones del núcleo familiar de las
usuarias entrevistadas. Hospital Guápiles de
Marzo a Junio de 1999. (valores absolutos)

Ingreso mensual	N° de Usuarías
De 19 a 30 mil colones	2
De 31 a 40 mil colones	3
De 41 a 50 mil colones	3
De 51 a 60 mil colones	3
Más de 61 mil colones	4
Total	15

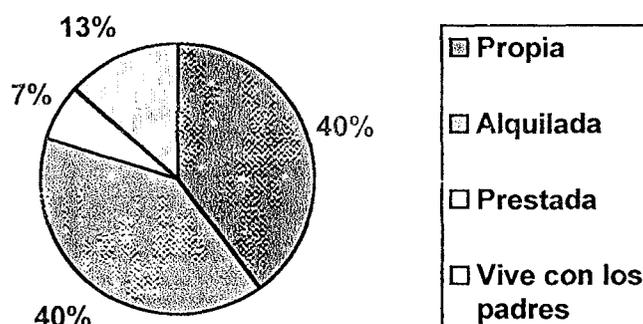
Se evidencia que la mayoría reciben ingresos bajos, (menos de 50 mil colones por mes) lo que apenas les alcanza para comprar los alimentos, pagar los servicios como electricidad, agua, entre otros, que aunque son de gran utilidad, disminuye sus ingresos, además deben pagar las cuotas semanales o quincenales a los " polacos", por lo que a veces no tienen dinero para asistir a una cita con el médico, creando un aumento en los niveles de ansiedad, en la mayoría de las viviendas de estas mujeres (que son pequeñas) habitan más de cuatro personas en hacinamiento, otro factor de riesgo para la gestante, donde aportan dinero solo una persona, donde aportan dos es porque la mujer convive con los padres, trabaja y se hace responsable de la manutención de ella y su hijo o hija

Con respecto a la tenencia de la vivienda, tenemos los siguientes datos

Cuadro N° 12
Tenencia de la vivienda de las usuarias entrevistadas
Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999.
(valores absolutos).

Vivienda	N° de Usuaris
Propia	6
Alquilada	6
Prestada	1
Vive con los padres	2
Total	15

Gráfico N° 4



Fuente: cuadro N° 12

Con respecto a la tenencia de la vivienda, seis viven en casa propia lo que les da seguridad debido a que no tienen que pagar alquiler y por lo tanto pueden disponer el dinero para otras cosas. Seis viven en casa alquilada, aumentando así el gasto per cápita, además de que se mantienen en una constante ansiedad, pues no saben cuando el dueño les va a pedir que

desocupen o si van a tener dinero suficiente para pagar el próximo mes; solo una vive en casa prestada debido a que el esposo es cuidador de la finca, donde no tienen electricidad ni agua potable, utilizan agua de pozo hecho de alcantarilla con tapa de cemento, con bomba manual Pagando en especie, con trabajo no remunerado el cuidado de la finca, pues el salario es muy bajo La casa donde viven es vieja y no pueden hacer mejoras disminuyendo así su calidad de vida

Aspectos geográficos:

De todas las usuarias entrevistadas, seis viven cerca lo que les facilita la accesibilidad al servicio Nueve viven lejos del Centro de Salud por lo que deben tomar el autobús u otro medio de transporte, aumentando el tiempo y la cantidad de dinero que necesitan para asistir a las citas médicas o de control del embarazo, como se puede observar en los siguientes cuadros

Cuadro N° 13

Tiempo que tardan las usuarias para ser atendidas en el Centro de Salud desde que salen de sus hogares hasta llegan, con el tratamiento.

Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999.

(valores absolutos).

Tiempo	Nº de Usuaris
Más de una hora	2
De una a dos horas	4
De tres a cinco horas	6
Más de seis horas	3
Total	15

El tiempo que tardan las usuarias en ser atendidas, se obtuvo contabilizando el tiempo que tardan desde que salen de sus hogares hasta que llegan, el resultado es variable, el promedio es de tres a cinco horas, las que tardan más de cuatro horas en ser atendidas es porque viven muy lejos

Cuadro N°14
Cantidad de dinero que gastan las usuarias para acudir a las citas
en los Centros de Salud, Servicio de gineco obstetricia
Hospital Guápiles de marzo a junio de 1999.
(valores absolutos).

Dinero en colones	# de Usuaris
Menos o igual a 1000	7
De 1500 a 2000	4
De 2500 a 3000	3
Más de 3000	1
Total	15

Las que gastan más de dos mil colones debido a que les es necesario llevar a sus niños a la consulta, aunque ésta sea para ellas, porque no tienen donde dejarlos. Todo ello complica su situación, por lo que tratan de asistir lo menos posible al Centro de Salud, ya que no todo el tiempo cuentan con dinero disponible, normalmente esperan a sentirse "mal" para que puedan obtener el dinero suficiente, inclusive, adquiriendo deudas, que luego tienen que "ver" como las pagan.

Experiencias personales con respecto a la atención brindada: se le solicitó a las usuarias referirse al tipo de personal que las atendió durante la consulta prenatal y el grado de satisfacción con respecto a la misma, a cuántas citas asistieron obteniendo el siguiente resultado.

Cuadro N° 15

Tipo de personal Profesional de salud que atendió a las usuarias

en la consulta prenatal en los centros de salud. Hospital

Guápiles de marzo a junio de 1999.

(valores absolutos).

Personal que atendió	N° de usuarias
Médico general	13
Obstetra	1
Enfermera	1
Total	15

Según se puede observar, la mayoría de las usuarias fueron atendidas por médicos generales, quienes no consideraron necesario referirlas al Ginecólogo por cursar con embarazos aparentemente "normales" Ellas refieren "que no se les dio ningún tipo de educación durante las consultas, simplemente les hacían algunas preguntas, a veces las examinaban, les indicaban hierro y ácido fólico (que algunas no tomaron porque no sabían para que sirven), algunas que presentaron prurito vaginal, le pedían al médico una crema para la picazón".

Cuadro N°16

**Número de consultas en período prenatal de las usuarias
entrevistadas, Hospital Guápiles de marzo a junio
de 1999. (valores absolutos).**

Asistencia a citas	N° de Usuarías
No asistió	2
De 1 a 3 citas	4
De 4 a 6 citas	4
Más de 6 citas	5
Total	15

Fuente entrevista aplicada a Usuarías en el parto. H G

Sobre la asistencia a la consulta prenatal, solo dos no se controlaron y nueve asistieron de cuatro a seis citas porque viven cerca y disponen de dinero para hacerlo, por lo que solo siete cumplieron con el número óptimo de evaluaciones.

CUADRO N° 17

**Orientación recibida en la consulta Prenatal y posnatal de las usuarias
entrevistadas en el Servicio de gineco obstetricia y en los hogares
Hospital Guápiles de Marzo a Junio de 1999.
(valores absolutos).**

Orientación	Prenatal #		Posnatal #	
	Sí	No	Sí	No
• Signos de alarma durante el embarazo y puerperio	1	14	1	14
• Higiene personal	1	14	1	14
• Relaciones sexuales	1	14	1	14
• Alimentación	1	14	1	14
• Ejercicios físicos	1	14	1	14
• Automedicación	1	14	1	14
• Cambios que sufre su organismo	1	14	1	14
• Cuidados del recién nacido	1	14	1	14
• Tamizaje	15	0	1	14
• Lactancia exclusiva	1	14	1	14
• Deambulación temprana	1	14	1	14
• Planificación familiar	1	14	15	0
• Curso sicofísico para el parto	1	14	1	14
• Auto cuidado en el puerperio	1	14	1	14
• Fue referida a la consulta :	1	14	1	14
Por el médico-	0	15	1	14
• Por la enfermera-	0	15	1	14
• Por técnico de atención primaria-	13	2	0	15

Como se puede observar en este cuadro, la educación es muy deficiente, la persona que recibió toda la orientación fue porque tuvo acceso a la consulta particular desde que tuvo certeza de su embarazo y continuó pagando después del parto tanto para ella como para su bebé.

Con respecto a la consulta posnatal los datos fueron los siguientes.

Cuadro N° 18

**Atención recibida en la consulta posnatal de las usuarias en el hogar,
y posparto. Hospital Guápiles de marzo a junio de 1999.
(valores absolutos).**

Personal que Atendió	Madre	Hijo (a)	Ambos	Total
Ginecólogo	1	0	1	2
Médico	0	0	0	0
Obstetra	0	0	0	0
Enfermera	1	1	0	2
Otros	0	14	0	14
Total	2	15	1	

Como se puede observar en el cuadro anterior, la atención recibida es brindada al niño y no a la madre, por personal auxiliar de enfermería. Al preguntárseles por qué tipo de personal prefieren ser atendidas en embarazos posteriores se obtuvieron los siguientes datos

Cuadro N° 19

**Tipo de personal profesional por el cual desearía ser atendida en embarazos
posteriores. Entrevista a las usuarias en el hogar, posparto.
Hospital Guápiles de marzo a junio de 1999.
(valores absolutos).**

Personal profesional	N° de Usuaris
Médico	1
Enfermera obstetra	13
Otro	1
Total	15

Cuando se les realizó la entrevista se les explicó que la consulta posnatal se contempla a partir del egreso del hospital, a las preguntas sobre la educación brindada en la consulta posnatal, todas, excepto una, refieren que no conocen la existencia de dicha consulta. Que solamente se les indicó la fecha en que debían llevar al niño para la prueba del tamizaje o del talón, donde fueron atendidas por un (a) auxiliar de enfermería. Solamente si un niño o niña nace con problemas, se le da seguimiento por neonatología (el tiempo adecuado) y luego por pediatría. Si Ellas se sienten mal, van al EBAIS donde las atiende un médico general y las refiere al ginecólogo solo si éste lo considera estrictamente necesario.

Al preguntar sobre el tipo de profesional que les gustaría ser atendidas en partos posteriores, la mayoría optó por Enfermera obstetra, refieren que le tienen más confianza, pues por ser mujer las puede entender mejor y le pueden hacer todas las preguntas que consideren necesarias. También verbalizan que se les dio orientación por la obstétricas y enfermeras, durante su internamiento, en forma de charlas, para todas, sobre muchos aspectos, como el cuidado del recién nacido, lactancia materna, cuidados de la episiotomía, entre otros, pero que estaban tan desorientadas que se les olvidó lo que les dijeron, además no recuerdan que se les invitara a asistir a una consulta de posparto.

Factores de salud:

A continuación se presentan algunos datos con respecto a la salud de las mujeres entrevistadas en el servicio de obstetricia, en el área de alojamiento en conjunto.

A las preguntas que abarcan el espacio intergenésico seis refieren tener menos de un año y tienen más de cinco niños, dos con espacio de más de dos años, una tiene dos niños y la otra tiene tres, las restantes son primíparas, o sea, es el primer bebé que tienen y la mayoría

son adolescentes Grupo que se debe considerar por parte del equipo de salud para aplicar un buen control posnatal, de planificación familiar y de educación, enfatizando las razones de tener espacios intergenésicos mayor de dos años

En los siguientes cuadros podremos observar que la mayoría de las mujeres entrevistadas no presentaron factores de riesgo endógeno ni exógeno durante el embarazo

Cuadro: N° 20

Antecedentes patológicos de las usuarias entrevistadas en la consulta de prenatal en el Hospital Guápiles de marzo a junio de 1999.

(Valores absolutos).

Antecedentes patológicos	N° de Usuaris		Total
	Sí	No	
Cardiopatías	1	14	15
Diabetes mellitus	1	14	15
Nefropatías	0	15	15
Enfermedades de transmisión			
Sexual	0	15	15
Algún tipo de cáncer	0	15	15
Hipertensión arterial	2	13	15

Cuadro: N° 21
Patologías durante el embarazo de las usuarias entrevistadas
en la consulta de parto en el Hospital Guápiles
de Marzo a Junio de 1999.(valores absolutos).

Patologías durante el embarazo	N° de Usuarías		Total
	Sí	No	
Hipertensión arterial			
Inducida por el embarazo	3	12	15
Diabetes mellitus gestacional	1	14	15
Infección perinatal	0	15	15
Hidramnios (poli u oligo)	0	15	15
Amenaza de parto prematuro	0	15	15
Ruptura prematura de membranas	0	15	15
Hemorragias	0	15	15

Dos refirieron tener antecedentes patológicos familiares y tres presentaron desórdenes patológicos inducidos por el embarazo, además ninguna afirmó consumir algún tipo de droga, no fuman, ni ingieren licor, lo cual conlleva a analizar que cursaron con un parto normal.

Con respecto a la observación realizada en uno de los EBAIS, se puede decir lo siguiente: no cuentan con el equipo estrictamente necesario para la atención esencial de la usuaria, ni las medidas de higiene básicas, el EBAIS se instaló en una casa de habitación y está distribuido de la siguiente manera: una sala de espera, una pequeña "oficina" rústica con muy poco espacio, en donde la secretaria atiende a los usuarios para dar las citas y realizar el trabajo asignado a su puesto, una oficina para los ATAPS, también muy pequeña, dos consultorios, no hay biombos, cuentan con una lámpara "cuello de ganso" para los dos

consultorios, no hay suficiente claridad ni buena ventilación, tampoco tienen lavatorios (para el lavado de manos entre cliente y cliente); sí tienen información sobre la importancia del lavado de manos, un balde con agua jabonosa para descartar el equipo utilizado, un servicio sanitario para el público. En el espacio construido para la cochera, acondicionaron para la atención de la pre-consulta, brindada por personal auxiliar de enfermería donde pesan, miden, toman la presión arterial, vacunan, entre otras cosas.

La miscelánea realiza bien su trabajo de limpieza, pero la estructura y la poca iluminación natural de la "casa" no ayuda para que luzca "resplandeciente", tienen basureros distribuidos estratégicamente.

El equipo estéril, como espéculos, equipos de curación, entre otros, lo traen del Centro de Equipos del hospital.

Para los medios de diagnóstico, utilizan los del hospital, se envía al cliente con la solicitud del examen pertinente y de ahí se envía el resultado al EBAIS.

El horario de consulta prenatal es de dos horas los martes por la mañana y aproximadamente dos horas los jueves por la tarde, tiempo en que refieren, se atienden 25 usuarias por semana. El personal capacitado con que cuentan, son dos médicos, dos auxiliares de enfermería, una secretaria, una miscelánea y dos asistentes técnicos de atención primaria para dos sectores de la población. (Central 1 y 2)

Capítulo 5.

Conclusiones y Recomendaciones.

Conclusiones:

Información general

- La población en estudio está conformada por 76 usuarias atendidas en sala de partos del Hospital de Guápiles durante la primera quincena de Marzo, de las cuales se tomó una muestra al azar de 15 mujeres que dieron a luz en ese período
- Predomina el grupo de mujeres de 15 a 19 años y mayores de 34 años, las cuales presentan mayor riesgo prenatal y posnatal
- Con respecto al estado civil, existe una proporción igualitaria de casadas, solteras y en unión libre. Las que conviven con un compañero, presentan mejor estabilidad económica ya que hay un ingreso más de dinero, las mujeres solteras, algunas conviven con los padres o solas y tienen que trabajar para subsistir ella y su hijo o hija
- La mayoría de las mujeres entrevistadas viven lejos del Centro de Salud, lo que influye en el aspecto económico
- La actividad laboral que prevalece en el área agraria es el manejo de productos de exportación, como: tubérculos, matas, Gerber, palmitos, entre otros; donde los salarios son muy bajos comparados con el estipulado por la ley. Además, se aumenta el riesgo de sufrir daño por el mal manejo de sustancias tóxicas sin la debida protección para Ellas y su entorno, a mediano y a largo plazo.

- Las mujeres que trabajan y son jefes de hogar deben cumplir varios roles (trabajadoras, amas de casa, madres y algunas de esposa) lo que influye para que no asistan a la consulta
- De las mujeres entrevistadas la mayoría completaron apenas la primaria, algunas solo primaria incompleta o ningún grado de escolaridad, factor que influye en el interés y la forma de llevar a cabo un buen control prenatal y posnatal, grupo que se debe considerar por parte del equipo de salud para aplicar un buen control posnatal y de planificación familiar
- La educación recibida en el control prenatal no alcanzan las normas mínimas establecidas por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, lo que afecta en la poca motivación para lograr una adecuada evolución de su embarazo.
- La educación que se les brindó fue en el posparto inmediato, por el personal que las atendió durante el parto y en alojamiento en conjunto, donde la usuaria se encuentra en condiciones emocionales poco favorables para aprender.
- En el posparto inmediato, se les indica el día que deben llevar al niño o la niña para la prueba del talón (tamizaje) y se les da cita para asistir a la consulta de planificación familiar, en dicha consulta se les pregunta con qué quieren planificar
- De las 15 mujeres entrevistadas solo nueve acudieron al número de consultas prenatales estipuladas en las normas del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social.

Con respecto a los EBAIS que se han desarrollado bajo los principios de Solidaridad, Universalidad y Equidad y cuyo objetivo principal es "brindar una atención integral a las personas para mejorar la salud de la población", se puede observar lo siguiente

- El EBAIS ofrece dos consultas de prenatal por semana, de cuatro horas, tiempo en el cual se atienden 25 usuarias
- El tiempo de espera de la usuaria es variable, calificando éstas su satisfacción en un 6%
- Las mujeres asisten al EBAIS cuando sospechan que están embarazadas, no porque las han captado tempranamente y referido, llegando en diferentes etapas de su embarazo, excepto cuando los Técnicos de Atención Primaria encuentran alguna en su campo de acción.
- La población, por área de atracción de este EBAIS, es de 7 200 personas atendidas por dos médicos, dos auxiliares de enfermería, una secretaria, una miscelánea y dos ATAPS, (datos subregistrados)

Recomendaciones:

- Desarrollar un plan de acción estratégico que permita brindar una atención de calidad y de mayor cobertura, estableciendo una consulta brindada por Enfermera (o) Obstetra, para favorecer la interacción y fomentar la confianza y seguridad de la Usuaría
- Crear conciencia en el Equipo Básico de Salud (EBAIS), que incluye a un Médico general, una Auxiliar de enfermería y un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP), los cuales analicen en las comunidades todos los factores sociodemográficos y educativos que influyen en la atención de las madres a la consulta prenatal.
- Establecer un seguimiento por medio del EBAIS, educar a la comunidad para detectar a las madres con alguno de los problemas analizados en este trabajo.
- Crear una consulta prenatal y postnatal brindada por personal de salud calificado como un médico Gineco-obstetra, una Enfermera obstetra, según las normas establecidas por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social.
- Proyectarse a la comunidad a través de los diferentes medios de comunicación disponibles
- Ofrecer el curso sicofísico para el parto en instalaciones adecuadas

Con respecto a los EBAIS

- Construcción de infraestructuras que reúnan las condiciones favorables, tanto para el personal como para los usuarios (as), debido a que un ambiente laboral y de atención al cliente, adverso, influye en el aspecto psicológico, emocional y espiritual, en algunos casos, físico, para estos grupos
- Dotación de instrumentos y materiales adecuados para brindar una mejor atención a la usuaria y que ella misma se sienta satisfecha y presente deseos de continuar asistiendo a las citas de control
- Aplicar las normas establecidas por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, para así brindar una captación temprana, atención adecuada y un seguimiento apropiado y oportuno. Que se promuevan las consultas de prenatal y posparto
- Que asignen una (un) enfermera (o) Obstetra para realizar las consultas de prenatal y postparto por cada cinco EBAIS, dependiendo de la población. Así se lograría brindar una educación apropiada tanto para el personal como para las usuarias, además de dar un seguimiento en el hogar a las mujeres que presentan riesgo.

CAPITULO 6.

ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

6.1: Proyecciones

Dentro de las proyecciones, lo que se pretende es crear una conciencia en el Equipo Básico de Salud (EBAIS), que incluye a un Médico general, una Auxiliar de enfermería y un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP), los cuales analicen en las comunidades todos los factores sociodemográficos y educativos que influyen en la baja asistencia de las madres a la consulta prenatal y posnatal. A la vez por medio del EBAIS educar a la comunidad para detectar a las madres con alguno de los problemas analizados en este trabajo. Teniendo esta base de control, se pretende crear una consulta prenatal y postnatal brindada por personal de salud calificado como un Gineco-obstetra, una Enfermera obstetra, como un centro de referencia de los casos de mayor riesgo sociodemográfico, si se comprueba que estos son los que afectan en la baja asistencia a la consulta prenatal y postnatal.

6.2: Limitaciones:

Dentro de las limitaciones, se encontraron realmente pocas debido a la cooperación de las madres incluidas, existió ausencia del personal capacitado para colaborar con esta investigación, se tuvo buen acceso a los expedientes de la población en estudio, solamente el área de atracción que es muy extensa y principalmente el poco tiempo con que se cuenta para llevarla a cabo.

CAPÍTULO 7.

BIBLIOGRAFÍA

- Alleyne, George. La salud y el desarrollo humano. (Taller sobre cooperación técnica y liderazgo en salud: 26 de Agosto de 1995. Washinton,) O.P.S / O M S
- Alvarado V, María Adelia La práctica de la Enfermería, aspectos éticos y legales Caja Costarricense Seguro Social , Costa Rica. 1997
- Ann Larson, Betty Ann El embarazo y la salud de la familia. Editorial Trillas, México 1980
- Arches, Sarah y Fleshman, Ruth. Enfermería de salud comunitaria. Carvajal Colombia, 1997
- Ayala, Norma. Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención. Informe Final. Costa Rica 1973.
- Badilla Chavarría, Leda Género y Salud. OPS San José, Costa Rica (s.f.)
- Blanco Molina, Leticia. Apuntes sobre la normativa familiar costarri-cense. EUNED. Costa Rica. 1991.
- Bolaños Sánchez, Xinia María. Mejor Salud y desarrollo con enfoque de Género. Comisión Mujer, Salud y Desarrollo Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Costa Rica 1993
- Campos, Carlos María Técnicas de Diagnóstico familiar y comunal EUNED, Costa Rica 1992.
- Castro Valverde, Carlos La reforma del Sistema Nacional de Salud: Estrategias, avances, perspectivas. MIDEPLAN. Asesorías Organizacionales. San José 1998
- Caja Costarricense del Seguro Social Estadísticas Generales de los Servicios de Salud. Dirección Técnica Servicios de Salud, junio 1996
- Caravaca Adilia, Guzmán Laura Violencia de Género, Derechos Humanos y Democratización: perspectiva de las mujeres. Tomo IV Costa Rica. 1995
- Centro Nacional Para la Mujer y la Familia Juventud, trabajo y formación: Una Visión de Género, Cuaderno N° 3, Costa Rica , 1998.

- Dietz y Cols. "Delayed entry into prenatal care Effect of physical violence" En Obstetrics & Gynecology. 90(2): 221-24, 1997)
- Elam y Cols "Patterns of prenatal care initiation in Georgia, 1980-1992" En Obstetrics & Gynecology. 90(1) 71-7, 1997
- Feldman y Cols "The economic impact of high-risk pregnancies" En Journal of Health Care Finance. 24(1) 66-71, 1997.
- Gary Dessler Organización y Administración. Enfoque situacional. Prentice-Hall Hispanoamericana México, s.f
- Helton "Prenatal care". En Primary Care 24(1) 135-46, 1997
- Idalberto Chiavenato Introducción a la Teoría General de la Administración. 3era ed México Mc Graw-Hill / Interamericana México S f
- Langer y Cols "Routine prenatal surveillance in Europe A comparison oif the experience in 9 gyneco-obstetric units in 8 different countries" En Journal of Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproducción. 26(4) 358-66, 1997
- Loda y Cols Programs and services to prevent pregnancy, childbearing, and poor birth outcomes among adolescents in rural areas of the Southeastern United States (Journal of Adolescent Health 21(3) 157-66, 1997)
- Mc Duffie y Cols. Does reducing the number of prenatal office visits for low-risk women result in increased use of other medical services. Obstetrics & Gynecology. 90(1) 68-70, 1997
- Melnikow y Cols "Effect of a transportation incentive on compliance with the first prenatal appointment: A randomized trial" Obstetrics & Gynecology. 89(6) 1023-7, 1997
- Ministerio de Salud Indicadores de la mortalidad general por cantón. Departamento de Estadística, Sección Otros Programas Prioritarios San José, 1995
- Ministerio de Salud, OMS, OPS Informe anual: cuatro años después.... Costa Rica 1997

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Ayala, Norma. Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención.
Informe Final. San José, Costa Rica: S.P.T. 1973.
- Badilla Chavarría, Leda. Género y Salud. San José, Costa Rica: OPS
- Blanco Molina, Leticia. Apuntes sobre la Normativa Familiar Costarricense.
. San José , Costa Rica. Editorial de la UNED, 1991.
- Bolaños Sánchez, Xinia María. Mejor Salud y desarrollo con enfoque de Género.
Comisión Mujer, Salud y Desarrollo. San José, C.R O.P.S. / O.M.S.. 1993.
- Campos, Carlos María. Técnicas de Diagnóstico familiar y comunal San José. C. R.
Editorial de la Universidad Estatal a Distancia, 1992.
- Caja Costarricense del Seguro Social. Estadísticas Generales de los Servicios de
Salud. Dirección Técnica Servicios de Salud, junio 1996.
- Caja Costarricense de Seguro Social. Estudio de Factibilidad, Hospital Guápiles. Dirección
de
Planificación Institucional. San José. 1996.
- Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Medicina Preventiva. Guía Didáctica
de Salud Reproductiva. San José, 1995.
- Caravaca Adilia, Guzmán Laura. Violencia de Género, Derechos Humanos y
Democratización: perspectiva de las mujeres. San José, Costa Rica. Tomo IV, 1995.
- Centro Nacional Para la Mujer y la Familia. Juventud, trabajo y formación:
Una Visión de Género, con la colaboración de programa Mujeres Adolescentes de la
Comisión Europea, Costa Rica. Cuaderno N° 3, 1998.
- Donadevian, Avedis. La Calidad de la Atención médica. Ediciones Científicas.
La Prensa Médica Mexicana, 1986. P.6-8.
- Idalberto Chiavenato. Introducción a la Teoría General de la Administración. México. 3era
ed. McGraw-Hill / Interamericana.
- Jaramillo, A. Juan. Los problemas de Salud en Costa Rica. 2da ed., Costa Rica, 1984. P.67.
- Ministerio de Salud. Informe anual: cuatro años después.... Costa Rica. 1997

- Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. Normas Técnicas de Atención Materna y Perinatal, , Costa Rica. Febrero, 1994.
- Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. Normas Operativas de Atención Materna y Perinatal, Costa Rica , Febrero, 1994.
- Ministerio de Salud, Caja Costarricense Seguro Social. Normas Técnicas de Atención Materna y Perinatal, San José, Costa Rica. Febrero, 1994.
- Ministerio de Salud. Net-Salud. Publicaciones de Sistema Nacional de Estadística. Costa Rica, 1995.
- Ministerio de Salud.. Net-Salud Indicadores Básicos de Centroamérica. Costa Rica Fuente: Informe de cada país., 1995.
- Neeson, Jean D. Consultores de Enfermería Obstétrica.. España 2da ed. Océano, 1989.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Salud Para Todos en el Año 2000. Estrategias. Costa Rica 2da ed, , 1988.p. 79-80.
- Océano. Centrum. El Manual Merck España 9°ed. Doyma, . 1994.
- Olds, Sally y otros. Enfermería materno infantil. México. Prensa Técnica, 1995.
- Pérez Sánchez. A y Donoso Siña, E. Obstetricia . 2°ed. Mediterráneo. Santiago,Chile 1992.
- .Schwartz; R.L. y otros. Obstetricia. Argentina. El Otenes 4ta.ed. , 1992.
- Stephen P. Robbins. Comportamiento Organizacional. México 3era.ed. Prentice Hall Hispanoamericana.. S.f.

* ANEXO *

Nº 1

* CORRESPONDENCIA *

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA - ESCUELA DE ENFERMERIA
COMISION TRABAJOS FINALES DE GRADUACION

24 de Marzo 1998
EE-TF-49-98

Señora
María Eugenia Bermúdez
Estudiante
Programa de Licenciatura
ESCUELA DE ENFERMERIA

Estimada estudiante:

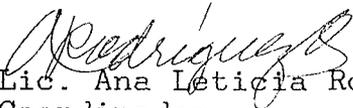
Por este medio me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que esta Comisión aprobó en su sesión 04-98, celebrada el pasado 23 de febrero 1998, el tema sometido por usted bajo el título de: "Factores sociodemográficos y educativos que incluyen en la no asistencia de la mujer al control del embarazo y pos-parto en el Hospital de Guápiles en el período de marzo a mayo de 1998".

A la vez le informo que dicha solicitud se aprueba con corrección de los objetivos específicos:

- 1.- Identificar los factores económicos que influyen en la no asistencia de la mujer al control del embarazo y pos-parto en dicho periodo.
- 2.- Identificar los factores sociodemográficos que inciden en la no asistencia de la mujer al control respectivo del embarazo y posparto.
- 3.- Identificar las características educativas de las mujeres que no asisten al control respectivo del embarazo y posparto.

Aprovecho la oportunidad para saludarla y a la vez desearle éxito en la elaboración de su Propuesta.

Atentamente,


Lic. Ana Leticia Rodríguez
Coordinadora
COMITE TRABAJOS FINALES DE GRADUACION
ESCUELA DE ENFERMERIA



CC: Expediente
ARCHIVO

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
ESCUELA DE ENFERMERIA

9 de Abril de 1999
EE-TFG-097-99

Estudiante
Ma Eugenia Bermúdez
PROGRAMA LICENCIATURA
ESCUELA ENFERMERIA

Estimada estudiante

Por este medio me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que esta Comisión aprobó en su sesión 09-99 celebrada el pasado 5 de Abril de 1999, el informe de Tesis, bajo el título de: "Factores sociodemográficos y educativos que incluyen en la no asistencia de la mujer al control del embarazo y pos parto en el Hospital de Guápiles en el mes de abril de 1999"

Le ruego solicitar a la Directora de esta Unidad Académica; se sirva nombrar el Comité Asesor que tendrá a su cargo la realización de dicho proyecto.

Augurándole éxitos en la ejecución de la misma, de usted,

Atentamente,


Lic Ernestina Aguirre
COORDINADORA
COMISIÓN TRABAJOS FINALES
DE GRADUACION
ESCUELA DE ENFERMERIA

cc: M.Sc. Olga Marta Solano S.; Directora Esc. Enfría
Lic. Delfina Charlton; Directora Proyecto
Expediente estudiante

10 de Marzo de 1999

Master: Olga Martha Solano.
Directora Escuela de Enfermería
Universidad de Costa Rica.
Presente.

Estimada Licenciada:

Por este medio me permito sugerir la siguiente integración del comité asesor del Proyecto de Graduación “Factores Sociodemográficos y educativos que influyen en la atención de la mujer en el embarazo y postparto en el área de salud de Guápiles de en el período de Marzo a Junio de 1999.

Las siguientes personas conformarán el comité asesor:

Directora: Licda. Delfina Charlton.
Lectora: Licda. M^a Antonieta Calvo.
Lectora: Master. Ligia Murillo

En espera de su respuesta, la saluda muy atentamente.

Bach. María Eugenia Bermúdez C.

10 de Marzo de 1999

Master: Ligia Murillo
Profesora de Escuela de Enfermería.
Universidad de Costa Rica.

Estimada Profesora

La presente es para saludarla y a la vez solicitarle su valiosa cooperación como lectora del Proyecto de Investigación para optar por el título de Licenciatura en Salud de la Mujer y Perinatología.

El nombre del proyecto es: “ Factores sociodemográficos y Educativos que influyen en la atención de la mujer en el embarazo y postparto en el área de salud de Guápiles de Marzo a Junio de 1999.”

Agradeciendo su anuencia, me despido de Usted muy atentamente.

Bach. María Eugenia Bermúdez C.

10 de Marzo de 1999.

Licda, M^a Antonieta Calvo.
Profesora. Escuela de Enfermería.
Universidad de Costa Rica.

Estimada Profesora.

La presente es para saludarla y a la vez solicitarle su valiosa cooperación como lectora del Proyecto de Investigación para optar por el título de Licenciatura en Salud de la Mujer y Perinatología.

El nombre del proyecto es: “ Factores sociodemográficos y Educativos que influyen en la atención de la mujer en el embarazo y postparto en el área de salud de Guápiles de Marzo a Junio de 1999.”

Agradeciendo su anuencia, me despido de Usted muy atentamente.

Bach. María Eugenia Bermúdez C.

20 de Febrero de 1999.

Licda. Delfina Charlton.
Coordinadora de Licenciatura en Salud de La Mujer y Perinatología.
Escuela de Enfermería.
Universidad de Costa Rica.

Estimada Profesora:

La presente es para saludarla y a la vez solicitarle su valiosa cooperación como Directora del Proyecto de Investigación para optar por el título de Licenciatura en Salud de la Mujer y Perinatología.

El nombre del proyecto es: “ Factores sociodemográficos y Educativos que influyen en la atención de la mujer en el embarazo y postparto en el área de salud de Guápiles de Marzo a Junio de 1999.”

Agradeciendo su invaluable colaboración, me despido de Usted muy atentamente.

Bach. María Eugenia Bermúdez C.

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
ESCUELA DE ENFERMERIA
DIRECCION**

31 de agosto de 1999
EE-D. 453-99

Señoras
Licda. Delfina Charlton Lewis
Directora

Licda. María Antonieta Calvo Rodríguez
M.Sc. Ligia Murillo Castro
Miembros Comité Asesor
Trabajo Final de Graduación

Estimadas profesoras:

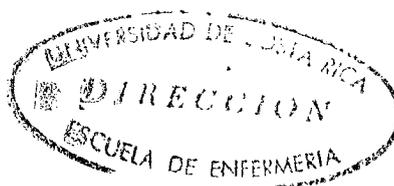
Con la facultad que me confiere el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, me permito designarlas para integrar el Comité Asesor de la Tesis: ***"Factores sociodemográficos y educativos que influyen en la no asistencia de la mujer al control del embarazo y posparto, en el Hospital de Guápiles, en el mes de abril de 1999"***, que será implementado por la Bach. María Eugenia Bermúdez C.

La Directora de la Tesis las convocará a una primera reunión, con el fin de fijar la metodología a utilizar para el trabajo del Comité.

De ustedes con toda consideración,

Original Firmado
M.Sc. Olga Marta Solano de Mora
Directora

ESCUELA DE ENFERMERIA - U.C.R.
M.Sc. Olga Marta Solano Soto
Directora
ESCUELA DE ENFERMERIA



cc: Licda. Ernestina Aguirre, Coordinadora Comisión T.F.G.
Br. Ma. Eugenia Bermúdez C.
Expediente

* ANEXO *

Nº 2

* INSTRUMENTOS *

INSTRUMENTO # 1**Guía de revisión de expedientes**

Guía de revisión de expedientes clínicos de Usuarías que parieron en la primer quincena del mes de Marzo de 1999 para identificar si asistieron o no a la consulta prenatal y posnatal.

Objetivo: Identificar las Usuarías que no asistieron a esta consulta y extraer información necesaria para realizar visitas al hogar.

1) De las Usuarías que no asistieron extraer la siguiente información:

Nombre de la Usuaría _____

Número de expediente _____

Fecha del parto _____

Dirección exacta _____

Número de teléfono (si tiene) _____

INSTRUMENTO N° 2
GUÍA DE ENTREVISTA

Universidad de Costa Rica
Escuela de Enfermería
Licenciatura en Salud de la Mujer y Perinatología

Estimada usuaria:

El objetivo de la presente guía de entrevista es obtener información sobre aspectos relacionados con los factores que influyen en su asistencia o no a la consulta prenatal.

El aporte que Usted pueda brindar en esta entrevista es de gran ayuda, ya que de esta forma se podrán identificar algunos factores que inciden en la baja cobertura a esta consulta; y de esta manera obtener una base objetiva para el establecimiento o elaboración de estrategias que mejoren la calidad de dicha consulta. Es importante que responda de la manera más sincera y fidedigna de acuerdo con lo que le esté afectando en este momento, con la plena seguridad de que esta información es absolutamente confidencial.

A continuación se presentan una serie de preguntas con varias alternativas, léalas y sírvase responder cada una.

Muchas gracias por su valiosa cooperación.

Hospital de Guápiles
Servicio de Obstetricia

Fecha _____

Datos sociopersonales:

Edad _____

< de 14 años
 15 a menos de 19 años
 19 a menos de 24 años
 24 a menos de 29 años
 29 a menos de 34 años
 > de 34 años

Estado civil _____

Casada
 Soltera
 Unión libre
 Viuda
 Divorciada

Procedencia _____

Dirección actual _____

Número de hijos vivos _____ G _____ P _____ A _____ C _____

Escolaridad _____

Ninguna
 Primaria incompleta
 Primaria completa
 Secundaria incompleta
 Secundaria completa
 Universitaria incompleta
 Universitaria completa
 Otros

Profesión u oficio: _____

Ingreso mensual en colones:

de 19 a 20 mil
 de 20 a 30 mil
 31 a 40 mil
 de 41 a 50 mil
 de 51 a 60 mil
 más de 60 mil

Egreso mensual (gastos):

de 19 a 20 mil
 de 20 a 30 mil de
 de 31 a 40 mil
 de 41 a 50 mil
 de 51 a 60 mil
 más de 60 mil

Condición económica:

Número de miembros de la familia que conviven bajo el mismo techo:

Edad

Parentesco

	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	

Número de personas que trabajan y aportan dinero al hogar. _____

Tipo de vivienda

- 1) Propia
- 2) Alquilada
- 3) Prestada
- 4) Hipotecada
- 5) Vive con los padres

Condición de la vivienda (servicios con que cuenta la vivienda)

Agua

Potable

Pozo

Fue atendida por el mismo profesional cada vez que asistió al control prenatal? SI_ NO_

Expique _____

Orientación y asesoramiento:

Qué tipo de orientación se le brindó?

Charlas	SI _____	NO _____
Folletos	SI _____	NO _____
Educación individual	SI _____	NO _____
Educación grupal	SI _____	NO _____

Se le ofreció la oportunidad de recibir el Curso Profiláctico para el Parto?

SI _____ NO _____

Lo recibieron?

SI _____ NO _____

Por qué? _____

Se le brindó orientación respecto a:

• Signos de alarma	SI _____	NO _____
• Higiene personal	SI _____	NO _____
• Relaciones sexuales	SI _____	NO _____
• Alimentación	SI _____	NO _____
• Ejercicios físicos	SI _____	NO _____
• Cuidados del recién nacido	SI _____	NO _____
• Lactancia exclusiva	SI _____	NO _____
• Automedicación	SI _____	NO _____
• Planificación familiar	SI _____	NO _____
• Cambios que sufre su organismo	SI _____	NO _____
• Deambulación temprana	SI _____	NO _____
• Otros	SI _____	NO _____

De 0 a 10 cómo califica la atención que le brindaron?

B = 8 - 10

R = 5 - 7

M = 0 - 4

Factores de salud:

Es asegurada? SI _____ NO _____

Directa _____

Por el esposo _____

Por el estado _____

Por cuenta propia _____

No tiene seguro _____

Espacio intergenésico: < de un año Paridad: Primípara _____
> de dos años Multípara _____
no aplica Gran multípara _____

Factores de riesgo:

Fuma? _____ SI _____ N° _____ NO _____

Consume drogas? SI _____ que tipo? _____ NO _____

Toma licor? SI _____ Cuánto _____ NO _____

Antecedentes patológicos: Sufre de:

Cardiopatías SI _____ NO _____

Diabetes mellitus SI _____ NO _____

Nefropatías SI _____ NO _____

Enfermedades de transmisión sexual SI _____ Cuál _____ NO _____

Algún tipo de cáncer SI _____ NO _____

Otros _____

Patologías durante el embarazo: sufrió de alguna enfermedad durante el embarazo?

Hipertensión arterial inducida por el embarazo	SI_____	NO_____
Diabetes Mellitus gestacional	SI_____	NO_____
Infección perinatal	SI_____	NO_____
Hidramnios (poli u oligo)	SI_____	NO_____
Hemorragias	SI_____	NO_____
Amenaza de parto prematuro	SI_____	NO_____
Ruptura prematura de membranas	SI_____	NO_____
Otros	SI_____	NO_____

INSTRUMENTO N°3
GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Universidad de Costa Rica

Escuela de Enfermería

Licenciatura en Salud de la Mujer y Perinatología

Guía de observación no participativa estructurada de la consulta pre y post-parto.

Este formulario se elaboró con la finalidad de observar si la consulta pre y pos parto en los EBAIS, cuenta con los recursos, medios de diagnóstico, tiempo establecido para la consulta según normas establecidas a nivel nacional.

La tabla utilizada para lograr los resultados de la información es la siguiente.

80% - 100% =	Cumplimiento satisfactorio.
70% - < 80% =	Medianamente satisfactorio.
Menos de 70% =	Insatisfactorio.

De 30 a 35 preguntas afirmativas corresponden a cumplimiento satisfactorio

(80% - 100%).

De 24 a 29 preguntas afirmativas corresponden a cumplimiento medianamente

satisfactorio (70% - 80%).

Menos de 23 preguntas afirmativas corresponde a insatisfactorio (menos de 70%).

Recurso material:**SI****NO**

(1)

(2)

1. Gradilla.....
2. Biombo.....
3. Escritorio.....
4. Sillas.....
5. Mesa auxiliar para equipo.....
6. Basurero con bolsas.....
7. Equipo de diagnóstico con baterías.....
8. Camilla.....
9. Lámpara cuello de ganso.....
10. Cinta métrica.....
11. Sábanas.....
12. Paños.....
13. Balde con agua jabonosa.....
14. Frasco con alcohol al 70% y 90%.....
15. Frascos con espátulas y aplicadores.....
16. Tubos de ensayo estéril.....
17. Citofrascos.....
18. Porta láminas.....
19. Espéculos y guantes.....
20. Pinza de mota.....
21. Ordenes para centro de nutrición.....
22. Porta láminas de cartón para citologías.....
23. Papelería específica para la consulta.....
24. Histerómetro.....
25. Sábanas y papel periódico.....
26. Toallas sanitarias.....

--

--

	SI (1)	NO (2)
Medios de diagnóstico:		
27. Exámenes de laboratorio.....		
28. Radiología.....		
29. Ultrasonido.....		
Horas disponibles para la consulta.		
30. 4 horas.....		
31. 6 horas.....		
32. 8 horas.....		
Número de pacientes atendidas por hora según normas:		
33. 12 Usuarías.....		
34. 14 Usuarías.....		
35. 16 Usuarías.....		

INSTRUMENTO N°4
GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL POSPARTO

Universidad de Costa Rica
Escuela de Enfermería
Licenciatura en Salud de la Mujer y Perinatología

Estimada usuaria:

El objetivo de la presente entrevista es obtener información sobre aspectos relacionados con los factores que influyen en su asistencia o no a la consulta posnatal

El aporte que Usted pueda brindar en este cuestionario es de gran ayuda, ya que de esta forma se podrán identificar algunos factores que inciden en la baja cobertura a esta consulta; y de esta manera obtener una base objetiva para el establecimiento o elaboración de estrategias que mejoren la calidad de dicha consulta.

Es importante que responda de la manera más sincera y fidedigna de acuerdo con lo que le esté afectando en este momento, con la plena seguridad de que esta información es absolutamente confidencial.

A continuación se presentan una serie de preguntas con varias alternativas, léalas y sírvase responder cada una.

Muchas gracias por su valiosa cooperación.

Universidad de Costa Rica

Escuela de Enfermería

Licenciatura en Salud de la Mujer y Perinatología.

Entrevista dirigida a la usuaria en el postparto

Edad _____

Lugar de residencia _____

Peso _____

Medio de transporte _____

Talla _____

Es asegurada? _____

G _ P _ A _ C _

Espacio intergenésico _____

Profesión u oficio _____

Riesgo _____

Asistencia al control posnatal:

Recibió referencia a la consulta posparto? SI () NO ()

Recibió orientación con respecto a la consulta posparto? SI () NO ()

Recibió una hoja de referencia para asistir a la consulta posparto? SI () NO ()

Recibió orientación con respecto a los cuidados posparto? SI () NO ()

Durante la consulta de parto _____

Durante la hospitalización _____

Practica en forma efectiva la orientación recibida con respecto al pos parto? Especifique:

Explique en forma clara porqué no asistió a la consulta posparto _____

Conoce Usted a los cuántos días después del parto debe asistir a la consulta posparto?

Especifique _____

Durante la consulta posparto, fueron contestadas sus dudas y temores sobre su condición de salud?

Especifique: _____

- Recibió orientación educativa sobre los cambios que sufre su organismo?

Si _____ No _____

- | | | |
|---|----------|----------|
| • Deambulación temprana ? | Sí _____ | No _____ |
| • Nutrición | Sí _____ | No _____ |
| • Baño diario? | Sí _____ | No _____ |
| • Lavado de genitales? | Sí _____ | No _____ |
| • Cuidado de los pechos? | Sí _____ | No _____ |
| • Ejercicios para favorecer músculos abdominales? | Sí _____ | No _____ |
| • Complicaciones o síntomas de alarma | Sí _____ | No _____ |
| • Cuidados del recién nacido | Sí _____ | No _____ |
| • Cuidados de la episiotomía (si se le realizó) | Sí _____ | No _____ |
| • Planificación familiar | Sí _____ | No _____ |
| • Lactancia exclusiva | Sí _____ | No _____ |
| • Autocuidado de la madre en el puerperio | Si _____ | No _____ |
| • Signos de alarma en el puerperio | Si _____ | No _____ |

Otros Si _____ No _____

Especifique _____

Fueron atendidos Usted y el niño o la niña en dicha consulta? SI () NO ()

ANEXO

Nº 3

NORMAS TÉCNICAS DE ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL

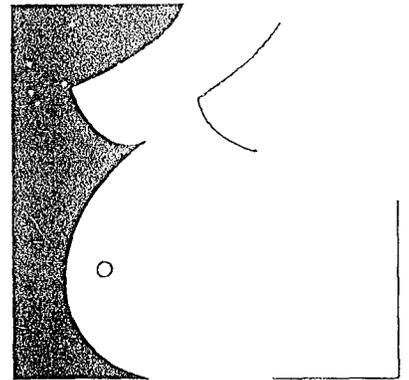
MINISTERIO DE SALUD
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

NORMAS TECNICAS DE ATENCION MATERNA Y PERINATAL



San José, Costa Rica
FEBRERO - 1994





CAPITULO I
ATENCION PRENATAL



1. DEFINICION

El control prenatal consiste en un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada, con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ésta y de su hijo(a)

2. OBJETIVO

Efectuar un control prenatal eficiente. Para esto, el control debe contemplar cinco requisitos básicos: extenso o de amplia cobertura, precoz o temprano, periódico o continuo, completo o integral y con enfoque de riesgo.

2.1. Extenso

Sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas), se podrán extender los objetivos del control prenatal a toda la población de embarazadas y aplicar con eficacia el enfoque de riesgo.

2.2. Precoz

El control prenatal deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control. Además, permite la identificación precoz de embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto, la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir y el lugar donde ésta ha de realizarse.

2.3. Periodico

Los controles deberán repetirse con una frecuencia y oportunidad que variarán según el grado de riesgo del embarazo. Las de alto riesgo necesitarán una mayor cantidad de consultas, cuyo número y momento estarán fijados por el tipo de problema que presenten. En un embarazo normal, la frecuencia de controles prenatales responde al siguiente esquema:

- a Durante las primeras 32 semanas, se hará un control prenatal por mes.
- b De la semana 32 a la 38, los controles se harán cada tres semanas.
- c De la semana 39 a la 42, los controles se harán cada semana.
- d A las 42 semanas o más, debe internarse.

Durante las primeras 20 semanas, la paciente debe tener por lo menos un control prenatal.

Debe considerarse que el mínimo aceptable en un embarazo de bajo riesgo debe ser de cinco controles prenatales.

2.4. Completo

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y de su hijo. Deberán representar, además, la aplicación práctica del conocimiento científico más actualizado.

2.5. Con enfoque de riesgo

Es necesaria la fijación de un criterio discriminador entre el alto y el bajo riesgo, así como para la referencia y contrareferencia.

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, ya que en algunos dicha probabilidad es mayor que en otros.

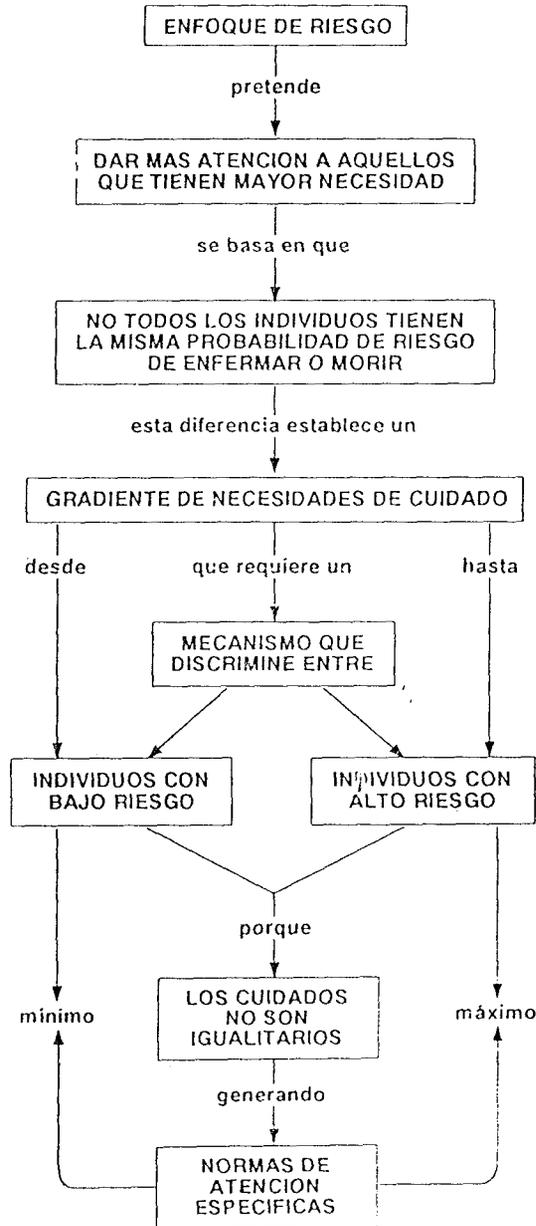
Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados, que va desde un mínimo para los individuos de bajo riesgo -o de baja probabilidad- de presentar el daño, hasta un máximo, necesario sólo para aquellos con alta probabilidad de sufrir alteraciones de salud en el futuro.

Las necesidades de salud del grupo de bajo riesgo se resuelven, en general, con procedimientos simples (primer nivel de atención). El de alto riesgo, generalmente, requiere técnicas más especializadas. Aunque algunos casos pueden ser resueltos en el primer nivel de atención, otros necesitan un segundo nivel, con personal y equipos más desarrollados.

En otras circunstancias, el problema requerirá de técnicas aún más avanzadas que pueden ser realizadas sólo por personal altamente especializado (tercer nivel de atención).

El cuadro I.1 ilustra lo referente al control prenatal eficiente con enfoque de riesgo.

CUADRO I.1. Fundamentos de la normatización del control prenatal, según enfoque de riesgo



3. PERSONAL

Secretaria, oficinista, auxiliar de enfermería o asistente de salud, médico o enfermera obstetra.

4. HISTORIA CLINICA Y DETERMINACION DEL RIESGO

La identificación de individuos de alto riesgo requiere de un instrumento discriminador.

La Historia Clínica Perinatal Simplificada Base (HCPSB) que empieza a utilizarse en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud, contempla en sí misma este instrumento discriminador de riesgo, como se aprecia en sus cuadros color amarillo, como señal de alerta (anexo I.1).

5. ACTIVIDADES DE CONTROL PRENATAL

Cada una de las actividades que deben realizarse en el control de un embarazo normal, responde a objetivos específicos, cuya consecución redundará en el mejoramiento de la salud de la madre y del niño. En el cuadro I.2, a continuación, se señalan estas actividades, así como sus objetivos y los responsables de ejecutarlas. Además, en el cuadro I.3 se incluye la cronología de dichas actividades.



CUADRO I.2. Actividades, objetivos y responsables del Control Prenatal.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	RESPONSABLES
Registro de los datos.	Servir de base para planificar el Control Prenatal.	Secretaria, auxiliar de consultorio, auxiliar de enfermería, enfermera obstetra, médico, asistente de atención primaria.
Interrogatorio.	Conocer información relevante para el embarazo.	Médico o enfermera obstetra.
Realización de examen físico.	Evaluar el estado clínico general de la gestante, su adaptación al embarazo y la presencia de patología en curso	Médico o enfermera obstetra.
Realización de examen odontológico.	Detectar procesos sépticos dentales para su ulterior tratamiento.	Médico o enfermera obstetra.
Realización de examen de mamas.	<ol style="list-style-type: none"> 1 Buscar signos de embarazo 2 Verificar funcionalidad del pezón 3 Detectar patología mamaria (tumores, secreciones) 	Médico o enfermera obstetra.
Realización de examen ginecológico.	<ol style="list-style-type: none"> 1 Buscar signos de certeza o probabilidad del embarazo 2 Detectar precozmente patología gineco-obstétrica. 	Médico o enfermera obstetra.
Toma de citología (de acuerdo con norma).	Detectar lesiones premalignas y malignas del cérvix.	Médico o enfermera obstetra.
Determinación de la edad gestacional y de la fecha probable del parto.	Fijar un cronograma que permita planificar las actividades de control y evaluación, modificaciones anatómo-funcionales de la embarazada y la salud fetal	Médico o enfermera obstetra.
Determinación de la hemoglobina.	Detectar la anemia materna	Laboratorio clínico
Determinación del grupo y Rh (anexo 4.6)	Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-infantil.	Laboratorio clínico.
Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades transmitidas por contacto sexual (anexo 4.7)	Prevenir, detectar y tratar precozmente enfermedades transmitidas por contacto sexual	Laboratorio clínico

Determinación de glicemia post-prandial.	Identificar diabetes.	Laboratorio clínico.
Realización de examen de orina general (anexo 4.5).	Detectar bacteriuria y leucocituria asintomática. Descartar proteinuria, glucosuria y cuerpos cetónicos en la orina. Identificar y tratar las infecciones del tracto urinario.	Laboratorio clínico. Laboratorio clínico Médico.
Medición del peso y talla maternas (anexo 4.3).	Evaluar el estado nutricional materno y el incremento de peso durante la gestación	Médico, enfermera obstetra.
Determinación de la presión arterial.	Pesquisar: - La hipertensión previa al embarazo. - El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo. - La hipotensión arterial.	Médico, enfermera obstetra o enfermera auxiliar.
Evaluación del crecimiento fetal.	Detectar oportunamente las alteraciones en el crecimiento fetal.	Médico o enfermera obstetra.
Evaluación de la cantidad de líquido amniótico.	Detectar patología fetal.	Médico o enfermera obstetra.
Diagnóstico de número de fetos	Detectar precozmente el embarazo múltiple, para prevenir complicaciones.	Médico o enfermera obstetra.
Determinación de la frecuencia cardíaca fetal	Valorar el bienestar fetal.	Médico o enfermera obstetra.
Determinación de los movimientos fetales.	Valorar el bienestar fetal.	Médico, enfermera obstetra, paciente
Prueba de cambio de posición de la paciente o ROLL OVER TEST (anexo 4.4)	Detectar futuras hipertensiones durante el embarazo en primigrávidas.	Médico, enfermera obstetra, auxiliar de enfermería.
Diagnóstico de presentación fetal.	Pesquisar las presentaciones fetales anormales.	Médico o enfermera obstetra.
Vacunación con D.T. (anexo 4 8).	Prevenir el tétano neonatal y puerperal.	Médico, enfermera obstetra o auxiliar de enfermería, asistente de atención primaria.

ACTIVIDADES**OBJETIVOS****RESPONSABLES**

Administración de hierro y ácido fólico	Prevenir anemia materna.	Médico o enfermera obstetra
Evaluación del riesgo materno fetal.	Definir el nivel de atención de la embarazada.	Médico o enfermera obstetra,
Educación para la salud.	Mejorar la salud de la familia.	Todo el equipo de salud
Llenado de la Libreta Obstétrica (referencia).	Procurar que la paciente lleve consigo una historia resumida de su embarazo en cada consulta y en el momento de ingresar al servicio de obstetricia.	Secretaria, auxiliar de consultorio, auxiliar de enfermería, enfermera obstetra, médico, asistente de atención primaria.
Realización de sesiones clínicas.	Discutir los casos de prenatal seleccionados, para elaborar un plan de seguimiento.	Todo el equipo de salud
Realización de visitas al hogar	Según las indicaciones tomadas por el médico o enfermera o si hubiera acuerdo en sesión clínica previa.	Trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor en salud, enfermera obstetra, médico, asistente de atención primaria.
Elaboración de informes.	Llevar un control estadístico de la consulta.	Oficina de bioestadística.
Análisis de la información	Evaluar y programar las actividades en el nivel local y como educación continua del equipo de salud.	Todo el equipo de salud.

CUADRO I.3. Cronología de las actividades para el control prenatal.

ACTIVIDADES PROPUESTAS	1ra CON- SULTA	CONSULTAS SUBSECUENTES				
		SEMANAS DE GESTACION				
		-de19	20-24	27-29	30-35	36+
Registro de datos	X					
Interrogatorio	X					
Examen físico	X					
Examen odontológico	X					
Examen de mama	X					X
Examen ginecológico	X					X
Toma de citología cérvico-urinaria (según norma)	X					
Diagnóstico de embarazo	X					
Edad gestacional	X	X	X	X	X	X
Hb, Hto	X				X	
Grupo Rh	X					
VDRL	X				X	
Glicemia post-prandial	X				X	
Orina general con técnica	X	X	X	X	X	X
Medición de talla	X					
Medición de peso en Kg	X	X	X	X	X	X
Medición de tensión arterial	X	X	X	X	X	X
* Medición de altura uterina	X	X	X	X	X	X
* Evaluación de cantidad de líquido amniótico	X		X	X	X	X
* Diagnóstico de número de fetos	X		X	X	X	X
* Frecuencia cardíaca	X		X	X	X	X
* Movimientos fetales	X		X	X	X	X
* ROLL OVER TEST			X	X	X	
* Presentación fetal	X			X	X	X
* Vacunación con DT			X		X	
Administración de hierro y ácido fólico	X	X	X	X	X	X
Evaluación del riesgo	X	X	X	X	X	X
Educación para la salud	X	X	X	X	X	X

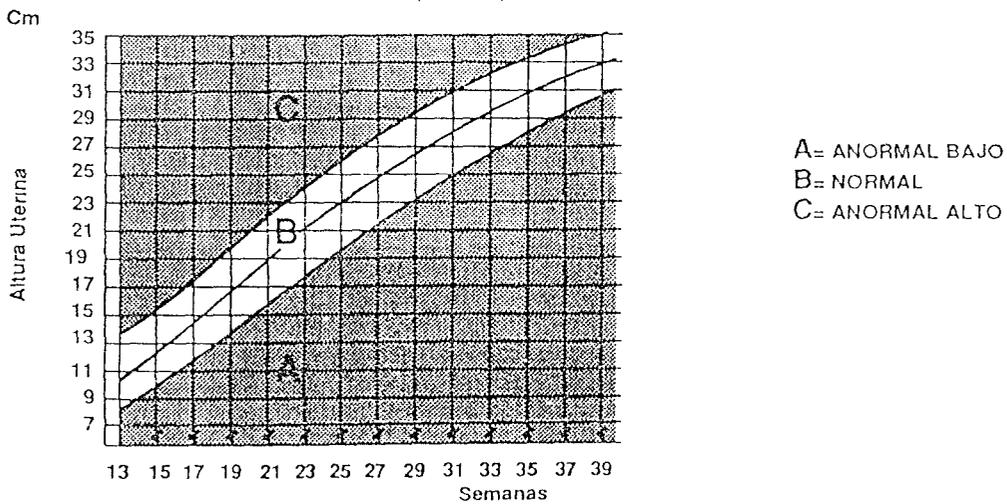
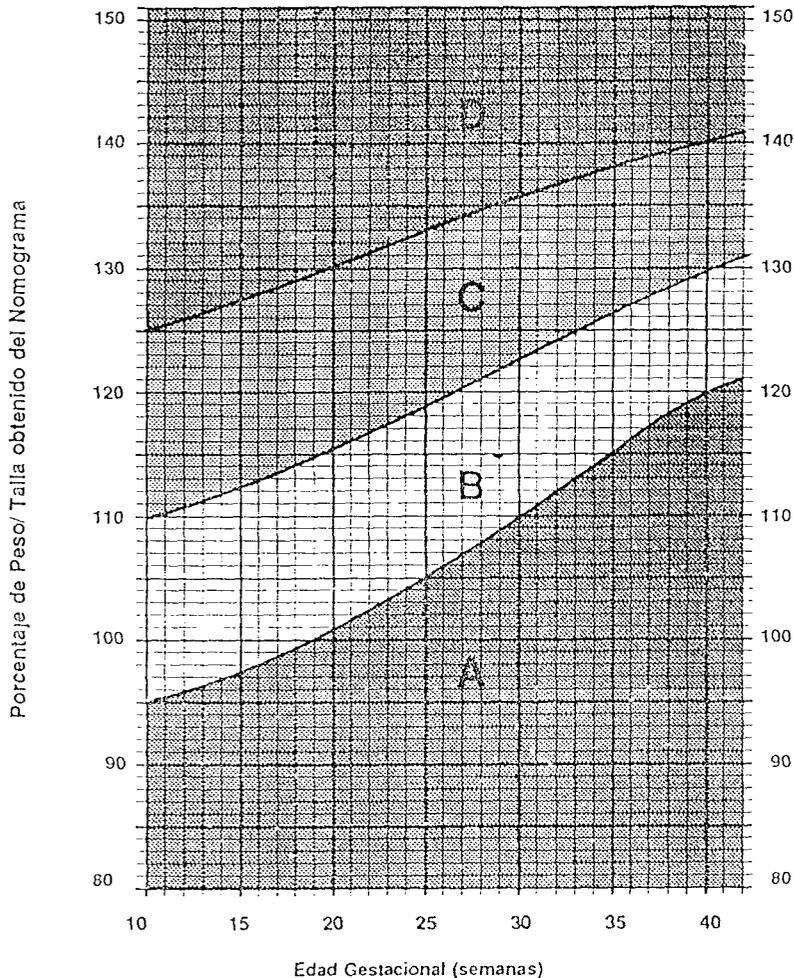
hasta 32 Sem. (cálculo) x mes
32 a 38 Sem 4/3 Sem
39 a 42 " 2/sem.
420+ Se interna

PA gestada y acostada 15' entre 110-140 (±)
Crec. intraut.
1ra

Este color significa ALERTA

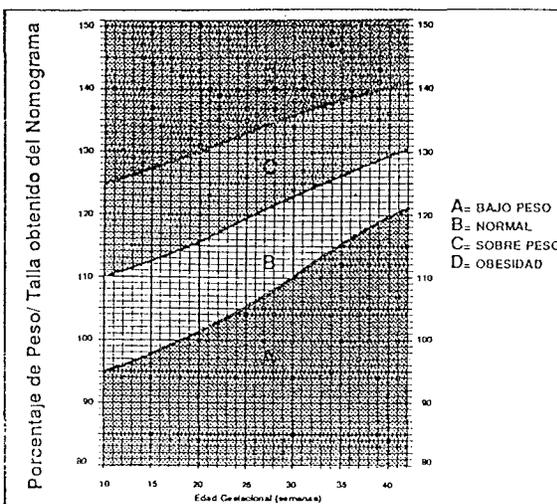
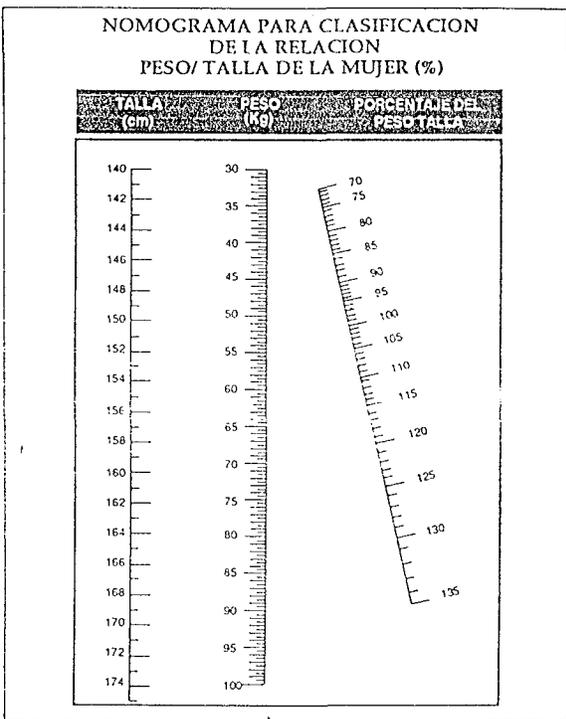
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		MINISTERIO DE SALUD		ESTABLECIMIENTO		CODIGO		Nº CEDULA																																																																																																						
APELLIDOS Y NOMBRES						NOMBRE																																																																																																								
DOMICILIO				EDAD	ALFABETA	ESTUDIOS	AÑOS APROBADOS	ESTADO CIVIL		FUMA																																																																																																				
				Años Menor de 15 Mayor de 35	SI NO	Ning Sec Prim Univ		Casada Unión Libre Soltero	NO SI		Cuántos																																																																																																			
LOCALIDAD				OBSTETRICOS		NAC VIVOS		VIVEN		ALGUN RN PESO MENOS DE 2500 g																																																																																																				
ANTECEDENTES FAMILIARES		PERSONALES		ABORTOS		VAGINALES		MUEREN 1º sem		NO SI																																																																																																				
Diabetes		Diabetes		Anotar el número de		CESAREAS		MUEREN después 1º sem		NACIMIENTO CON MAYOR PESO																																																																																																				
TBC pulmonar		Hipertensión crónica		PARTOS																																																																																																										
Gemelares		Cirugía pélvico-uterina		GESTAS																																																																																																										
Otros		Otros		Ninguno o más de 3 partos																																																																																																										
EMBARAZO ACTUAL				QUEDAS	ANTITETANICA PREVIA	ACTUAL	GRUPO	HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO		TRASLADO																																																																																																				
Peso anterior		Talla (cm)		NO SI	1º 2º/R		Rh + -	NO SI	NO SI	Día Mes Año																																																																																																				
Kg		cm			MES GESTA		Sensibilidad	Das	Lugar																																																																																																					
Ex CLINICO NORMAL	Ex MAMAS NORMAL	Ex ODONTOL NORMAL	PELVIS NORMAL	PAP NORMAL	CELEPOSI/OPIA NORMAL	CERVA NORMAL	VDRL	Día Mes		Día Mes																																																																																																				
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	- +																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIENSI: TA (P)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>FECHA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SI MANAS DE AMENORRREA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLACENTA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TENSION ARTERIAL Max. Min. (mm Hg)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACT. UTER. / PRESENT. Pos. fondo / Act. Pres. Ir. F.C.T. (1 min) / MOV. FETAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDICAMENTOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Personal</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Med. (M) Ent. (E)</td> <td></td> </tr> </table>												CIENSI: TA (P)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	FECHA											SI MANAS DE AMENORRREA											PLACENTA											TENSION ARTERIAL Max. Min. (mm Hg)											ACT. UTER. / PRESENT. Pos. fondo / Act. Pres. Ir. F.C.T. (1 min) / MOV. FETAL											MEDICAMENTOS											Personal											Med. (M) Ent. (E)										
CIENSI: TA (P)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																				
FECHA																																																																																																														
SI MANAS DE AMENORRREA																																																																																																														
PLACENTA																																																																																																														
TENSION ARTERIAL Max. Min. (mm Hg)																																																																																																														
ACT. UTER. / PRESENT. Pos. fondo / Act. Pres. Ir. F.C.T. (1 min) / MOV. FETAL																																																																																																														
MEDICAMENTOS																																																																																																														
Personal																																																																																																														
Med. (M) Ent. (E)																																																																																																														
FACTORES DE RIESGO OBSERVACIONES						PATOLOGIA EMBARAZO PARTO PUERPERIO <input type="checkbox"/> Embarazo multiple <input type="checkbox"/> Desproporción cel. pelv <input type="checkbox"/> Hipertensión previa <input type="checkbox"/> Hemorragia 1er trim <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Hemorragia 2º trim <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hemorragia 3er trim <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Anemia crónica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ruptura prematura memb <input type="checkbox"/> Infección urinaria <input type="checkbox"/> Infección puerperal <input type="checkbox"/> Otras infecciones <input type="checkbox"/> Hemorragia puerperal <input type="checkbox"/> Parasitosis <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Amenaza parto prematuro <input type="checkbox"/> Ninguna																																																																																																								
PARTO/ABORTO		EDAD GESTA	TAMANO FETAL	INICIO	MEMBRANAS			Fecha ruptura		Cef																																																																																																				
Día Mes Año		Menor 3 Mayor 12	SI NO	Exp	Int	Hor	Día	Mes																																																																																																						
TERMINACIÓN		NIVEL DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		PARTO		NEONATO		Nº - SI CLIN RN																																																																																																				
Esp. Les. Forc. Dra.		3º 2º 1º Domic. Otro		Medica Ent. Obst. Int. Univ. Est. Aux. Ent.		PARTO		NEONATO		Nombre RN																																																																																																				
NO SI Desgarros		SI NO Placenta comp. SI NO Parto momento		PARTO		NEONATO		Nombre		Nombre																																																																																																				
MEDICACION EN PARTO																																																																																																														
RECIENTE NACIDO		PESO AL NACER		EDAD POR Ex FISICO		PESO/EG		EX FISICO INMEDIATO		PUERPERIO																																																																																																				
F. SEXO M. APGAR minuto 1º 5º		Menor 2500 g		Menor de 37		Adec. Pés. G.		No. No. Andria		MS o DIAS POST PARTO o ABORTO																																																																																																				
TALLA		EX FISICO PREALTA		EX NEUROL		PAROJAS		AUMENTO		TEMPERATURA																																																																																																				
PER CEF		Normal Anormal		Normal Anormal Ductoso		Otras SDR M. h. S. h. Apneas Hemorragia		Pecho Mista Anl		PULSO arterial																																																																																																				
RN CON LA MADRE		EGRESO RN		EDAD AL TRASLADO		EDAD AL FALLECER		Egreso materno		TENSION ARTERIAL Max. Min. (mm Hg)																																																																																																				
SI NO		Sano Frasnado Con Pat. Fallece		Día Mes		Día Mes		Sana Trasnado Con Pat.		VOLUME UTERINA																																																																																																				
								Muerte materna en		CARACTERISTICAS DE LOQUIOS																																																																																																				
								Embarazo Pano Puerpero		Método AC																																																																																																				
								Cordon Ligadura de trompas DIU Oral Otro		NINGUNO																																																																																																				

DPI. 4-70-03-3000



CONTROL DE CRECIMIENTO
INTRAUTERINO

CONTROL DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO



obtiene el número de kilogramos que la madre debe aumentar en lo que resta de su embarazo. Por ejemplo, una madre de bajo peso que mide 1,54 m y que tiene un peso final recomendado de 120% debe pesar 64 kg en la semana 40. Si en la semana 12 pesa sólo 50 Kg necesitaría aumentar 14 Kg.

INSTRUCCIONES

1- Uso de la curva

Se establece primero la talla, peso y edad gestacional de la paciente.

Enseguida, usando el nomograma anexo de la curva se calcula el porcentaje de peso estándar correspondiente a la talla y peso de la madre. Para esto basta unir con una línea recta los valores de Talla y Peso y anotar el valor del punto en que la prolongación de la recta "corta" la línea "Porcentaje del Peso/Talla". Este valor corresponde al porcentaje de peso estándar de la madre. Esta cifra se busca en la gráfica de la hoja de "Control de Crecimiento Intrauterino" en Porcentaje de Peso/Talla obtenido del nomograma y se enfrenta a la edad gestacional en que se realizó la medición.

Ejemplo:

Para una mujer que mide 1,54 m. y pesa 55 kg su porcentaje estándar corresponde a 102% en el control.

2- Categorías de estado nutricional

La curva señala con áreas sombreadas las siguientes categorías de estado nutricional:

Bajo peso: Corresponde al área A.

Normal: Corresponde al área B.

Sobre peso: Corresponde al área C.

Obesidad: Corresponde al área D.

Cuando el Peso/Talla materno se ubica sobre línea divisoria de categoría de peso, la madre se clasifica en la categoría inmediatamente inferior.

3- Peso deseable de término

Además de permitir el cálculo del porcentaje del peso estándar, el nomograma permite calcular el peso deseable al término del embarazo. Este cálculo es útil en las pacientes de Bajo Peso inicial, ya que las madres en el área Normal (área B) deben aumentar por lo menos 12 kg. Y aquellas en Sobre peso (área C) y Obesidad (área D) un mínimo de 7,5 Kg. Sin embargo es importante saber el peso deseable de una madre con Bajo Peso inicial (área A), para orientar el tratamiento nutricional. Para esto se une el valor de talla materna con el peso 120% y se observa el valor de peso que corta esta recta imaginaria; ese es el peso deseable al término del embarazo. A este valor se resta el peso actual de la madre y se

4- Incrementos de peso

El aumento de peso del embarazo no es un fenómeno uniforme. Toda mujer normal tiene periodos de incrementos que se apartan del promedio. La curva permite graficar estas fluctuaciones y reconocer aquellas desviaciones que, por su magnitud, requieren la atención del personal de salud. Para este fin es necesario usar como "canal de aumento de peso" a la pequeña área limitada por las líneas de incremento situadas inmediatamente por arriba y por debajo del punto en que se sitúa el porcentaje de peso inicial de la madre en observación.

Cuando en controles sucesivos al aumento de peso de la madre "se sale" de este canal, ya sea por exceso o por déficit, se recomienda evaluar cuidadosamente la situación. La única excepción son los casos en que el peso materno estaba ubicado sobre una de las líneas o muy cerca de una de ellas.

En este caso, se recomienda observar la evolución hasta un próximo control prenatal. Cuando se comprueba, de la manera descrita, un déficit en el aumento de peso, esto se define como "Bajo incremento".

5- Casos especiales de interpretación de la curva

Adolescentes:

La curva puede subestimar los incrementos moderados de adolescentes que han concebido dentro de un período de 4 años después de la menarquia. A este grupo de madres jóvenes se les recomienda incrementar 1 Kg. adicional a los que indica la curva (en peso deseable de término).

Talla alta:

La curva no incluye valores para madres cuyas tallas excedan los límites incluidos en el nomograma. Para estos casos excepcionales se sugiere un incremento ponderal de 7,5-10,5 Kg. si la madre es obesa, 10,5-13,5 Kg. si aparece normal, y superior a 13,5 Kg. si aparece enflaquecida.

Pesos extremos:

Si la obesidad de la madre es muy marcada (peso inicial superior a un 135% de la norma) debe recomendarse un incremento ponderal de 7,5-10,5 Kg.

Si una mujer muy enflaquecida llegara a embarazarse (peso en la semana gestacional 10-12 inferior a un 80% del estándar) inicialmente debe recomendarse una ganancia ponderal mínima de 15-17 Kg.

Una vez lograda cierta mejoría, los valores de peso podrán graficarse en la Curva Patrón.

SECCION MATERNA
DEPTO. MEDICINA PREVENTIVA



TECNICA

Ponga a la paciente en reposo en decúbito lateral por 15 minutos. Tome T A

Ponga a la paciente en reposo en decúbito dorsal por 15 minutos. Tome T.A.

PRUEBA POSITIVA

Si la tensión arterial mínima tomada en decúbito dorsal es 20 puntos más que la mínima en decúbito lateral.

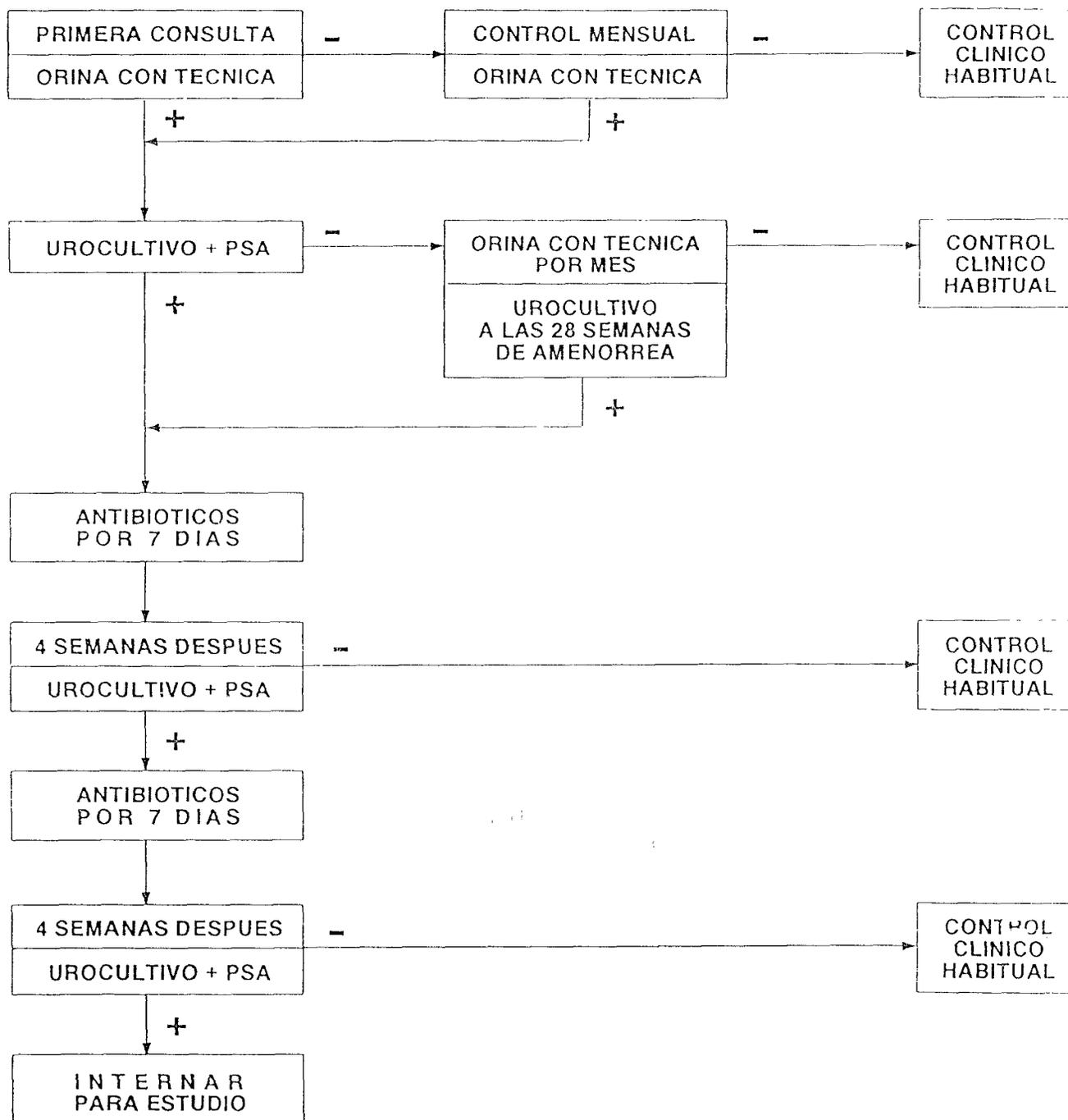
En caso de ser positiva, citar a la paciente cada 15 días hasta la 37 y luego, una vez por semana, en busca de signos y síntomas de pre-eclampsia

CONSEJOS

- Tener un examen de orina en cada consulta.
- Insistir en la dieta abundante en líquidos
- Reposo en decúbito lateral izquierdo
- Autocontrol del peso
- Disminuir ingesta de sal
- Regular la dieta
- Autocontrol de signos de pre-eclampsia.

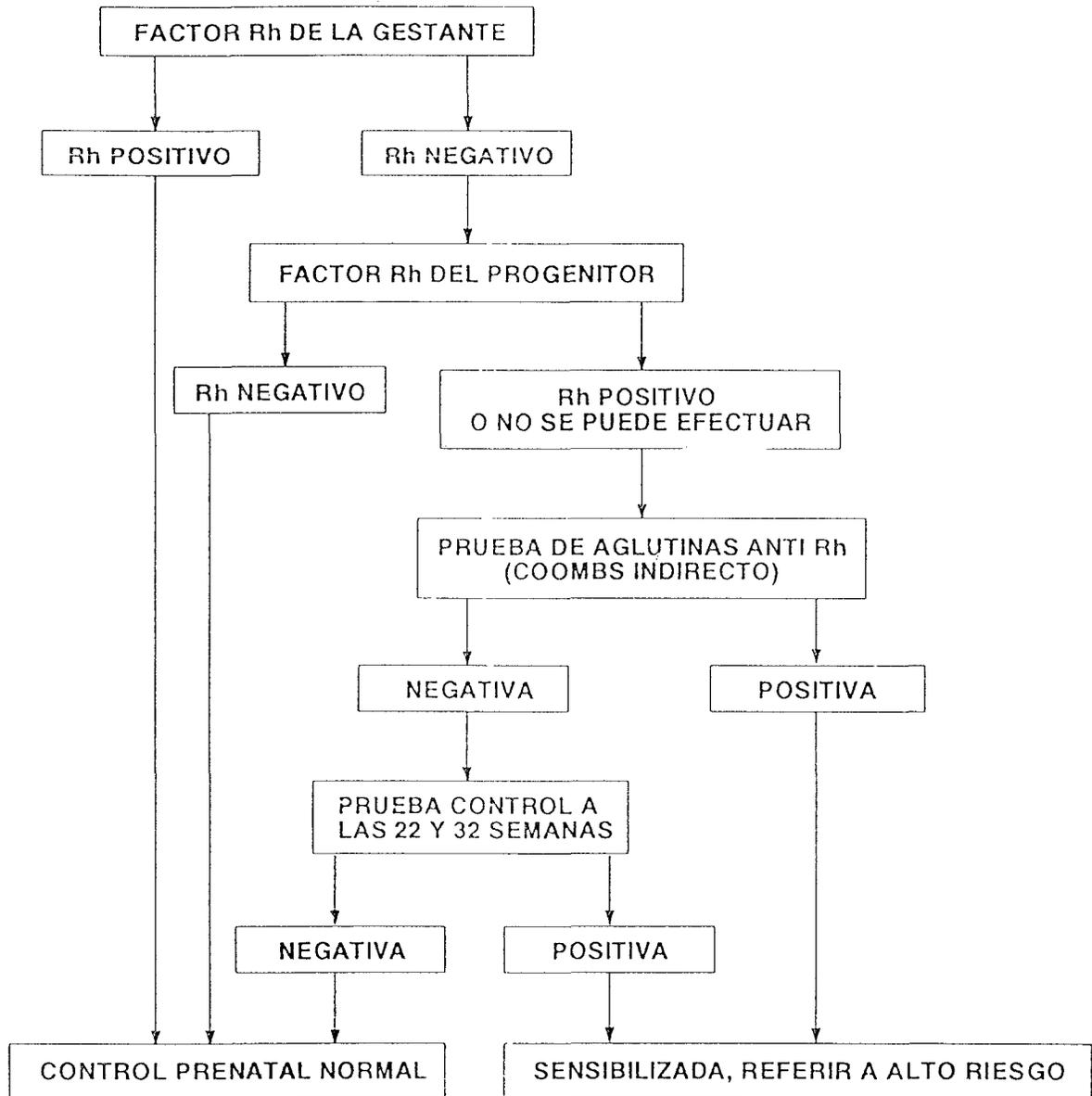
Las actividades por realizarse en la primera consulta prenatal deberán cumplirse en su totalidad, independientemente de la edad gestacional en que se inicie el control prenatal, con excepción de aquellas marcadas con *, cuya obtención sí dependerá de la edad gestacional

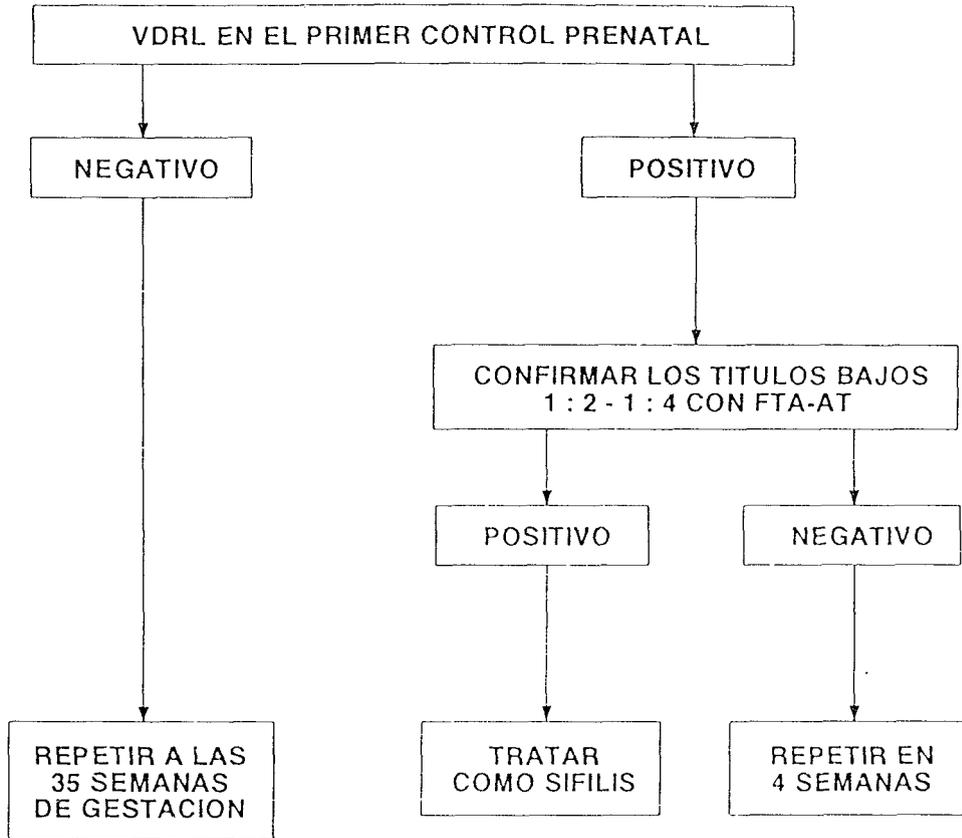
Cualquier hallazgo anormal en la evolución de los parámetros enumerados, debe ser considerado como un factor de riesgo, para evaluarse de acuerdo con los anexos que se adjuntan en este documento y de acuerdo con el nivel de atención que corresponda

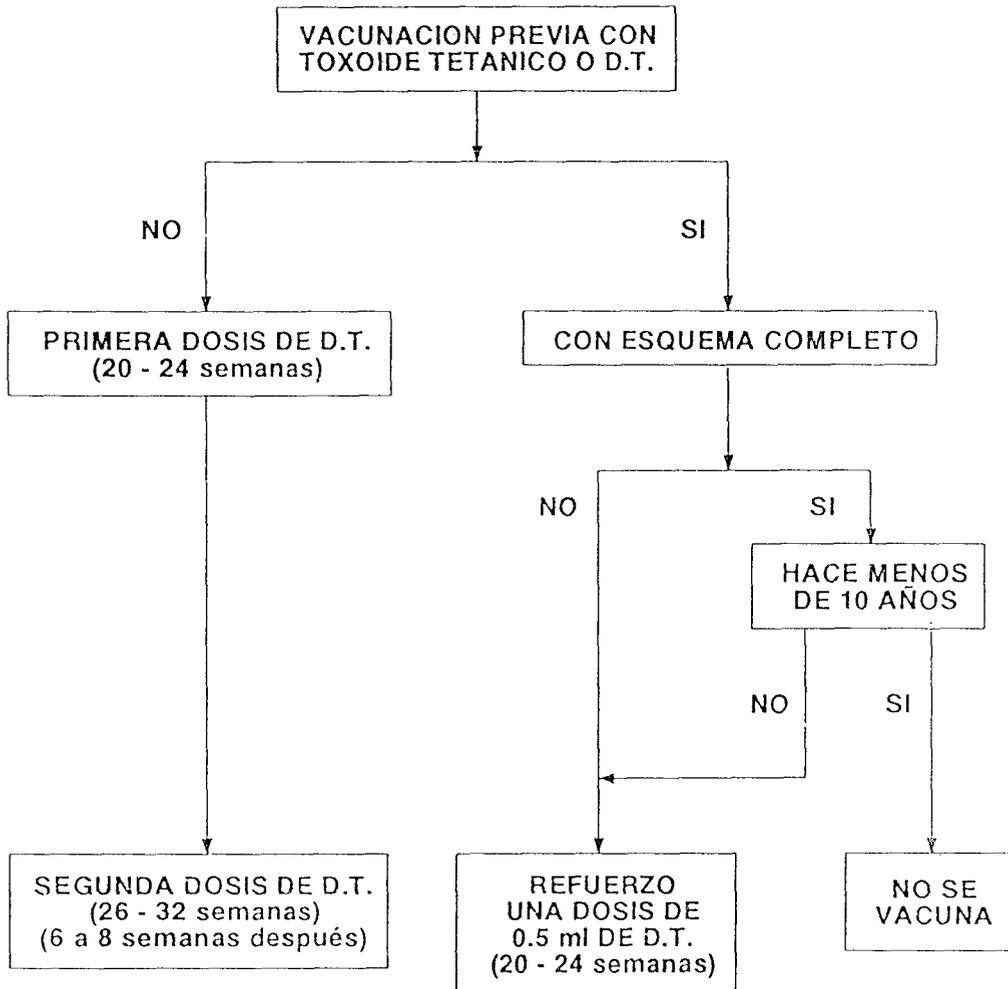


- NOTAS:
- Orina con Técnica con más de 10 leucositos o nitritos positivos, es POSITIVA
 - Toda paciente con urocultivo (+) en su embarazo, debe hacerse un urocultivo + PSA a las 6 semanas posparto.

ANEXO I.6. Flujograma para el manejo del factor Rh.







ANEXO

Nº 4

*ATENCIÓN POSAPARTO Y
POSABORTO*

1. DEFINICION

El control posparto y posaborto consisten en una serie de actividades que se llevan a cabo con la puérpera, con la finalidad de obtener un mejor grado de salud para ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido.

2. OBJETIVO

Efectuar un control posparto o posaborto eficiente. Para esto, el control debe contemplar cuatro requisitos básicos: extenso, precoz, completo e integral y educativo.

2.1. Extenso:

Sólo en la medida en que la población blanco sea vigilada en su totalidad y sea usuaria de los servicios de control posparto y posaborto y de planificación familiar, los servicios de salud del país podrán cumplir sus objetivos de cobertura y calidad.

2.2. Precoz:

El control debe ser precoz, a los 8 días y al mes del nacimiento para detectar oportunamente el estado de salud en el puerperio, orientar a la madre con el recién nacido, así como la orientación sobre planificación familiar.

2.3. Completo e integral:

Los contenidos mínimos de control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, rehabilitación y prevención de patologías de la puérpera y del recién nacido. Deberá representar, además, la aplicación práctica del conocimiento científico más actualizado.

2.4. Educación:

Las puérperas deberán conocer los síntomas y signos de alarma en ellas y en el recién nacido para su consulta, además de su fisiología del puerperio. Esta educación debe darse previamente al parto, dentro de la consulta prenatal y en los cursos de preparación para el parto

Se establecerán factores de riesgo con el fin de discriminar a las pacientes y a los recién nacidos que deban ser seguidos de cerca en las consultas especializadas.

Selección de las actividades del control de normas.

Cada una de las actividades que deben realizarse en el control, responde a objetivos específicos, cuya consecución redundará en el mejoramiento de la salud de la madre y el niño(a).

Cada maternidad deberá tener el personal requerido, para comunicar a los centros periféricos de referencia los partos y abortos, así como otras formas de terminación del embarazo del día anterior y la dirección reciente para localización exacta.

3. PERSONAL

- Técnico en atención primaria.
- Oficinista.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de salud rural en puestos de salud y unidades móviles
- Médico.
- Enfermera obstetra y enfermera general

4. ORGANIZACION DE ACTIVIDADES

El siguiente cuadro resume las actividades, objetivos y responsables de la Atención Posparto y Posaborto

CUADRO IV.1. Resumen de las actividades, objetivos y responsables de la Atención Posparto y Posaborto.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	RESPONSABLES
Referencia-contrareferencia.	Comunicar a unidad periférica los datos de la terminación del parto o aborto.	Personal responsable de la atención del parto o aborto.
Registro de datos.	Servir de base para la planificación del seguimiento de la puérpera y del recién nacido	Secretaria, auxiliar de consultorio, auxiliar de enfermería, enfermera o médico, asistente de atención primaria
Interrogatorio.	Conocer información relevante del parto o del aborto y del recién nacido.	Médico, o en su defecto, la enfermera obstetra
Examen físico.	Evaluar el estado clínico general de la puérpera y la presencia de patología en curso. Evaluar el estado clínico del recién nacido.	Médico, o en su defecto, la enfermera obstetra
Examen odontológico.	Detectar procesos patológicos dentales para su ulterior tratamiento.	Médico, o en su defecto, la enfermera obstetra
Examen de mamas.	Ver funcionalidad del pezón y colecciones o signos de infección.	Médico, o en su defecto, la enfermera obstetra
Examen ginecológico.	Buscar signos de infección, comprobar la involución uterina, el estado perineal y la integridad del cérvix y la vagina.	Médico, o en su defecto, la enfermera obstetra
Determinación de hemoglobina.	Detectar anemia.	Laboratorio clínico
Medición de peso y talla.	Evaluar el estado nutricional. Detectar desnutrición u obesidad.	Médico, enfermera obstetra o auxiliar de enfermería
Determinación de tensión arterial.	Detectar hipertensión arterial.	Médico, enfermera obstetra o auxiliar de enfermería
Administración de hierro y ácido fólico.	Prevenir anemia	Médico o enfermera obstetra

ACTIVIDADES**OBJETIVOS****RESPONSABLES**

Evaluación del riesgo reproductivo.	Definir el riesgo para un futuro embarazo.	Médico o enfermera obstetra
Educación para la salud.	Mejorar la salud de la familia.	Todo el equipo de salud
Llenado del carné perinatal.	Llevar el control del estado de salud de la madre y el recién nacido.	Secretaria, auxiliar de consultorio, auxiliar de enfermería o médico.
Realización de visitas al hogar.	Vigilar el estado de salud de la madre e hijos, de acuerdo con normas establecidas.	Trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor en salud, enfermera obstetra o médico
Realización de sesiones clínicas.	Analizar casos seleccionados para elaborar un plan de seguimiento y para atención y educación continua del personal.	Equipo de salud responsable de la atención
Elaboración de informes	Contar con la información adecuada para la programación y reprogramación locales.	Oficina de bioestadística
Análisis de la información	Evaluar y programar las actividades en el nivel local.	Todo el equipo de salud

5. CLASIFICACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN EL POSPARTO

5.1. Factores socioeconómicos:

- Ingresos inadecuados.
- Vivienda inadecuada.
- Patología sicosocial.
- Adolescentes menores de 15 años o con patología bio-sico-social
- Desnutrición.
- Ocupación de riesgo.
- Desempleo.

5.2. Factores demográficos:

- Edad materna bajo 15 años o sobre 35 años.
- Sobre o bajo peso antes del embarazo.
- Altura menor de 1.50 metros.
- Instrucción de 6 años en la mujer.
- Historia familiar de desórdenes hereditarios

5.3. Factores médicos:

5.3.1 Historia obstétrica.

- Embarazo ectópico o aborto espontáneo previo.
- Gran múltipara (5 o más partos).
- Muerte perinatal.
- Anormalidades uterinas o cervicales.
- Gestación múltiple previa.
- Parto o labor prematura previa.
- Labor prolongada previa.
- Cesárea previa.
- Niños de bajo peso al nacer previos
- Macrosomas previos.
- Parto por forceps previo.
- Niños con déficit neurológico, lesiones del parto o malformaciones previas.
- Mola hidatidiforme o coriocarcinoma previo.

5.3.2 Historia médica materna

- Enfermedades cardíacas maternas.

- Enfermedades pulmonares maternas
- Enfermedades metabólicas maternas (diabetes mellitus, enfermedades tiroideas).
- Enfermedad renal crónica, infecciones urinarias repetidas o bacteriuria repetida
- Enfermedades gastrointestinales maternas
- Alteraciones endocrinas maternas (hipófisis o suprarrenal).
- Hipertensión arterial crónica
- Enfermedades transmitidas por contacto sexual (sífilis, gonorrea, SIDA)
- Malignidad.
- Cirugía durante el embarazo
- Anomalías congénitas mayores en el tracto reproductivo.
- Retardo mental materno y desórdenes emocionales grandes

5.4. Condición obstétrica del último embarazo:

- Control prenatal tardío o nulo
- Sensibilización Rh.
- Feto inapropiadamente grande o pequeño para la gestación.
- Trabajo de parto prematuro
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Gestación múltiple.
- Poli-hidramios
- Rotura prematura de membranas.
- Sangrado del primer trimestre
- Sangrado del tercer trimestre
- Presentaciones anormales
- Post madurez.
- Resultados anormales de bienestar fetal
- Anemia materna.

5.5. Hábitos:

- Tabaquismo.
- Ingestión de alcohol.
- Uso y abuso de drogas.

MINISTERIO DE SALUD
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

**NORMAS OPERATIVAS
DE ATENCION MATERNA Y PERINATAL**

San José, Costa Rica
FEBRERO - 1994

M^o Eugenia Bermúdez Campos.

CONTENIDO

	PAG
CAPITULO I	
ATENCIÓN PRENATAL	7
1. Atención primaria	9
2. Atención prenatal	10
A. Información y registro	10
B. Preconsulta	11
C. Consulta	12
D. Posconsulta	15
3. Visita domiciliar	16
4. Programación	17
CAPITULO II	
ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL	21
1. Admisión	23
2. Preparo. Salón de maternidad	25
3. Labor de parto. Sala de labor	26
4. Período expulsivo. Sala de expulsivo	28
5. Puerperio hospitalario. Salón de maternidad	30
6. Egreso hospitalario	31
7. Anexo	33
CAPITULO III	
ATENCIÓN POSPARTO Y POSABORTO	35
1. Atención primaria	37
2. Atención posparto y posaborto	38
A. Información y registro	38
B. Preconsulta	39
C. Consulta	40
D. Posconsulta	42
3. Programación	43
CAPITULO IV	
ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO DE TERMINO SANO	47
1. Atención inmediata	49
2. Atención mediata	50
3. Alojamiento conjunto	51
4. Egreso hospitalario	52
5. Anexo	53
CAPITULO V	
ATENCIÓN PLANIFICACION FAMILIAR	55
1. Atención primaria	57
2. Atención en planificación familiar	58
A. Información y registro	58
B. Preconsulta	60
C. Consulta	61
D. Posconsulta	63
3. Programación	64
4. Anexo	67

CAPITULO I
ATENCION PRENATAL



1. ATENCION PRIMARIA



RECURSO HUMANO: Técnico en Atención Primaria



OBJETIVO GENERAL: Que el personal de Atención Primaria ofrezca servicios a la embarazada con eficacia y eficiencia, utilizando el enfoque de riesgo.

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Aplicación del enfoque de riesgo para captar y clasificar a las embarazadas	<p>Cobertura del 100 %</p> <p>Utilizar el instrumento de enfoque de riesgo familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I Con riesgo - II Sin riesgo - III Alto riesgo 	Programar con base en prioridades y aplicar el enfoque de riesgo familiar.
Detección precoz de la embarazada	Primer trimestre de embarazo	Trabajar en equipo, involucrando a los SILOS establecidos, comités de salud, otras instituciones, parteras empíricas y líderes comunitarios
Planeamiento de la visita al hogar	<p>Se da prioridad a embarazadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con pérdida de citas - con riesgo obstétrico - con problemas de tipo social - que tengan planes de parir en el hogar - que el C.T.L. decida, con base en el diagnóstico de salud, en dónde están integrados 	<p>Actualizar el croquis de conjunto</p> <p>Utilizar el registro de seguimiento de casos</p> <p>Planear el seguimiento de casos por referencia de médico, enfermera y otras disciplinas</p>
Realización de las visitas.	Segun criterio anterior	<p>Entrevistar a la embarazada</p> <p>Tomar signos vitales</p> <p>Educar de acuerdo a trimestre: I, II, III</p> <p>Dar seguimiento a fecha de dosis de vacunación básica, fecha de refuerzo y llevar registro de vacunas (ficheros)</p> <p>Referenciar a control médico y obstetra</p> <p>Distribuir hierro, ácido fólico y otros según indicación facultativa</p> <p>Fomentar el curso de parto sicofísico.</p> <p>Registrar la visita elaborando resúmenes de las observaciones hechas y trabajo realizado</p>

2. ATENCION PRENATAL

A. INFORMACION Y REGISTRO



RECURSO HUMANO: Secretaria u oficinista. Auxiliar de Enfermería o Asistente de Salud en Puesto de Salud.



OBJETIVO GENERAL: Inscribir en la consulta prenatal a todas las mujeres embarazadas que solicitan o son referidas para la atención.

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Determinación de:

- Caso nuevo

Mujer embarazada que llega por primera vez a la consulta prenatal

Saludar amablemente y solicitar la cédula y otros documentos a la usuaria

Si tiene expediente lo solicita al archivo, si no lo tiene, le confecciona uno y le adjunta la Historia Clínica Perinatal Simplificada Base, le llena la tarjeta índice y calendario

- Caso subsecuente

Mujer embarazada que llega por segunda o más veces a la consulta prenatal

El día de la consulta, la encargada de archivo recoge el Carné Perinatal de las pacientes que se presenten y según orden de llegada, selecciona los expedientes del grupo que alistó el día anterior, luego los pasa a la sala de preparación, con sus tarjetas calendario, de cita y pases de atención

Posteriormente se recogen las tarjetas de cita de las pacientes que han llegado tarde o sin cita y, siguiendo en mismo procedimiento anterior, pasa los expedientes a la sala de preparación

Promoción de la consulta

En los puestos de salud, con anterioridad a la consulta y de acuerdo con el calendario establecido, se avisará a las usuarias la fecha de la consulta

Inscripción de las usuarias.

- Que son referidas

No rechazar ninguna paciente sin previa valoración por personal calificado

Inscribir a todas las pacientes que sean referidas

- Paciente que llega tarde o sin cita

Pedir la valoración de personal calificado tomando criterio médico y social, quien determinará si requiere consulta inmediata o si se le cita para otro día

Pasar los expedientes a la sala de pre-consulta

Orientar a la usuaria amablemente

B. PRECONSULTA



RECURSO HUMANO: Auxiliar de Enfermería. Técnico en Atención Primaria.



OBJETIVO GENERAL: Preparar con anterioridad la consulta prenatal y dar prioridad a las pacientes cuyo riesgo lo amerite.

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Organización de la consulta prenatal en el Puesto de Salud y Centro de Salud	El día de la visita del médico o enfermera obstetra al puesto de salud, el personal permanece en él, siendo el responsable de la selección, preparación y asistencia a la usuaria	Saludar amablemente, seleccionar y preparar a las usuarias, dando preferencia a las de mayor riesgo. Tener preparados los expedientes Pasarse los expedientes a la sala de consulta.
Entrevista a la embarazada		Interrogar sobre datos generales y llenar la hoja Historia Clínica Perinatal Simplificada Básica (H C P S.B).
Educación.		Dar educación según necesidades y edad de embarazo.
Control de peso, talla, presión arterial y temperatura.		Pesar en kilogramos y medir en centímetros a todo caso y anotar en la casilla correspondiente. Tomar presión arterial a toda embarazada, según técnica y anotar en la casilla correspondiente. Tomar temperatura en caso necesario
Registro de datos		Anotar en las hojas del expediente los hallazgos y llenar las casillas correspondientes. Pasarse los expedientes a la sala de consulta.



C. CONSULTA



RECURSO HUMANO: Médico y Enfermera Obstetra



OBJETIVO GENERAL: Control periódico de la gestante desde el inicio del embarazo, para verificar el normal desarrollo del mismo, clasificar el riesgo, corregir sus desviaciones, impartir educación y tomar las medidas apropiadas para la adecuada atención del parto, aplicando en sistema de referencia y contrareferencia oportuno.

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Entrevista a la paciente.

Saludar amablemente e interrogar a la embarazada sobre su estado general, haciendo énfasis en factores de riesgo

Revisar y completar la historia clínica perinatal simplificada

Determinación de la edad gestacional y la fecha posible de parto.

Se considera como duración normal del embarazo un periodo de 40 semanas para la fecha probable de parto, al primer día de la última menstruación más doce meses, se le agregan siete días y se retroceden tres meses

Usar el calendario especialmente diseñado

Calcular la edad gestacional por fecha de última regla y calcular la fecha probable de parto, aplicar el método clínico en caso necesario

Evaluación del dato de peso y presión arterial anotado por el auxiliar de enfermería, así como del estado nutricional materno y el incremento de peso durante la gestación.

Instrucciones para el uso de la curva de ganancia de peso materno:

- Se establece primero la talla, peso y edad gestacional de la embarazada. Enseguida, usando el nomograma anexo a la curva, se calcula el porcentaje de peso estándar correspondiente a la talla y peso de la madre. Esta cifra se busca en la gráfica de control de crecimiento intrauterino, en porcentajes de peso por talla, obtenido en el nomograma y se enfrenta a la edad gestacional en que se realizó la medición

- Cuando en controles sucesivos el aumento de peso de la madre se sale de la categoría, ya sea por exceso o déficit, se recomienda evaluar cuidadosamente la situación. La única excepción son los casos en que el peso materno estaba ubicado sobre una de las líneas o muy cerca de una de ellas. En este caso se recomienda observar la evolución hasta un próximo control prenatal

Revisar las normas técnicas.

Determinar el estado de la presión arterial. Utilizar el nomograma de peso/talla

Anotar y verificar los datos en la gráfica de control de crecimiento intrauterino

Establecer las categorías de estado nutricional.

En caso de patología nutricional, referir a la consulta de nutrición para tratamiento adecuado y control durante el embarazo

Si la embarazada pierde la cita en esta consulta, referir a Trabajo Social para su localización y seguimiento

Realización del examen físico.

Evaluar el estado general de la embarazada, su adaptación al embarazo y la presencia de patología en curso

Exploración ginecológica.

Exploración de mamas: tumoraciones, secreciones e integridad del pezón

Exploración de genitales

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

		<p>Detectar patología de cérvix</p> <p>Tomar la citología cérvico vaginal, si han transcurrido 24 meses desde la anterior, o antes si se cree necesario</p> <p>Evaluar la evolución del embarazo</p>
Evaluación del crecimiento y desarrollo fetal		<p>Efectuar las maniobras de Leopold para detectar presentación, situación y actitud fetal</p> <p>Medir la altura uterina. Utilice el método de la cinta métrica y anote en la gráfica control de crecimiento intrauterino</p>
Valoración del bienestar fetal		<p>Detectar precozmente el número de fetos, la cantidad de líquido amniótico, las presentaciones anormales, los movimientos fetales, la frecuencia cardíaca fetal y anote los hallazgos encontrados en cada consulta</p>
Evaluación del riesgo perinatal	Definir quién amerita técnicas más especializadas y referencia	<p>Clasificar la hoja de riesgo</p> <p>Referir al nivel superior las pacientes de alto riesgo</p> <p>Solicitar la visita al hogar.</p>
Revisión de la salud bucodental		<p>Efectuar revisión general de la cavidad oral</p> <p>Detectar procesos sépticos dentales para referir al odontólogo</p> <p>Dar educación y prevención</p>
Registro de los datos encontrados	El Carné Perinatal sirve para que la paciente lleve consigo una historia resumida de su embarazo en cada consulta y en el momento de ingresar al servicio de obstetricia	Hacer las anotaciones pertinentes en las hojas correspondientes y en el Carné Perinatal.
Evaluación de los datos de la historia clínica y del examen físico para		
- Educación a la embarazada	Prepararla para la maternidad y mejorar la salud de la familia en forma integral	Indicar los signos de alarma durante el embarazo, así como higiene personal, relaciones sexuales, alimentación, ejercicios, peligro de automedicación
- Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades transmitidas por contacto sexual	<p>Si el VDRL es positivo en bajas diluciones, confirmar con F.T.A. Si es positivo dar tratamiento para sífilis</p> <p>Si el VDRL es positivo en altas diluciones, se confirma con F.T.A., y si es positivo se trata como sífilis y se indica el control de contactos</p>	<p>Indicar el VD.R.L. en el primer control prenatal, a las 30/35 semanas y al final del tercer trimestre</p> <p>Indicar detección para HIV, según criterio médico.</p>
- Pesquisaje de una posible incompatibilidad sanguínea materno fetal		<p>Indicar grupo Rh en la primera consulta</p> <p>Realizar prueba de Coombs indirecta, s</p>

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

- Detección de anemias		el Rh es negativo o si hay antecedentes de transfusión sanguínea
- Identificación y tratamiento de las infecciones del tracto urinario.	Tratamiento por médico	Indicar Hb., Hto., en la primera consulta y a las 30/35 semanas
- Identificación de diabetes.	Tratar en II y III nivel de complejidad.	Indicar orina general con técnica en la primera consulta y en las consultas subsiguientes. Interrogar sobre antecedentes de diabetes mellitus en la embarazada y por historia familiar. Glicemia 2 horas posprandial, en la primera consulta y 30/35 semanas Si la glicemia posprandial es elevada, se refiere al nivel especializado para valoración.
- Vacunación con D T	Si no tiene vacunación previa primera dosis (20/24 semanas), segunda dosis (26/32 semanas) -6 a 8 semanas después- Si tiene vacunación previa mayor de 10 años, refuerzo con una dosis de 0.5 de D.T a las 20/24 semanas	Indicar la vacuna cuando sea necesaria
- Prevención de anemia materna.		Administración de hierro y ácido fólico
Determinación de la frecuencia de las citas.	En el embarazo de bajo riesgo el mínimo de consultas es de cinco y en el de alto riesgo queda a criterio del médico. Se calcula que no es inferior a ocho consultas	Anotar la fecha de la próxima cita
Realización de sesiones clínicas		Discutir los casos seleccionados como de alto riesgo, para elaborar un plan de seguimiento
Elaboración de informes		Llevar un control estadístico de la consulta.



D. POSCONSULTA



RECURSO HUMANO: Auxiliar de Enfermería.



OBJETIVO GENERAL: Complementar e interpretar las indicaciones del médico o de la enfermera obstetra

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Orientación sobre las solicitudes de exámenes de:

- Laboratorio
- Referencia
- Indicaciones del médico
- Medicamentos

Revisar las indicaciones y llenar paperería.

Instrucción

Dar instrucciones a la paciente sobre indicaciones a seguir

Anotar la próxima cita en cuaderno de citas, libreta obstétrica y Carné Perinatal.

Educación.

Educar según trimestre de embarazo

3. VISITA DOMICILIAR



RECURSO HUMANO: Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Técnico en Atención Primaria.



OBJETIVO GENERAL: Garantizar continuidad a la atención prenatal, para que ésta sea extensa, precoz, periódica, completa y con enfoque de riesgo.

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Planeamiento de la visita domiciliar

La enfermera selecciona la consulta de riesgo para su respectivo plan de atención y para valorar la visita a domicilio, según prioridad

Análisis y selección de casos de alto y bajo riesgo

Determinación de los casos que ameritan visita al hogar

Todo caso normal que pierda cita, debe ser visitado por el asistente de salud comunitaria o rural

Todo caso de mediano riesgo, debe ser visitado por la auxiliar de enfermería.

Todo caso de alto riesgo, debe ser visitado por la enfermera general y obstetra

Programación de la visita al hogar

La decisión de la visita al hogar la toma:

- El médico
- La enfermera
- El C T B

La frecuencia estará dada por la condición de la paciente y por las indicaciones del plan de atención.

Anotar en la programación mensual: día, hora y responsable. Incluir las visitas que han sido solicitadas por la paciente.

Hacer reporte de la visita

4. PROGRAMACION



RECURSO HUMANO: El equipo de salud que integra el C.T.B. - C.T.L.



OBJETIVO GENERAL: Lograr que el C.T.B. o C.T.L., donde hay integración, elabore su programación local, según las normas establecidas y el diagnóstico de salud local.

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Adecuación del tipo y la calidad de los recursos disponibles para la programación de las actividades.

RECURSOS MATERIALES

Sala de Archivo

- Escritorio o mesita
- Dos sillas
- Basurero o papelerero
- Estante para archivar documentos médicos
- Archivador o armario para útiles de oficina
- Máquina de escribir
- Tarjetero índice general
- Tarjetero control de citas
- Tarjetero calendario para el archivo
- Hojas de referencia
- Cuaderno de citas
- Tarjetero de pases de visitas
- Cuaderno de registro de citologías
- Historia Clínica Perinatal Simplificada Base
- Carné Perinatal

Sala de preparación

- Dos sillas
- Equipo de toma de presión arterial
- Equipo para toma de temperatura
- Balanza para adultos con altímetro - Porta objetos
- Tarjeta de citología
- Material educativo

Consultorio

- Gradilla, biombos
- Escritorio
- Sillas
- Mesa auxiliar para equipos
- Basurero con bolsas
- Equipo de diagnóstico con baterías
- Cinta métrica
- Fetoscopio
- Sábanas
- Paño
- Baldes con agua jabonosa
- Frasco con alcohol al 70 y 95 %
- Frasco con espátulas y aplicadores
- Tubos de cultivo estériles
- Portaláminas
- Espéculos y guantes
- Pinza de mota
- Ordenes para Centro de Nutrición
- Portaláminas de cartón para citologías
- Papelería específica para la consulta
- Camilla ginecológica
- Lavatorio

Mantener el inventario de los recursos materiales y equipo disponible para la atención materna

Reconocer el número, puesto y localización del recurso humano disponible, para la atención de la embarazada, así como para la educación en salud

Sala de preconsulta

- Mesa para equipo
- Frascos de algodón y alcohol
- Jeringas de varios tamaños
- Aguja hipodérmica (varios tamaños y calibres)
- Bandejas con agua jabonosa
- Toxoide tetánico
- Escritorio
- Dos sillas Material educativo

RECURSO HUMANO**Puesto de Salud**

- Médico
- Enfermera Obstetra
- Auxiliar de enfermería
- Asistente de Salud Comunitaria
- Asistente de Salud Rural

Centro Integrado

- Médico Gineco-Obstetra
- Médico Pediatra
- Médico General
- Enfermera Obstetra
- Enfermera General
- Auxiliar de Enfermería
- Asistente de Salud Comunitaria
- Asistente de Salud Rural
- Auxiliar de archivo u oficinista
- Farmacéutico
- Microbiólogo
- Trabajador Social
- Odontólogo
- Nutricionista

Análisis de las variables para la consulta y llenado del formulario de programación anual de actividades

Hacer las anotaciones según los cálculos

UNIVERSO

Es el total de personas, viviendas, establecimientos o grupos que demandan servicios de salud.

Este dato se debe obtener del documento de datos básicos

Mantener un sistema eficiente de registros

EMBARAZADAS ESPERADAS DEL AREA

La población de embarazadas esperadas en el área en un año, se calcula multiplicando la tasa de natalidad local o regional, por la población de la localidad y dividida entre mil, o multiplicando el antecedente de nacimientos del año anterior por el factor de incremento anual (3 %).

Determinar cantidad de embarazadas esperadas del área.

POBLACION BLANCO

Fracción del universo que se pretende cubrir.

Determinar el número de personas y/o grupos que se va a atender

$$P.B. = \frac{\text{Universo} \times \text{Cobertura}(\%)}{100}$$

COBERTURA

Es el porcentaje del universo que se debe cubrir, por medio de cada actividad que se programa para lograr un impacto favorable.

Cubrir el 100 % de las mujeres embarazadas de la localidad.

CONCENTRACION

Número mínimo de veces que un mismo beneficiario (persona, vivienda, establecimiento o grupo) debe recibir una actividad o servicio para obtener el efecto deseado, en el período que se programa.

El mínimo aceptable de controles prenatales en un embarazo de bajo riesgo es de cinco

Los controles deberán repetirse con una frecuencia y oportunidad que variará según el grado de riesgo. Los de alto riesgo necesitarán una mayor cantidad de consultas, cuyo número y momento estará determinado por el tipo de problema que presenten.

Programar::

- Cinco controles prenatales como mínimo
- Para médicos y enfermeras, cuatro pacientes de consulta prenatal en una hora.

RENDIMIENTO

Número de actividades que se realizan en una hora.

META

Población blanco por concentración.

TIEMPO REQUERIDO

Total de horas que se necesitan en el año para cumplir la meta en las actividades programadas

Tiempo requerido = Meta/Rendimiento

Detección.

Las mujeres embarazadas son detectadas y referidas por asistentes de salud comunitaria y rural, auxiliares de enfermería y otros miembros del equipo de salud, y también por los establecimientos hospitalarios que brindan servicios de ginecología, obstetricia y otras especialidades

Inscripción.

En la embarazada, la captación es temprana en el primer trimestre, media en el segundo trimestre y tardía cuando la madre se inscribe en el tercer trimestre del embarazo

La realiza la secretaria o encargado del archivo en los centros integrados y no integrados, y la auxiliar de enfermería o asistente de salud en los Puestos de Salud

Educación para la salud.

Programar las actividades educativas en el área materna

1. ATENCION PRIMARIA



RECURSO HUMANO: Técnico en Atención Primaria



OBJETIVO GENERAL: Captar, dar atención temprana y adecuar a todas las pacientes de posparto o posaborto del área a su cargo.

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Ampliación de la cobertura de atención posparto.	Brindar atención a todas las puérperas y familia Planear las visitas con base en el registro de pacientes embarazadas.	Utilizar el registro de pacientes de prenatal con su respectiva fecha probable de parto (F.P.P)
Detección y captación de la puérpera y recién nacido		Asignar uno o medio día, mínimo por semana, para visita de seguimiento de puérperas con prioridad, de acuerdo con área programática
Seguimiento de la puérpera en el hogar.		Pesquisa sobre puerperio normal, signos y síntomas de alarma, desde una perspectiva integral Ver técnicas básicas para la atención domiciliar MS/UNICEF, 1989. p. 286 y 287
Fomento de la salud bucodental		Referencia y atención odontológica, según necesidades de la usuaria.
Fomento de la consulta posparto, crecimiento y desarrollo		Referir a la madre y al niño(a) conjuntamente para su atención. Dejar cita abierta en los primeros 15 días.
Visita domiciliar basada en enfoque de riesgo		Enfatizar signos y síntomas de alarma en el puerperio Detectar y referir casos de riesgo.
Valoración de la pareja para su seguimiento en planificación familiar	Prolongar el espacio intergenésico Procurar que sea de por lo menos dos años	Orientar a la pareja sobre los beneficios de los métodos de planificación familiar
Educación de la puérpera		Acciones de educación sobre la importancia de: - Relaciones familiares - Lactancia materna - Cuidados del recién nacido - Higiene - Cuidados de la puérpera y de la familia en general - Estimulación temprana - Signos y síntomas de alarma - La cita de control posparto - Consulta de crecimiento y desarrollo - Consulta de planificación familiar

2. ATENCION POSPARTO Y POSABORTO

A. INFORMACION Y REGISTRO



RECURSO HUMANO: Oficinista (Auxiliar de Enfermería, Asistente de Salud Rural en Puestos de Salud y Unidades Móviles.



OBJETIVO GENERAL: Inscribir en la consulta a todas las mujeres puérperas.

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Recepción de pacientes

El día de la consulta, la encargada del archivo recoge los Carnés Perinatales de las pacientes y los Carnés de Salud de Niño que se presenten, según orden de llegada. Selecciona los expedientes y los pasa a la sala de preparación

Verificar si el niño(a) se encuentra debidamente inscrito en el Registro Civil, si no está, referirlo a la oficina respectiva.

Determinación de:

- Casos nuevos

Mujer puérpera y recién nacido que lleguen por primera vez a la consulta.

Recoger los Carnés Perinatales, cédulas de identidad de las puérperas y Carnés de Salud de los recién nacidos

Si tiene expediente lo solicita al archivo, si no lo tiene le confecciona uno

- Casos subsecuentes

Mujer puérpera que llega por segunda vez a la consulta

Solicitar el expediente al archivo. Anotar en la hoja informe de actividades médicas

B. PRECONSULTA



RECURSO HUMANO: Auxiliar de Enfermería, Técnicos de Atención Primaria



OBJETIVO GENERAL: Preparar la consulta posparto

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Organización de la consulta.	En caso de paciente de alto riesgo, establecer prioridades para la atención.	Mantener la secuencia de presentación para la atención de la puérpera
Realización de entrevista.	Es indispensable que la usuaria exprese sus dudas y temores sobre su condición de salud, a través de la confianza y seguridad que se le brinde	Revisar e interrogar sobre: <ul style="list-style-type: none">- Ficha de identificación- Días posparto- Control posnatal- Lugar de control- Atención del parto- Complicaciones durante el parto- Antecedentes obstétricos- Síntomas principales
Educación	Dar educación según necesidades. Utilizar un lenguaje adecuado	Instruir a la puérpera en el autocuidado
Control de signos vitales	Las características de los signos vitales orientan sobre el estado general de la paciente.	Toma de presión arterial, pulso, temperatura (según técnica), y toma de peso
Registro de datos.	Las anotaciones claras sirven de guía para el seguimiento futuro.	Hacer las anotaciones de lo encontrado en la hoja de control. Anotar en la hoja de informe de actividades médicas

C. CONSULTA



RECURSO HUMANO: Médico, Enfermera Obstetra, Enfermera General.



OBJETIVO GENERAL: Controlar a las mujeres durante el puerperio, orientarlas y prepararlas para su propio cuidado y el del niño

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Realización de entrevista	Hacer énfasis en signos y síntomas de riesgo.	Tomar historia del parto o aborto, haciendo uso del Carné Perinatal
Realización de examen físico y ginecológico	Evaluar clínicamente el estado de la puérpera al momento de la consulta para su control y seguimiento o referencia en caso necesario	Se practica examen físico completo y se anota en la Historia Se revisan las glándulas mamarias y se investiga si está amamantando Se valora la involución uterina, loquios (características propias y cantidad), heridas quirúrgicas, desgarros y otras laceraciones del canal del parto, revisando el proceso de cicatrización, dehiscencias y presencia de infección Se investigan complicaciones como mastitis, endometritis e infección urinaria
Valoración del estado nutricional de la puérpera	Se valora estado nutricional, según normas del Departamento de Nutrición	Entregar el complemento alimentario a las señoras que amamantan Referir a la consulta de nutrición a las usuarias que lo ameriten
Fomento de la lactancia materna	Recalcar los beneficios de la lactancia materna, con el fin de motivar a la madre a su continuación, o su reestablecimiento en caso de suspensión. Se valora la posibilidad de reinducción de la lactancia materna en las madres que la han suspendido, para lo cual se elabora un plan específico	Orientar sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y el recién nacido
Fomento de la higiene bucodental	Toda puérpera deberá recibir tratamiento odontológico	Detectar afecciones y procesos patológicos dentales para su debido tratamiento y referir a odontología
Confirmación de los hallazgos clínicos con los de laboratorio	Se le ordenan exámenes de laboratorio en caso necesario En aquellas pacientes con puerperio normal y sin patología agregada, NO se solicitan exámenes de rutina	Solicitar los exámenes de laboratorio pertinentes

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Solicitar exámenes pertinentes en aquellas pacientes en las que se han encontrado anomalías en el examen físico o en el desarrollo normal del puerperio

Evaluación del riesgo reproductivo y referencia para la atención oportuna de la paciente en riesgo.

Evaluar y clasificar a la usuaria, utilizando criterios de riesgo (ver anexo Factores de Riesgo Reproductivo).

Utilizar el instrumento de factores de riesgo reproductivo.

Suministro de tratamiento complementario.

Según criterio médico, valoración riesgo-beneficio.

Administrar suplemento de hierro durante el tiempo que se considere necesario

Administrar antiparasitarios a las pacientes en las que se comprobó parasitosis en los exámenes prenatales

Prescripción de método anticonceptivo

Indicarle el método seleccionado

Educación

Evaluar y reforzar el conocimiento sobre:

- Puerperio normal
- Signos y síntomas de alarma
- Consulta posparto, planificación familiar y crecimiento y desarrollo
- Higiene bucodental
- Autocuidado
- Lactancia materna

Referenciación.

Se refiere al especialista pertinente aquellas pacientes que no pueden manejarse a nivel local, por complicaciones propias del puerperio, o descompensación de patología materna subyacente.

Referencia al nivel correspondiente

Registro de datos.

Una vez hechas las anotaciones en la historia clínica posparto, se pasa a la sala de posconsulta para su interpretación

Anotar todos los hallazgos en la hoja posparto.

Anotar los datos requeridos en el respectivo informe de actividades realizadas

D. POSCONSULTA



RECURSO HUMANO: Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Asistente de Salud Rural.



OBJETIVO GENERAL: Complementar e interpretar las indicaciones médicas o de Enfermera Obstetra.

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Interpretación de las órdenes, referencias e indicaciones del médico o enfermera obstetra.		Revisar las indicaciones, órdenes y referencias.
Instrucción de la usuaria.		Instruir a la señora y familiar sobre la conducta a seguir, en relación con el tratamiento, órdenes y referencias.
Educación para la salud.	Hacer énfasis en la lactancia y autocuidado, cuidado del recién nacido y planificación familiar.	Impartir educación.
Adjudicación de citas.	Dar las citas que el profesional considere necesarias.	Anotar la próxima cita a planificación familiar.
Registro de datos.		Todas las observaciones realizadas en la posconsulta, deben quedar registradas en la Historia
Realización de visita domiciliar a casos de alto riesgo		Pasar expediente a la enfermera para programación de la visita Anotar en hoja de informe de actividades



3. PROGRAMACION



RECURSO HUMANO: El equipo de salud que integra el C.T.L.



OBJETIVO GENERAL: Elaborar por el C.T.L. su programación, según las normas establecidas y diagnóstico integral de salud local.

ACTIVIDADES

CRITERIOS

TAREAS

Ampliación de la cobertura de atención posparto y posaborto

La programación anual debe contemplar la atención posparto, posaborto y la visita domiciliar

Planificar y elaborar con el equipo de salud la programación anual de actividades, de acuerdo con el Manual de Programación

Adecuación del tipo y la cantidad de los recursos disponibles para la programación de las actividades

RECURSOS MATERIALES

Sala de archivo

- Escritorio o mesita
- Dos sillas
- Basurero o papelerero
- Estante para archivar documentos médicos
- Archivadores o armario para útiles de oficina
- Máquina de escribir
- Tarjetero índice general
- Tarjetero control de citas
- Tarjetero calendario para el archivo
- Hojas de referencia
- Cuaderno de citas
- Tarjetero de pases de visitas
- Cuaderno de registro de citologías
- Historia clínica de control prenatal
- Carné perinatal

Sala de preparación

- Dos sillas
- Equipo de toma de presión arterial
- Equipo de toma de temperatura
- Balanza para adultos con altímetro
- Porta objetos
- Fórmula de citología
- Balanza pediátrica
- Camilla ginecológica
- Infantómetro
- Cinta métrica

Consultorio

- Gradilla
- Biombo
- Escritorio
- Sillas
- Mesa auxiliar para equipos
- Basureros con bolsas
- Equipo de diagnóstico con baterías
- Camilla
- Lámpara cuello ganso
- Cinta métrica
- Sábanas
- Paño
- Balde con agua jabonosa
- Frascos con alcohol al 70 y 95 %
- Frascos con espátulas y aplicadores

Inventariar los recursos naturales y equipo disponible para la atención materna

Reconocer el número, puesto y localización del recurso humano disponible para la atención de la embarazada, así como para la educación en salud

- Tubo de cultivo estéril
- Citofrascos
- Portaláminas
- Espéculos y guantes
- Pinza de mota
- Ordenes para Centro de Nutrición
- Portaláminas de cartón para citologías
- Papelería específica para la consulta
- Histerómetro
- Sábanas y papel periódico
- Toallas sanitarias

Sala de posconsulta

- Mesa para equipo
- Frascos para algodón y alcohol
- Jeringas de varios tamaños
- Aguja hipodérmica (varios tamaños y calibres)
- Bandeja con agua jabonosa
- Un escritorio
- Dos sillas Material educativo

RECURSO HUMANO**Centro de salud**

- Médico
- Odontólogo
- Microbiólogo
- Farmacéutico
- Enfermera obstetra
- Auxiliar de enfermería
- Asistente Salud Comunitaria
- Asistente Salud Rural
- Nutricionista
- Técnico en nutrición
- Trabajador Social
- Oficinista

Centro integrado

- Médico de medicina familiar
- Médico general
- Enfermera obstetra
- Enfermera general

Anotación, según los cálculos. Este dato se debe obtener del documento de datos básicos.

UNIVERSO

Es el total de personas, viviendas, establecimientos o grupos que demandan servicios de salud

Analizar las variables para la consulta y llenar el formulario de programación anual de actividades

EMBARAZADAS ESPERADAS DEL AREA

La población de embarazadas esperadas, puede calcularse multiplicando el antecedente de nacimiento del año anterior por el factor de incremento anual (3 %)

Determinar cantidad de embarazadas esperadas del área

MUJERES EN PUERPERIO ESPERADAS

Para determinar la población de mujeres en puerperio, se aplica la misma fórmula de embarazadas esperadas

Determinar cantidad de mujeres en puerperio esperadas

POBLACION BLANCO

Fración del universo que se pretende cubrir

Determinar el número de personas y/o grupos que se van a atender

$$p.B = \frac{\text{Universo} \times \text{cobertura}(\%)}{100}$$

COBERTURA

Es el porcentaje del universo que se debe cubrir, por medio de cada actividad que se programa, para lograr un impacto favorable.

CONCENTRACION

Número mínimo de veces que un mismo beneficiario (persona, vivienda, establecimiento o grupo) debe recibir una actividad o servicio para obtener el efecto deseado, en el período que se programa.

Los controles deberán referirse con una frecuencia y oportunidad que variará según el grado de riesgo. Los de alto riesgo necesitarán una mayor cantidad de consultas, cuyo número y momento estará determinado por el tipo de problema que presentan.

Una consulta en los primeros 7 días posparto. Los casos de alto riesgo pueden tener más de una consulta

RENDIMIENTO

Numero de actividades que se realizan en una hora

Para médico y enfermera, cuatro pacientes de consulta posparto por hora (binomio madre-hijo(a))

META

Población blanco por concentración

TIEMPO REQUERIDO

Total de horas que se necesitan en el año para cumplir la meta de las actividades programadas

Tiempo requerido = meta/rendimiento

Detección.

Las puérperas son detectadas y referidas por asistentes de salud rural y comunitaria, auxiliares de enfermería y otros miembros del equipo de salud y comunidad, también por los establecimientos hospitalarios que brindan servicios de ginecología, obstetricia y otras especialidades

Captación e inscripción.

La realiza la secretaria o encargada del archivo en los hospitales, centros integrados y no integrados, y la auxiliar de enfermería o asistente de salud en los puestos de salud

Educación para la salud.

Programar las actividades educativas.