



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TITULO:

**“APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE CUIDADOS
OBSTÈTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES
(CONE) DE PRIMER NIVEL EN EL SUBCENTRO DE
SALUD DE YANGANA DEL DISTRITO 11D01 LOJA
SALUD”**

*Tesis previa a la obtención
del Título de Médico General.*

Autor:

Sandy Gabriela Castro Mendoza

Director:

Dr. Mg. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas

Loja-Ecuador

2016

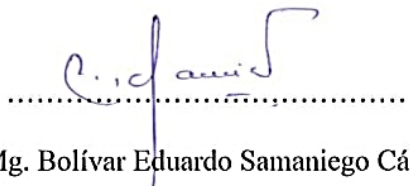
CERTIFICACIÓN

Loja, 19 de Octubre del 2016

Dr. Mg. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas

DIRECTOR DE TESIS**CERTIFICO:**

Que el presente trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico General titulado: “ **APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE CUIDADOS OBSTÈTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE) DE PRIMER NIVEL EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE YANGANA DEL DISTRITO 11D01 LOJA SALUD**”, realizado por la estudiante, **Sandy Gabriela Castro Mendoza**, ha sido realizado bajo mi asesoramiento, dirección y supervisión, por lo que al cumplir con los requisitos reglamentarios autorizo su presentación para la respectiva sustentación y defensa.



Dr. Mg. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Sandy Gabriela Castro Mendoza, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis, a excepción de aquellas que se encuentran citadas y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma:


Autora: Sandy Gabriela Castro Mendoza

CC: 1105025975

Correo Electrónico: sandycastro200@gmail.com

Teléfono: 0981314744

Fecha: 20 de Octubre de 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Sandy Gabriela Castro Mendoza, autora de la tesis: “**Aplicación de las normas de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) de primer nivel en el subcentro de salud de Yangana del distrito 11D01 Loja salud.**”, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudio superiores. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio. La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 20 días del mes de Octubre del dos mil dieciséis, firma su autora.

Firma:**Autora:** Sandy Gabriela Castro Mendoza**Cedula:** 1105025975**Dirección:** San Pedro **Correo Electrónico:** sandycastro200@gmail.com**Teléfono:** 0981314744**DATOS COMPLEMENTARIOS:****DIRECTOR DE TESIS:** Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas**Tribunal:**

Dra. Marlene Moreno Ortega	PRESIDENTA DEL TRIBUNAL
Dra. Karina Calva Jirón	MIEMBRO DEL TRIBUNAL
Dra. María de los Ángeles Sánchez. T	MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

A Dios quien ha estado presente en cada momento de mi vida y me ha permitido lograr esta meta tan anhelada junto a mis seres queridos.

A mis padres, Emperatriz y Enrique por ser el pilar fundamental y brindarme una carrera para mi futuro, por todo el apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida.

A mis hermanas por estar presentes en todos los momentos de mi vida y por el apoyo continuo

Sandy Gabriela Castro Mendoza

AGRADECIMIENTO

Al haber culminado el presente trabajo, expreso mis sinceros agradecimientos primero a Dios y a mi Familia por todo su apoyo y esfuerzo.

Así mismo expreso mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja al Área de la Salud Humana, en especial a la Carrera de Medicina, y sus docentes, por la formación académica brindada en todo este trayecto.

De manera especial agradezco al Dr. Eduardo Samaniego quien me brindó su tiempo, apoyo y conocimiento en este trabajo.

De igual manera a todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la realización de mi tesis.

Sandy Gabriela Castro Mendoza

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
CERTIFICACIÒN	ii
AUTORIÀ	iii
CARTA DE AUTORIZACIÒN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE	vii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÒN	4
4. REVISIÒN BIBLIOGRÀFICA	7
4.1 Definiciones y conceptos básicos relacionados con la estrategia	
CONE	7
4.1.1 Cuidado obstétrico neonatal esencial (CONE)	7
4.1.2 Competencia intercultural en salud	7
4.1.3 Muerte materna	7
4.1.4. Muerte perinatal	7
4.1.5 Muerte neonatal	7
4.1.6 Muerte neonatal tardía	7
4.1.7 Pertinencia cultural de salud	8
4.1.8 Puerperio	8

4.2 Desarrollo y funcionamiento de los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE).....	8
4.3 Objetivos planteados de la estrategia CONE.....	8
4.3.1 Objetivo general.....	8
4.3.2 Objetivo específico.....	9
4.4 Gestión y avances maternos fetales.....	9
4.5 Interculturalidad relacionada con el CONE.....	11
4.6 Marco legal.....	13
4.6.1 Constitución de la república del Ecuador.....	13
4.6.2 Plan nacional para el buen vivir 2009- 2013.....	15
4.6.3 Código de la niñez y de la adolescencia.....	16
4.6.4 Ley orgánica de salud.....	16
4.7 Niveles del CONE.....	17
4.7.1 Nivel CONE comunitario.....	17
4.7.1.1 Concepto.....	17
4.7.1.2 Organización y conformación.....	17
4.7.2 Nivel CONE básico.....	18
4.7.2.1 Concepto.....	18
4.7.2.2 Organización.....	18
4.7.3 Nivel CONE avanzado.....	19
4.7.3.1 Concepto.....	19
4.7.3.2 Organización.....	19

4.8 Roles y funciones del CONE.....	20
4.8.1 CONE comunitario.....	20
4.8.1.1 Nivel operativo.....	20
4.8.1.2 Nivel administrativo.....	23
4.8.1.3 Integrantes del CONE comunitario.....	24
4.8.2 CONE básico.....	25
4.8.2.1 Nivel operativo.....	25
4.8.2.2 Nivel administrativo.....	28
4.8.3 CONE avanzado.....	29
4.8.3.1 Nivel operativo.....	29
4.8.3.2 Nivel administrativo.....	31
4.9 Normas del ministerio de salud pública para atenciones.....	31
4.9.1 Atención prenatal.....	31
4.9.2 Atención del parto.....	32
4.9.3 Atención de postparto inmediato.....	37
4.9.4 Atención inmediata al recién nacido.....	39
4.10 Causas de mortalidad materna y neonatal.....	41
4.10.1 Mortalidad materna.....	41
4.10.2 Mortalidad neonatal.....	42
5. METODOLOGÍA.....	44
5.1 Tipo de estudio.....	44
5.2 Área de estudio.....	44

5.3 Universo.....	44
5.4 Muestra.....	44
5.5 Criterios.....	44
5.5.1 criterios de inclusión.....	44
5.5.2 criterios de exclusión.....	45
5.6 Métodos, técnica y procedimiento.....	45
6. RESULTADOS.....	47
7. DISCUSIÒN.....	50
8. CONCLUSIONES.....	52
9. RECOMENDACIONES.....	53
10 BIBLIOGRAFÌA.....	54
11 ANEXOS.....	58

1. TÍTULO

**APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE CUIDADOS OBSTÈTRICOS Y
NEONATALES ESENCIALES (CONE) DE PRIMER NIVEL EN EL
EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE YANGANA DEL DISTRITO
11D01 LOJA SALUD.**

2. RESUMEN

Los objetivos planteados fueron: Evaluar de la aplicación de las normas de cuidados obstétricos y neonatales esenciales mediante la guía del Ministerio de Salud Pública, en el subcentro de salud de Yangana del distrito 11D01 en el periodo Febrero-October 2015, determinar el cumplimiento de la norma de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, evaluar el conocimiento que tiene el personal operativo, plantear propuestas a partir de resultados obtenidos. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y prospectivo la encuesta se realizó a todas las embarazadas, puérperas y equipo de salud sobre el conocimiento del CONE, además se realizó una revisión de la matriz de registro CONE. Con una muestra de 39 , que corresponde al universo y muestra entre ellos 29 embarazadas, 3 puérperas y 7 integrantes del personal de salud que cumplieron con los criterios de inclusión, obteniéndose los siguientes resultados: Aplicación del CONE: el 75% no se aplica y el 25% sí; el cumplimiento del CONE en el 75% no se da un cumplimiento correcto y el 25% se cumple correctamente; conocimiento el CONE por el personal operativo se encontró que medianamente conocen un 57.14%, si conocen un 28.57% y no conocen un 14.28%. Siendo evidente que no se ha estado aplicando el CONE y esto es consecuencia por la falta conocimiento por el personal de salud, embarazadas y puérperas.

Palabras claves: mortalidad materna, cuidados, embarazo, recién nacidos, parto, post parto.

ABSTRACT

The objectives in this study were to evaluate the application of the rules of essential obstetric and neonatal care through the guidance of the Ministry of Public Health in the health sub center of Yangana the 11D01 district in the period February to October 2015, determine compliance with the standard of essential obstetric and neonatal care, assess the knowledge that the operational staff, make proposals from results. The study was quantitative, descriptive and prospective survey to all pregnant women was conducted, postpartum women and health team knowledge CONE also review the registration matrix CONE was done. With a sample of 39, which corresponds to the universe and shows including 29 pregnant women, 3 and 7 postpartum health staff members who met the inclusion criteria, with the following results: In applying CONE found that 75% does not apply and the remaining 25% yes; CONE compliance in 75% not given proper complimento and 25% is followed correctly; CONE knowledge through the operational staff found that 57.14% averagely know one if they know 28.57% and 14.28% do not know one. It being evident that is not performing the application of CONE and in contrast to this the lack of knowledge by health personnel, pregnant and postpartum women

Keywords: maternal mortality, care, pregnancy, newborn, childbirth, postpartum health team

3. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad (OMS 1998). La mortalidad materna y neonatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres, y el mayor peso de mortalidad en la población infantil, respectivamente. Estas muertes son consideradas indicadores universales de mala calidad en la atención de servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que el mayor porcentaje son evitables. (Carina Vance M, 2013)

No es coincidencia que los más altos índices de muerte materna se encuentren entre los grupos vulnerables: mujeres pobres, indígenas o ubicadas en zonas rurales y urbano marginales. La muerte de un neonato frecuentemente es consecuencia de las deficiencias en la atención desde la etapa preconcepcional, parto, puerperio, del nacimiento y del período neonatal.

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos según datos del ministerio de salud pública. En el Ecuador es factor predisponente de la muerte materna y posiblemente en mayor número de la muerte neonatal, la atención del parto y nacimiento en domicilio por personal no profesional.

El Ecuador ocupa el cuarto lugar entre los países de las Américas que mayor razón de mortalidad materna presentan, 96,30% en el año 2009 según datos del INEC. El problema se torna grave si consideramos que el Ecuador tiene una población mayoritariamente joven, 45% son menores de 18 años, en

donde el porcentaje de nacimientos en este grupo de edad es del 19.9%, comparado con el 12,2% de nacimientos en el grupo de mujeres de 35 años y más.

En Orellana, Morona, Bolívar y Chimborazo al menos 3 de cada 10 madres dan a luz en su domicilio, lo más probable con atención de personal no profesional y peor aún, muchas de ellas sin ayuda alguna. (INEC 2011).

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

La Estrategia de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) está basada en la importancia de que una proporción vulnerable de mujeres embarazadas, parturientas y durante el puerperio, desarrollan complicaciones obstétricas que en su mayoría podrían ser detectadas y evitadas, por lo tanto requieren acceso a Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales rápidos y de calidad con el fin de salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo. Asimismo, una proporción de recién nacidos/as tendrá problemas relacionados con prematuridad, asfixia, bajo peso, e infecciones, mientras que otros, habiendo nacido sanos/as desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos en los primeros 28 días de vida, que pondrán en riesgo su vida. Por tal motivo es necesario que la Red Pública Integral de Salud tenga la capacidad de detectar los casos de riesgo y disponer de cuidados neonatales esenciales oportunos y con calidad en base a las normas y protocolos emitidas por la Autoridad Sanitaria, sobre la base de que muchas muertes son prevenibles si la red de

servicios funciona adecuadamente. Con el fin de garantizar atención materna y neonatal de alto impacto, a nivel domiciliario e institucional, así como la utilización de prácticas y comportamientos en el hogar basada en evidencia científica.

Por lo expuesto, el presente estudio se realiza con la finalidad de evaluar si esta estrategia se cumple de manera eficiente poniendo como punto importante el bienestar materno y neonatal, tomando en cuenta los altos porcentajes de muertes maternas y neonatales citadas anteriormente. Tomando en cuenta la importancia de atención que merecen la mujer desde el embarazo hasta el puerperio y la atención neonatal hasta los primeros 28 días y apegándose a la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales se ha creído oportuno y conveniente, evaluar la aplicación de las normas de cuidados obstétricos y neonatales esenciales mediante la guía del Ministerio de Salud Pública, en el subcentro de salud de Yangana del distrito 11D01, con el fin de constatar que esta estrategia está siendo tomada en cuenta con la importancia que esta requiere.

4. REVISIÒN BIBLIOGRÀFICA

4.1 DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA ESTRATEGIA CONE

- 4.1.1 Cuidado Obstétrico Neonatal Esencial (CONE).** Es un Modelo de Organización de los Servicios para asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial de calidad a todas las madres durante el embarazo, parto y post parto así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, cuando lo requieran. Además considera el sistema de vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Materna y Neonatal.
- 4.1.2 Competencia intercultural en salud.** Conocimientos, habilidades y destrezas para interrelacionarse de manera equitativa y respetuosa en contextos multiculturales, promoviendo el dialogo e intercambio de saberes y prácticas para enriquecimiento mutuo y la promoción de la salud individual, familiar y colectiva.
- 4.1.3 Muerte materna.** Se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo, o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”
- 4.1.4 Muerte perinatal.** Comprende los que mueren desde las 28 semanas de embarazo hasta los 7 días de nacimiento.
- 4.1.5 Muerte neonatal.** “Es aquella ocurrida desde el nacimiento hasta los 28 días posteriores al mismo”
- 4.1.6 Muerte neonatal tardía.** Comprende a los recién nacidos que mueren desde el séptimo hasta los 28 primeros días de vida.

4.1.7 Pertinencia cultural en salud. Es la adecuación de la gestión y atención de salud a la cosmovisión local y diversidad cultural existente, que basada en el respeto y la construcción colectiva de estrategias contribuya a mejorar el acceso y utilización de servicios de salud.

4.1.8 Puerperio. Período de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las seis semanas posparto.

4.2 DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS NEONATALES ESENCIALES (CONE)

La Estrategia de CONE busca garantizar el acceso a servicios integrados en red:

1. A lo largo del continuo de embarazo, parto, post parto, nacimiento y en la tapa neonatal
2. Desde el domicilio hasta el centro de referencia de más alto nivel
3. Las 24 horas del día y los 365 días del año
4. Y a través de la diversidad de actores: la familia, parteras o agentes comunitarios de salud, las organizaciones sociales; así como técnicos y profesionales del sector salud

4.3 OBJETIVOS PLANTEADOS DE LA ESTRATEGIA CONE

4.3.1 OBJETIVO GENERAL

Operativizar el Plan Nacional de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal en el Sistema Nacional de Salud a través de la Red Pública Integral de Salud y participación ciudadana para la gestión y provisión de servicios a través del mejoramiento del acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad

fértil, durante la gestación, el parto y post parto así como a las y los niños al nacimiento y durante el período neonatal, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud.

4.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar la Estrategia de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural a nivel nacional.
- Integrar la Estrategia CONE al Subsistema de Referencia y Contra referencia.
- Fortalecer el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna y neonatal.
- Implementar metodologías de consejería y asesoría para la realización de pre pruebas y pos pruebas de diagnóstico de salud sexual y salud reproductiva, planificación familiar y nutrición.
- Fortalecer las competencias interculturales del talento humano en cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencia, a través de diferentes estrategias de formación continua con la coordinación de Normatización de Talento Humano.
- Implementar procesos de mejora continua de la calidad de atención en Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales con pertinencia cultural, en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. (Pozo Sofia, y colaboradores, 2013).

4.4 GESTIÓN Y AVANCES MATERNOS FETALES

Las estrategias y acciones para el mejoramiento de la salud materna provienen del Plan Nacional del Buen Vivir y del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, que integra operativamente los Componentes Normativos Materno y Neonatal, la Guía del Parto Culturalmente Adecuado la Norma y Protocolo de Planificación Familiar, apoyados en la implementación del sistema de Mejora Continua de la Calidad, mediante la medición de los Estándares de Calidad de Atención.

Además, se consideran las siguientes líneas de acción:

1. Fortalecer los servicios de salud sexual y salud reproductiva y atención neonatal en el Sistema Nacional de Salud que garantice de forma progresiva la atención en el marco de los derechos de las usuarias/os, con adecuaciones culturales apropiadas y potencializando el CONE.

2. Mejoramiento de competencias para la práctica del talento humano en la atención de las prestaciones de Salud Sexual y Salud Reproductiva y Atención Neonatal que permita el manejo inmediato de las complicaciones obstétricas y neonatales del parto y post parto.

3. Coordinación intrainstitucional: Se mantiene un trabajo coordinado dentro de las instancias del Ministerio de Salud Pública acorde a los planes o proyectos:

a. Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal con enfoque intercultural: Dirección Nacional de Gestión de Calidad, Sistema de Vigilancia e Investigación de la Muerte Materna, vigilancia epidemiológica de la Muerte Neonatal, Dirección Nacional de Interculturalidad, derechos y participación social en salud, Dirección

Nacional de Normatización y Subsecretaría nacional de Provisión de Servicios.

b. Reducción del embarazo en la adolescencia: ENIPLA, Responsable de la Adolescencia de la Dirección Nacional de Normatización.

c. Estrategia Desnutrición Cero: Coordinación Nacional de Nutrición.

d. Seguimiento y monitoreo de los estándares de calidad de la atención materna y neonatal: Responsable la Dirección Nacional de Gestión y Calidad de los Servicios.

4. Coordinación Interinstitucional e Intersectorial: Se relaciona con representantes del Sistema Nacional de Salud en la Comisión de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Consejo Nacional de Salud. De la misma manera, mediante la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, con los Ministerios de Educación, de Inclusión Económica - Social y Coordinador del Desarrollo Social.

La planificación familiar ha tenido un importante incremento en la última década, sin embargo se evidencia aún necesidades insatisfechas sobre todo en los grupos más vulnerables como los/as adolescentes, población indígena y en zonas rurales. (Vance M. Carina y colaboradores, 2013)

4.5 INTERCULTURALIDAD RELACIONADO CON EL CONE

El Ecuador es reconocido como un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico.

La interculturalidad es un proceso de relacionamiento e interacción respetuosa entre culturales y saberes que reconoce y respeta la diversidad,

sustentado en el dialogo horizontal equitativo y la garantía de los derechos humanos. En tal sentido la interculturalidad en salud busca la interrelación y enriquecimiento mutuo entre las culturas sanitarias distintas

El MSP para operativizar el mandato constitucional del enfoque intercultural en la oferta de servicios de salud, establece la articulación y complementariedad de la medicina tradicional ancestral y medicinas alternativas con la medicina convencional para lograr el bienestar individual, familiar y comunitario. A través de la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social, el MSP ha implementado acciones para incorporar el enfoque intercultural en la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención sobre todo en lo relacionado a la atención del embarazo, parto y postparto con resultados satisfactorios hasta el momento en cuanto al acceso geográfico-cultural y la articulación de parteras tradicionales con el personal de salud en la referencia de mujeres para atención materna y manejo de complicaciones obstétricas, lo cual ha ayudado a reducir muertes maternas.

Por lo tanto, es importante incorporar en CONE el enfoque holístico del sumak kawsay y operativizar el enfoque intercultural en los tres niveles de atención, mediante acciones de: formación y capacitación del talento humano en competencias interculturales de gestión y atención; aplicación de estrategias y herramientas de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y de sus prácticas en salud; y fortalecimiento de la pertinencia cultural en la prestación de cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencia.

4.6 MARCO LEGAL

4.6.1 Constitución de la república del Ecuador

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

“**Art. 154.-** A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión (...)”

“**Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”.

“**Art. 359.-** El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social”.

“Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.

“Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”.

“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”.

“Art. 363.- El Estado será responsable de:

- Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
- Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
- Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
- Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
- Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
- Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales. (Vance M. Carina y colaboradores, 2013).

4.6.2 Plan nacional para el buen vivir 2009 – 2013

Objetivo 3. Política 3.4 “Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural”

Meta 3.4.1. “Reducir en 25% el embarazo adolescente hasta el 2013”

Meta 3.4.2. “Disminuir en 35% la mortalidad materna hasta el 2013”

Meta 3.4.3. “Reducir en un 35% la mortalidad neonatal precoz hasta el 2013”

4.6.3 Código de la niñez y de la adolescencia

“**Art. 25:** El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas, para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas, con peso inferior a 2.500 gramos”.

4.6.4 Ley orgánica de salud

“**Art.4** La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias”.

“**Art. 6,** numeral 6 Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención, y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones

que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”. (Pozo Sofia, 2013).

4.7 NIVELES DEL CONE

4.7.1 Nivel CONE comunitario

4.7.1.1 Concepto. Se define como un Modelo local de organización y coordinación para la atención Materno Neonatal que es liderada por los proveedores de servicios de salud institucionales del Primer Nivel de Atención del MSP con la participación de los proveedores de salud comunitarios (Parteras Tradicionales) en una Parroquia o Circuito de Salud, teniendo como fin incrementar el acceso de la población más vulnerable, garantizando la atención de CONE continua y de calidad a la mayor cantidad de usuarias/os.

En el Primer Nivel de Atención organizándose localmente con las comunidades que se adscriban a cada Circuito de Salud y su establecimiento de Salud correspondiente.

4.7.1.2 Organización y conformación

- Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de la RPIS actores comunitarios de salud
- Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS).
- Promotores de salud o Agentes Comunitarios de Salud
- Parteras Tradicionales Ancestrales y otros Prestadores de Salud de la Medina Ancestral
- Personal asistencial de centros de salud

Se conforma en cada Circuito de Salud y realizan sus actividades en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del SNS (Puestos de Salud, Centros de Salud A, B y C) y las correspondientes de cada institución de la RPIS; se promueve el acceso a la atención de CONE en las comunidades y hogares, a través del trabajo conjunto entre el personal institucional y las Parteras Tradicionales, TAPS y/u otros Prestadores de Salud de la Medicina Ancestral, con el apoyo de las organizaciones sociales locales.

4.7.2 Nivel CONE básico

4.7.2.1 Definición. Se define como una estructura organizada en Centros de Salud Tipo C del Primer Nivel de Atención y en Hospitales Básicos del Segundo Nivel de Atención, con capacidad de ofrecer cuidados obstétricos y neonatales esenciales en los Hospitales Básicos, las 24 horas del día, 365 días al año, estableciendo mecanismos de coordinación para la derivación, referencia, y contrareferencia con los establecimientos de salud de mayor y menor nivel de atención.

4.7.2.2 Organización. Se define como una instancia de coordinación y atención de salud conformada por los componentes de la RPIS en un Distrito de Salud, bajo la coordinación y la conducción del Distrito de Salud en el Segundo Nivel de Atención. Integra las Redes Locales o Comunitarias del CONE de su espacio cantonal y/o distrital, mismas que refieren sus casos al Hospital Básico del Distrito y además le reportan sus resultados.

Cada Dirección Zonal deberá prever la existencia y funcionamiento de los establecimientos con Nivel CONE Básico garantizando la atención durante las 24 horas, 365 días al año en sus Distritos correspondientes

En Centros de Salud Tipo C del Primer Nivel de Atención y Hospitales Básicos del Segundo Nivel de Atención, que incluyan o no las Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR), coordinando con los establecimientos de salud del Primer Nivel de su jurisdicción distrital de salud.

4.7.3 Nivel CONE avanzado

4.7.3.1 Concepto. Se define como una estructura organizada con capacidad de ofrecer en los Hospitales Generales y Hospitales Especializados, los cuidados obstétricos y neonatales esenciales y completos, las 24 horas del día, 365 días al año, estableciendo mecanismos de derivación, referencia, y contrareferencia con establecimientos de salud especializados y con los de menor nivel de atención.

4.7.3.2 Organización.

Corresponde al Hospital General del Segundo Nivel de Atención, y comprende todas las acciones de atención gineco-obstétricas y neonatales de atención ambulatoria, especializada y cuando se requiera las de hospitalización clínica y quirúrgica por situaciones de emergencia o programadas. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención, y de los Hospitales Básicos del Segundo Nivel de Atención, exceptuándose los casos de urgencias médicas que acudirán

espontáneamente, mismas que una vez resueltas serán contrareferidas al nivel correspondiente

Contará además con los servicios de apoyo al diagnóstico y farmacia institucional. La Unidad de Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación Zonal y/o del Hospital será responsable de la implementación del CONE Completo.

4.8 ROLES Y FUNCIONES DEL CONE

4.8.1 CONE comunitario nivel operativo

- **Atención preconcepcional.**

Anticoncepción mediante instrucción del uso y provisión registrada de métodos de barrera, métodos anticonceptivos hormonales, otros métodos y asesoría.

Responsable: Personal de salud coordinación con agentes comunitarios.

- ✓ Provisión de ácido fólico y asesoría, con el fin de prevenir los defectos del tubo neural.

Responsable: Personal de salud en coordinación con agentes comunitarios

- ✓ Ejecución de los programas de orientación del manejo y prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH-SIDA.

Responsable: Integrantes del CONE Comunitario

Promoción de la adecuada nutrición y el mantenimiento de ambientes saludables. ***Responsable: Integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.***

- **Atención durante el embarazo.**

- ✓ Identificación de embarazadas y Recién Nacidos; a través de visitas domiciliarias por la Partera Ancestral, Técnicos de Atención Primaria en Salud y otros Prestadores de salud de la medicina ancestral para recomendar su referencia a los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Responsable: Integrantes del CONE Comunitario

- ✓ Apoyo a las organizaciones sociales para la conformación de los Comités de Transporte de Emergencias y su vinculación con el Sistema Nacional de Emergencias (SIS ECU 911).

Responsable: Integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.

- ✓ Aplica y vigila el cumplimiento de los programas de prevención y atención prenatal de acuerdo a norma.

Responsable: Personal de salud

- **Atención del parto y nacimiento.**

- ✓ El personal de salud de la Red Local del CONE Comunitario debe conocer, monitorear y vigilar el adecuado desarrollo de la labor de parto, la atención del parto en libre posición y del recién nacido al nacimiento con pertinencia cultural, tanto en el parto normal como en sus complicaciones. Responsable: Integrantes del CONE Comunitario
- ✓ En caso de detección de señales de peligro durante el parto y nacimiento, asegurar la referencia inmediata de la madre y/o el RN, mediante la activación del Plan de Emergencia Familiar y

Comunitario. Responsable: Integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.

- ✓ Garantiza que el recién nacido sea atendido mediante el secado, abrigo, mantenimiento del contacto con su madre (mejor piel a piel), el pinzamiento oportuno del cordón umbilical (cuando deje de latir) y el inicio de la lactancia materna exclusiva inmediata (no excediendo de la primera hora de vida). En caso necesario aplicar la metodología de “Ayudando a los Bebés a Respirar” (ABR).
Responsable: Integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal de salud institucional y comunitario.

- **Atención durante el postparto.**

- ✓ Orienta y verifica la realización de la visita domiciliaria a la madre y el RN en la primera semana de post parto. Responsable: Integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.
- ✓ Realizar asesoría y consejería en planificación familiar. Responsable: Integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.

- **Atención en la etapa neonatal**

- ✓ Refiere y asegura la referencia neonatal para control de evaluación, inclusión en programas de salud correspondientes (incluye cedulação, apertura de HCU – Carné de Salud y tamizajes en la unidad de salud que le corresponda). Responsable: Integrantes del CONE Comunitario

- ✓ Promueve las prácticas saludables de lactancia materna exclusiva, aseo y cuidado del neonato/a, vacunación correspondiente, control de niño sano Responsable: Integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.

4.8.1.2 Nivel administrativo

- ✓ Coordina, preside y convoca a las reuniones mensuales, de su Red Local del CONE Comunitario en la que se revisarán los reportes de actividades realizadas por las parteras capacitadas, TAPS u otro prestador de salud de la medicina ancestral, conjuntamente, realizarán el análisis de cada caso de la jurisdicción de cada partera, TAPS o agente comunitario de salud, aplicando los instrumentos de tamizaje de factores de riesgo y signos de peligro. Para todo ello utilizará el formulario implementado para esta actividad.
- ✓ Elabora, planifica y ejecuta programas de capacitación dirigidos a proveedores de salud integrantes del CONE comunitario
- ✓ Llevan los registros mensuales de las actividades de la Red Local del CONE Comunitario, así como de los registros de las mujeres embarazadas y recién nacidos con tamizaje de riesgo.
- ✓ Realiza mensualmente la Reunión de su Equipo de Mejora Continua de la Calidad incluyendo la Vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal.

Responsable: Director/delegado del Centro de Salud del MSP

4.8.1.3 Integrantes del CONE comunitario

- ✓ Realizan búsqueda activa para identificación de embarazadas y recién nacidos/as (RN) en la parroquia o circuito de salud, con la participación de parteras/os ancestrales, líderes comunitarios, promotores o agentes comunitarios de salud, técnicos de atención primaria de salud y personal de salud, utilizando los instrumentos que se han desarrollado para este fin.
- ✓ Fortalecen las capacidades de las parteras para identificar señales de peligro, referir mujeres para atención materna o por emergencia y manejar el formulario de reporte de actividades de parteras, así como llenar los cupones de referencia de parteras. Deberán además realizar el seguimiento correspondiente a los casos detectados. Actualizan mensualmente en forma participativa el Mapa Parlante para identificar a las embarazadas, recién nacidos, en las comunidades²⁴. Realizan la programación y ejecución de visitas domiciliarias con calidad y calidez a mujeres embarazadas y recién nacidos en riesgo, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).
- ✓ Programan y ejecutan visitas domiciliarias con calidad y calidez a madres en el post-parto temprano, dentro de las 48 horas, y en la primera semana de vida al recién nacido. Estas visitas las realizarán parteras capacitadas y/o personal de salud.
- ✓ Actualizan el tarjetero de visitas a embarazadas en riesgo, mujeres de postparto y Recién Nacidos.

- ✓ Conforman comités de Emergencia Comunitarios y contarán con los planes respectivos.
- ✓ Realizan actividades de capacitación, que permitan la respuesta inmediata de la comunidad mediante los Planes Comunitarios de Emergencia.
- ✓ Realizan la referencia oportuna a los niveles de mayor complejidad.

Responsable: Director/delegado del Centro de Salud del MSP

4.8.2 CONE BÁSICO

4.8.2.1 Nivel operativo

- **Atención preconcepcional.**

- ✓ Realiza y ejecuta los programas de salud normados para este grupo poblacional
- ✓ Anticoncepción mediante instrucción del uso y provisión registrada de métodos de barrera, métodos anticonceptivos hormonales, otros métodos y asesoría
- ✓ Promoverá la adecuada nutrición y prácticas de vida

- **Atención durante el embarazo**

- ✓ Provee e informa los beneficios del ácido fólico, la adecuada nutrición, los ambientes y prácticas de vida saludable (evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas)
- ✓ Aplica los programas de prevención y manejo de infecciones de transmisión sexual y la correspondiente vigilancia y seguimiento
- ✓ Asegura el cumplimiento de al menos cinco controles prenatales, vacunación antitetánica y exámenes complementarios necesarios

- ✓ Aplica las normas, estándares y guías de práctica clínica de control prenatal emitida por la autoridad sanitaria.
- ✓ Realiza en caso necesario: manejo de antihipertensivos, sulfato de magnesio para pre eclampsia, antibióticos en caso de ruptura prematura de membranas, uteroinhibidores y corticoides en amenaza de parto prematuro de hasta 35 semanas, atiende el aborto en curso o inevitable,(completo, incompleto y diferido) Atención del parto y del nacimiento.
- ✓ Promueve la atención del parto con personal calificado de acuerdo a la norma.
- ✓ Promueve y realiza el tamizaje y manejo de VIH-SIDA.

Responsable: Equipo de Salud del Establecimiento de Salud (Hospital Básico, Centro de Salud Tipo “C”)

- **Atención durante el parto**

- ✓ Aplica las Normas, Guías de práctica clínica, Manuales de atención de parto, Protocolos técnicos para la atención del parto normal y manejo de complicaciones obstétricas y neonatales con pertinencia cultural y competencias interculturales.
- ✓ Vigilancia del trabajo de parto y atención del parto vaginal con partograma
- ✓ Administrar antibióticos inyectables
- ✓ Administrar oxitocina
- ✓ Manejo de anticonvulsivantes inyectables
- ✓ Atención del parto vaginal asistido por personal calificado, con acompañamiento acorde las recomendaciones de interculturalidad

- ✓ Procedimientos como episiotomía, sutura de desgarros en casos estrictamente necesarios.
- ✓ En caso de emergencia durante el parto o nacimiento (problema obstétrico o neonatal) realiza la atención de emergencia y la transferencia a un nivel de mayor complejidad (ver Normas de atención Materna y Neonatal, Norma del Subsistema de referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación).

Responsable: Equipo de Salud del Establecimiento de Salud (Hospital Básico, Centro de Salud Tipo “C”)

- **Atención durante el post parto.**

- ✓ Realizar la visita a la madre en hospitalización, previa al alta y en la primera semana de post parto. Si el parto fue en domicilio, la visita la realizará el equipo integral de salud
- ✓ Planificación Familiar mediante instrucción del uso y provisión registrada de métodos de barrera, métodos anticonceptivos hormonales, Ligadura de trompas, otros métodos incluida vasectomía a su pareja y asesoría

Responsable: Equipo de Salud del Establecimiento de Salud (Hospital Básico, Centro de Salud Tipo “C”)

- **Atención al nacimiento y en la etapa neonatal.**

- ✓ Nacimiento atendido por una persona capacitada
- ✓ Atención inmediata del recién nacido: Secado, abrigo, pinzamiento oportuno del cordón umbilical, examen físico del RN,

administración de vitamina K, profilaxis ocular. Reanimación neonatal en caso necesario.

- ✓ Apego inmediato y prevención de hipoglucemia (Lactancia dentro de la primera hora)
- ✓ Atención Neonatal Básica
- ✓ Monitoreo de temperatura del recién nacido
- ✓ Uso de antibióticos para control de sepsis neonatal
- ✓ Cuidados esenciales del RN y Neonato: Ojos y cordón umbilical, inmunizaciones, dormir en decúbito supino, tamizaje neonatal, inscripciones y otros.
- ✓ Reconocimiento temprano de signos de peligro (enseñar a los padres los signos de peligro)
- ✓ Transporte de emergencias neonatales, y su vinculación con el Sistema Nacional de Emergencias
- ✓ Se complementará con inscripción en el Registro Civil, cedulación, apertura de HCU, se proporcionará el Carné de Salud de la Niñez y tamizajes
- ✓ Promover el cumplimiento de lactancia materna exclusiva, aseo y cuidado del neonato/a, vacunación correspondiente y control de niño sano.

Responsable: Equipo de Salud del Establecimiento de Salud (Hospital Básico, Centro de Salud Tipo “C”)

4.8.2.2 Nivel Administrativo

- El personal de salud de los Hospitales Básicos y eventualmente de los Centros de salud Tipo C, promueven, coordinan, y desarrollan las

actividades esenciales de cuidado obstétrico y neonatal, durante la consulta externa y la hospitalización.

- Realiza mensualmente la Reunión de su Equipo de Mejora Continua de la Calidad incluyendo la Vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal
- Reportan sus resultados al Equipo de Conducción del CONE de la Zona que corresponde

Responsable: Director/Delegado del Establecimiento de Salud (Hospital Básico, Centro de Salud Tipo “C”)

4.8.3 CONE AVANZADO

4.8.3.1 Nivel operativo

- **Atención preconcepcional.**
 - ✓ Anticoncepción en general, incluyendo las de abordaje quirúrgico.
 - ✓ Trata los casos complicados de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH-SIDA.

Responsable: Equipo de Salud de especialistas del Establecimiento de Salud (Hospital General Provincial y Hospital Especializado)

- **Atención del embarazo**
 - ✓ Realiza controles prenatales de embarazos con complicaciones

Responsable: Equipo de Salud de especialistas del Establecimiento de Salud (Hospital General Provincial y Hospital Especializado)

- **Atención del parto y el nacimiento**
 - ✓ Realiza actividades de CONE Básico con pertinencia cultural según necesidades y además: atención de cesáreas por compromiso de la vida materna o fetal, dispone y aplica

hemocomponentes, en caso de requerirse, dispone de equipo de anestesiología y especialista médico, aplica a los neonatos de riesgo: reanimación avanzada con intubación y uso de medicamentos, ventilación asistida en cualquier modalidad, abordaje de vías centrales y administración de soluciones intravenosas.

Responsable: Equipo de Salud de especialistas del Establecimiento de Salud (Hospital General Provincial y Hospital Especializado)

- **Atención del postparto**
 - ✓ Seguimiento de la evolución del parto según normas correspondientes
 - ✓ Alta de calidad
 - ✓ Planificación Familiar en general, incluyéndose las de abordaje quirúrgico.

Responsable: Equipo de Salud de especialistas en Obstetricia del Establecimiento de Salud (Hospital General Provincial y Hospital Especializado)

- **Atención en la etapa neonatal**
 - ✓ Cuidados rutinarios del neonato según la norma
 - ✓ Cuidados especializados del neonato complicado según norma de atención neonatal
 - ✓ Alta de calidad

Responsable: Equipo de Salud de especialistas en neonatología del Establecimiento de Salud (Hospital General Provincial y Hospital Especializado).

4.8.3.2 Nivel administrativo

- El personal de salud de los Hospitales Generales, promueven, coordinan, y desarrollan las actividades esenciales de cuidado obstétrico y neonatal, durante la consulta externa y la hospitalización.
- Realiza mensualmente la Reunión de su Equipo de Mejora Continua de la Calidad incluyendo la Vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal
- Reportan sus resultados al Equipo de Conducción de la Zona que corresponde, en el componente de CONE

Responsable: Gerente y Director Médico del Establecimiento de Salud (Hospital General Provincial y Hospital especializado). **(Pozo Sofia y colaboradores, 2013)**

4.9 NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA ATENCIONES

4.9.1 Atención prenatal

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el período del embarazo de **BAJO RIESGO**. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas;

uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

Para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos, en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición del peso; determinación de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal, presentación, posición y situación aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado.

4.9.2 Atención del parto

El parto es un momento de trascendental importancia para la mujer y el bebé, que se relaciona con su supervivencia inmediata y con la posibilidad de mejorar la salud y nutrición a largo plazo, pero al mismo tiempo, con el riesgo de morbilidad y mortalidad para ambos.

La aplicación de estándares básicos de calidad en la atención del parto contribuye a uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU: “Reducir, hasta el 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes”. Más aún, cuando ya sabemos que la ejecución de ciertas prácticas basadas en la evidencia científica y la anulación de otras tantas no recomendables garantizan un parto seguro. El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno del Ecuador define en su Objetivo 3: “Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población”, para lo que establece, en una de sus Metas principales

Existe consenso internacional, a través de la medicina basada en la evidencia, de que una adecuada atención del parto implica:

Uso del partograma para monitoreo de la labor de parto y toma de decisiones oportunas según las desviaciones de su curva.

El partograma es un importante instrumento de seguimiento a la evolución del trabajo de parto a través de un registro gráfico, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.

Tiene las siguientes ventajas:

- 1) Disminuye la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones
- 2) Garantiza un seguimiento con alta calidad
- 3) Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan

- 4) Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico
- 5) En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina
- 6) Facilita archivar y computar los datos
- 7) Constituye un método de lenguaje universal
- 8) Es económico y asequible. Además, está relacionado con la disminución de: a) El uso de oxitocina, b) El trabajo de parto prolongado, c) El índice de sepsis posparto, d) El empleo de fórceps, e) La ejecución de cesárea por sospecha

Manejo Activo de la tercera etapa del parto

Esta práctica basada en la evidencia incluye la administración de medicamentos uterotónicos después del parto (se recomienda 10 UI de Oxitocina por vía intramuscular); liberación de la placenta con tracción controlada y contratracción uterina por encima del hueso pubiano y masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta y cada 15 minutos en las siguientes 2 horas. Está demostrado que el MATEP disminuye sustancialmente la incidencia de hemorragia puerperal por atonía uterina, en 60%

Pinzamiento del cordón en tiempo óptimo.

Se considera que se lo debe pinzar y cortar aproximadamente unos 3 minutos después del nacimiento, cuando el cordón deja de latir (excepto en los casos de asfixia neonatal, cuando el pinzamiento temprano podría ser necesario para aplicar medidas de reanimación). Pinzar el cordón umbilical

de inmediato (dentro de los 10 a 15 segundos del parto), impide al recién nacido recibir el volumen sanguíneo y las reservas de hierro suficientes, aumentando la incidencia de carencia de hierro y la anemia durante la primera mitad de la lactancia, lo cual supone un riesgo aún más alto para los lactantes con peso bajo al nacer los nacidos de mujeres con carencia de hierro.

Garantizar prácticas higiénicas y beneficiosas en la atención.

Gran parte de las defunciones neonatales están relacionadas directamente con causas infecciosas que pueden ser eficazmente prevenidas a través de intervenciones sencillas de cuidado e higiene durante el parto. Los principios de limpieza son esenciales tanto en los partos realizados en el hogar, como también en los realizados en centros de salud: manos limpias; perineo limpio; no introducir nada sucio vaginalmente; superficie limpia para el parto; limpieza en el pinzado y corte del cordón umbilical; limpieza en el cuidado del cordón umbilical

Tratamiento inicial y referencia clínica en caso de complicaciones

Toda parturienta o recién nacido que tenga complicaciones como consecuencia del parto debe ser atendida/o y/o referida de acuerdo a las normas y estándares establecidos del MSP (atención de las emergencias obstétricas de primer nivel), incluyendo resucitación del recién nacido si es necesario.

Maduración fetal de los pulmones en amenaza de parto pre-término.

El uso de un ciclo único de corticoides prenatales para acelerar la maduración pulmonar y de otros órganos fetales en mujeres con riesgo de

un nacimiento pre término, reduce el riesgo de muerte neonatal, el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR o enfermedad de membrana hialina), la hemorragia cerebro-ventricular, enterocolitis necrotizante, infecciones sistémicas, necesidad de apoyo respiratorio y la admisión a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Aplicación de protocolo para Ruptura Prematura de Membranas (RPM).

Es necesario administrar antibióticos cuando se ha producido una ruptura prematura de las membranas para la prevención o el tratamiento temprano de la infección. El tratamiento con antibióticos después de la RPM se asocia con reducción de la mortalidad neonatal, y en caso de que se trate de un parto pretérmino, puede ayudar a retardar el nacimiento. El antibiótico de elección es la Eritromicina

Cesárea solamente bajo indicaciones precisas y bajo protocolo.

El aumento en los partos por cesárea en hospitales está asociado con un incremento en la morbilidad, tanto en las madres como en los recién nacidos. Por lo tanto, hay una urgente necesidad de brindar a las mujeres y a los proveedores de salud una información clara y científicamente respaldada sobre los posibles riesgos y beneficios asociados con este tipo de parto. Los resultados de un reciente estudio prospectivo multicéntrico confirman que en los casos de presentación cefálica del feto, este procedimiento quirúrgico está significativamente asociado con una mayor morbilidad y mortalidad de la madre, el feto y el recién nacido, independientemente del escenario médico y sociocultural en que se realice

Eliminación de prácticas rutinarias como episiotomía, rasura y aplicación de enema.

Muchas mujeres se benefician de la episiotomía, por lo que no se puede abolir por completo esta práctica, pero ésta debe ser usada en forma selectiva, con criterios muy claros y selectivos (inminencia de desgarro o compromiso de la vitalidad fetal) que están presentes en no más del 30 % de casos. La protección adecuada del periné durante la atención del parto, es un factor que contribuye a evitar los desgarros y una alternativa para aquellas mujeres sin indicaciones para una episiotomía. La episiorrafia genera una experiencia dolorosa más intensa y duradera que la presencia de desgarros leves (I o II) o la no realización del procedimiento. La dispareunia (molestias durante la penetración vaginal), puede ser un efecto a largo plazo de la episiotomía y genera angustia a la mujer. La persona que atiende el parto debe estar calificada para definir la realización o no del procedimiento de acuerdo con el beneficio real que tendrá para la madre y el recién nacido.

Atención de postparto inmediato

El puerperio inmediato (24 primeras horas desde que ocurre el alumbramiento) se constituye en un período crítico e importante, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias fatales para la mujer puerpera y su hijo o hija. De hecho, el 11,9 % de las muertes maternas en el Ecuador en el 2006 tuvieron como causa directa la Hemorragia posparto

El puerperio inmediato es un esfuerzo orgánico para lograr la hemostasia uterina a través de la retracilidad que es un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina y la contractilidad, que es un fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporáneo de la fibra muscular uterina con lo que se provoca la oclusión y compresión vascular propia de esta fase. Clínicamente palpamos un útero de consistencia dura elástica, de límites bien definidos que se denomina "Globo de Seguridad de Pinard", que periódicamente adquiere una consistencia dura leñosa que provoca dolor, denominados "entuetos". El fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical. La hemostasia lograda no es total, se pierden pequeñas cantidades de sangre rojo rutilante, acompañada de restos de decidua esponjosa, llamadas "loquios", en las primeras 24 hrs éstos son hemáticos

Lo recomendado por el MSP de Ecuador abarca lo siguiente para este primer día y se resume así:

- Evaluar un mínimo de tres controles obligatorios durante las primeras tres horas: signos vitales (TA, temperatura y pulso), retracción uterina; hemorragia; genitales externos y características de los loquios.
- Iniciar contacto piel a piel, lactancia materna exclusiva y alojamiento conjunto madre hijo: Apenas el recién nacido está estable y respira, se lo puede colocar sobre el pecho de la madre, en decúbito prono, con las pieles en contacto, cubriendo la espalda de la criatura y el pecho de la madre con un lienzo seco y tibio, lo que favorece el inicio temprano de la lactancia materna y está relacionado con una duración más larga de la lactancia materna exclusiva. También puede beneficiar a la madre ya

que el amamantamiento estimula la secreción de oxitocina materna y promueve las contracciones uterinas con lo cual es posible que disminuya el sangrado materno

- Identificar precozmente las complicaciones, especialmente la posibilidad de una Hemorragia posparto o la dificultad en la formación del Globo de Pinard. En pacientes con pre-eclampsia hay que estar atentos al incremento de la tensión arterial, la cefalea intensa, epigastralgia o escotomas. En general se debe vigilar signos de infección, como fiebre y sangrado con mal olor.

Atención inmediata del recién nacido

Los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento de un niño o una niña son de crucial importancia debido a que empieza una fase de adaptación a un nuevo tipo de medio ambiente totalmente desconocido y que le representa una serie de dificultades como la de abandonar un entorno líquido y con una temperatura de más o menos unos 35° C, atravesar un canal que no siempre le brinda facilidades; soportar una temperatura que casi siempre es menor a su entorno anterior, dejar de depender de su conexión vascular y sanguínea para iniciar un proceso de oxigenación por intermedio de sus propios recursos respiratorios y finalmente empezar a utilizar una fuente nutricional totalmente ajena a su experiencia de 40 semanas de gestación. Todo esto puede ser superado sin mayor dificultad cuando todos los mecanismos y capacidades fisiológicos del neonato están intactos, no obstante, tanto probables amenazas externas como deficiencias propias de su condición pueden transformar este fenómeno del nacimiento en un riesgo inminente que atente a su vida o a su salud.

La finalidad es disminuir, al mínimo, las posibilidades de morbimortalidad neonatal. Para esto, es necesario entre otras cosas:

- Vigilar y favorecer la respiración espontánea: La primera función que realiza un recién nacido, es introducir, a una elevada presión, aire ambiental e ir removiendo el líquido pulmonar, que ocupaba sus pulmones en la vida fetal. Se instala una circulación pulmonar, venciendo una gran presión de la arteria pulmonar y así cerrando las comunicaciones cardiacas (ínter auricular) y el ducto arterioso. La estimulación táctil se realizara sutil y no bruscamente; la succión de boca y nariz será de forma suave preferiblemente con perita de aspiración manual. Consideración especial se tendrá en los síndromes de bronco aspiración (meconio, sangre) y malformaciones congénitas (hernia diafragmática) que ameritarán el uso de aspiración o ventilación mecánica.
- Prevenir pérdidas de calor: Uno de los aspectos que mejor deben ser evaluados al momento de nacer, es la tendencia del recién nacido a la hipotermia. En un recién nacido, el valor normal está en el rango de 36,5 - 37,5 ° C.
- Prevenir y controlar infecciones: La infección constituye una de las primeras causas de morbimortalidad en el período neonatal. Existen intervenciones eficaces en el control de la infección neonatal y prenatal (tétanos, sífilis, hepatitis B, SIDA) y en la atención del parto, como la prevención ocular contra la conjuntivitis y el uso de triple colorante, solución yodada o alcohol absoluto (70%) para el cordón umbilical. El lavado de manos antes y después de manipular a un recién nacido, sigue

siendo la medida más inteligente en el control de las infecciones nosocomiales neonatales. La estancia hospitalaria prolongada de un recién nacido de bajo peso o prematuro aumenta el riesgo a infecciones.

(M., Dra. Bernarda Salas, Dr. Eduardo Yépez, 2008)

4.10 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

4.10.1 Mortalidad materna

No es coincidencia que los más altos índices de muerte materna se encuentran entre los grupos de mujeres pobres, indígenas, afroecuatorianas o ubicadas en zonas rurales y urbano-marginales. El Ecuador ocupa el cuarto lugar entre los países de las Américas que mayor razón de mortalidad materna presentan, 96,30% en el año 2009 según datos del INEC.

En el Ecuador es factor predisponente de la muerte materna y posiblemente en mayor número de la muerte neonatal, la atención del parto y nacimiento en domicilio por personal no profesional.

Entre las principales causas de mortalidad materna se encuentran: eclampsia 12%, hemorragia severa 24%, complicaciones de un aborto 13%, infecciones 16%, parto obstruido 8%, otras causas directas 8%, causas indirectas 20%.

En el Ecuador es factor predisponente de la muerte materna y posiblemente en mayor número de la muerte neonatal, la atención del parto y nacimiento en domicilio por personal no profesional

4.10.2 Mortalidad neonatal

Las causas directas de mortalidad neonatal son: nacimiento pretérmino (28%), infecciones severas (26%) y asfixia (23%), al tiempo que la causa indirecta más importante es el bajo peso al nacer (< 2.500 g) que se asocia a los trastornos del embarazo, la pobreza, falta de educación, información y comunicación, como factores de riesgo, lo que refleja la falta de equidad para acceder a las medidas de promoción de la salud así como de prevención y control de las enfermedades prevenibles.

La causa de la muerte neonatal es el indicador más fehaciente de la falta de cuidado en el hogar y la protección que ofrece el sistema de salud, y permite establecer hipótesis y conclusiones que mejoren la atención de salud que responda a las necesidades sociales y culturales del entorno

A todo lo anterior se suman las razones por las cuales las madres no van a los establecimientos de salud, y que básicamente son, por respuesta:

- “Es nuestra costumbre, tradición”
- “Factores económicos, más barato”
- “Dificultad de transporte para ir al hospital”
- “Más confianza en el ambiente, familiares y partera”
- “Buen trato de familiares y partera”
- “En la casa se puede practicar costumbres, tradiciones”
- “En el hospital hacen prácticas que no les gustan”
- “En casa no cuesta nada o es más barato”

Se ha comprobado que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal, y que las primeras 24 horas

determinan el futuro del niño. Otros factores que contribuyen a una mortalidad neonatal elevada incluyen la baja visibilidad de las defunciones de los recién nacidos y de la salud de los neonatos en los entornos prioritarios nacionales; son las desigualdades en el acceso de parteras calificadas a la atención primaria de salud y una salud materna deficiente. Otras causas indirectas son los factores socioeconómicos como pobreza, educación deficiente (especialmente la materna), falta de autonomía de la mujer, acceso limitado a la atención en salud, prácticas curativas tradicionales entorpecedoras. (Vance M. Carina y colaboradores, 2013).

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo

5.2 Área de estudio

El área de estudio fue en el Subcentro de salud de Yangana del distrito 11D01.

5.3 Universo

El universo del presente estudio es de 29 embarazadas 3 puérperas atendidas en el subcentro de salud de Yangana, en el periodo Febrero- Octubre 2015.

Además de 7 integrantes del personal de salud que labora en el subcentro de salud de Yangana, periodo Febrero- Octubre 2015

5.4 Muestra

La muestra es de 29 embarazadas 3 puérperas atendidas en el subcentro de salud de Yangana, en el periodo Febrero- Octubre 2015. Y 7 integrantes del personal de salud que labora en el subcentro de salud de Yangana en el periodo Febrero- Octubre 2015

5.5 Criterios

5.5.1 criterios de inclusión: los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta en el presente estudio fueron: Mujeres embarazadas que son atendidas en el subcentro de salud de Yangana que deseen contestar y firmar la encuesta además de mujeres en puerperio que son atendidas en el subcentro de salud de Yangana que deseen contestar y firmar la encuesta y por último el personal de salud que labora en el subcentro de salud de Yangana que deseen responder y firmar la encuesta.

5.5.2 criterios de exclusión: entre los criterios de exclusión se encuentran: mujeres no embarazadas que son atendidas en el subcentro de salud de Yangana y el personal de salud que labora en el subcentro de salud de Yangana que no deseen participar de la encuesta.

5.6 Métodos, técnica y procedimiento

El presente trabajo de investigación requirió de diferentes métodos, técnicas y procedimientos, en la cual se tomó en cuenta cada uno de los pasos empezando por aprobación del tema, asignación de director de tesis, desarrollo del proyecto de tesis y de la misma manera continuando con los diferentes pasos como son:

Primeramente un oficio dirigido a la directora del subcentro de salud de Yangana, concediéndome el permiso para realizar la aplicación de encuestas en mujeres embarazadas y puérperas atendidas en este centro de salud, así como también al personal de salud.

Una vez aceptado el permiso se realizó la recolección de datos mediante la aplicación de encuestas a mujeres embarazadas y puérperas al momento de llegar a la consulta externa en días alternos, la misma que consta de 2 preguntas con respuestas de si y no y opción múltiple, las cuales evaluaron: El conocimiento sobre la estrategia CONE. Así mismo se realizó la encuesta al personal de salud en una sola visita al subcentro de salud que consta de 6 preguntas las cuales evaluaron: el conocimiento y la aplicación de la estrategia CONE. Concluida la encuesta los encuestados debían de colocar su cedula y firma esto como parte del consentimiento informado.

Después se procedió a la revisión del registro CONE para determinar si se aplica o no esta estrategia, y con ello el llenado de un checklist que contiene parámetros de si y no sobre la aplicación del CONE la cual está incluida en cada una de las encuestas realizadas a embarazadas y puérperas.

Continuando se realizó la sistematización de los datos registrados en la encuesta; en cada parámetro como son conocimiento y aplicación de la estrategia CONE para posterior a esto obtener resultados finales según los objetivos planteados.

Los resultados obtenidos se procesaron en el programa Excel 2010, con ellos se presentaron los resultados en tablas y gráficos, así mismo se analizan los hallazgos de este y otros estudios para poner a consideración las conclusiones y recomendaciones planteadas.

6. RESULTADOS

Objetivo: Evaluar la aplicación de las normas de cuidados obstétricos y neonatales esenciales

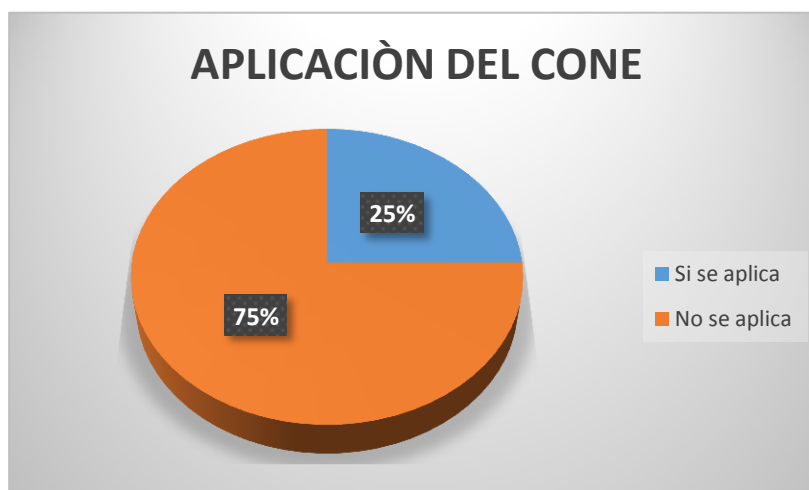
TABLA 1

APLICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si se aplica	8	25%
No se aplica	24	75%
TOTAL	32	100%

Fuente: Registro CONE centro de salud Yangana

Elaborado: Sandy Gabriela Castro Mendoza

GRAFICO 1



Fuente: Registro CONE centro de salud Yangana

Elaborado: Sandy Gabriela Castro Mendoza

Según los datos obtenidos mediante la revisión de la matriz del registro CONE se observa que en el 75% no se aplica y el 25 % si se aplica esta estrategia.

Objetivo: Determinar el cumplimiento de la norma de cuidados obstétricos y neonatales esenciales CONE.

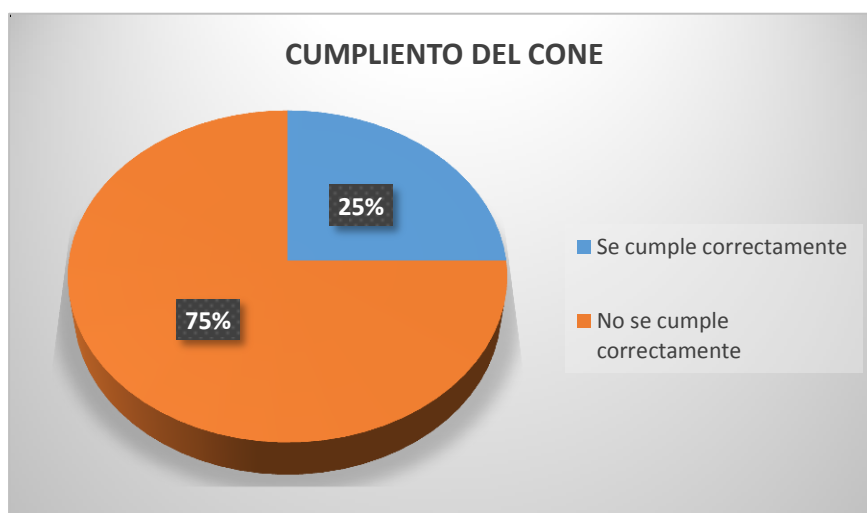
TABLA2

CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Se cumple correctamente	8	25%
No se cumple correctamente	24	75%
TOTAL	32	100%

Fuente: Registro CONE centro de salud Yangana

Elaborado: Sandy Gabriela Castro Mendoza

GRAFICO 2



Fuente: Registro CONE centro de salud Yangana

Elaborado: Sandy Gabriela Castro Mendoza

De la revisión de la matriz de registro CONE se obtuvo que el 75% no se cumple correctamente y el 25% si se cumple. Estando entre este mal cumplimiento, la falta de registro de la atención del neonato. Y relacionándola así mismo con la falta de conocimiento de las embarazadas.

Objetivo: Evaluar el conocimiento que tiene el personal operativo sobre la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE).

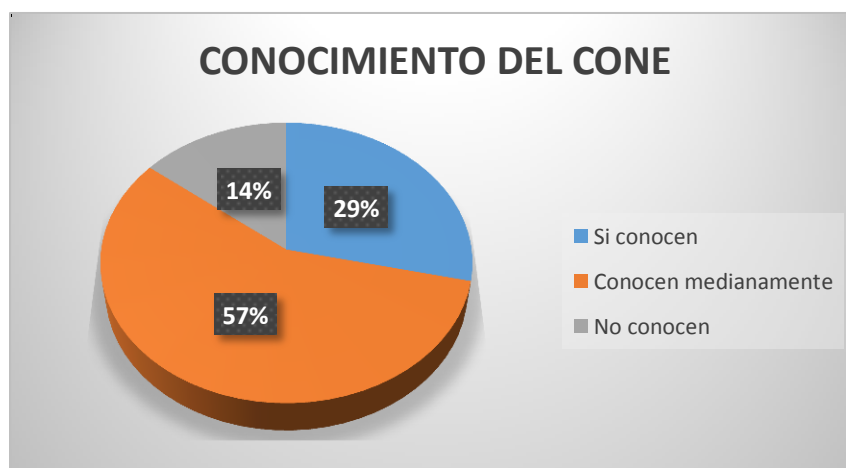
TABLA N 3

CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si conocen	2	28.57%
Conocen medianamente	4	57.14%
No conocen	1	14.28%
TOTAL	7	100%

Fuente: Equipo de Salud de Yangana

Elaborado: Sandy Gabriela Castro Mendoza

GRAFICO N 3



Fuente: Registro CONE centro de salud Yangana

Elaborado: Sandy Gabriela Castro Mendoza

Después de realizar la encuesta al personal de salud se pudo determinar que el 57.14% conocen medianamente sobre esta estrategia el 29% si conocen y el 14% del personal de salud no conocen sobre el CONE.

6 DISCUSIÓN

El presente estudio que fue realizado en 29 mujeres embarazadas, 3 puérperas y 7 integrantes del equipo de salud sobre la aplicación y el conocimiento de la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE).

En cuanto a la aplicación del CONE se encontró que en un 75% no se aplica y tan solo el 25% restante sí; así mismo en un 75% se da un cumplimento correcto y el 25% se cumple correctamente; y en relación al conocimiento del CONE por medio del personal operativo se encontró que medianamente conocen sobre esta estrategia un 57.14%, si conocen un 28.57% y no conocen un 14.28%, sabiendo manifestar que la razón es porque no reciben capacitaciones ya que los puestos que ocupan son rotativos y solo reciben la capacitación al inicio del año rural.

En un estudio realizado por la licenciada Carmen Pacheco C. en el hospital Sagrado Corazón de Jesús en Quevedo sobre el mejoramiento y conocimiento de la estrategia CONE donde reporto que un 92 % del personal de gineco obstetricia no tiene cuarto nivel en relación al CONE y que por no ser especialistas no son personal estable de este servicio sometándose a rotaciones mensuales o trimestrales lo que nos indica mala calidad de atención en nuestro servicio. Y el 100% de los encuestados en este estudio indica necesidad de capacitaciones en normas del CONE. Así mismo en este estudio la mayoría de los trabajadores 56% indicaron que reciben capacitaciones cada mes y el 44% reciben capacitaciones cada tres meses lo que indica mala organización ya que todos los que dan atención CONE se capacitan al mismo tiempo.

Pero si se puede destacar la falta de información sobre la estrategia CONE en las pacientes que son las más beneficiadas, aumentando así el riesgo de complicaciones maternas y neonatales por falta de conocimiento. Evidenciando la inadecuada aplicación y falta de interés sobre esta estrategia.

Tomando en cuenta la importancia de esta estrategia ya que mediante la aplicación de esta se ha obtenido resultados positivos en Cotopaxi sobre la mortalidad neonatal encontrándose que sin la red CONE en el año 2011 la mortalidad neonatal era de 11 por cada 1000 nacidos vivos, mientras que ya implementada a red CONE en este año se redujo la mortalidad a 6 por cada 1000 nacidos vivos. Teniendo en consideración la importancia del conocimiento y a partir de este la aplicación correcta del CONE.

8. CONCLUSIONES

Luego de analizar los resultados de las encuestas aplicadas a embarazadas, puérperas y equipo de salud además de la revisión del registro CONE se concluye que:

- Luego de haber analizado el registro CONE, solo a un pequeño porcentaje que corresponde al 25% se aplica la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE).
- Además luego de analizar tanto el registro CONE como el conocimiento del equipo de salud esto mediante la encuesta realizada se concluye que el CONE no está siendo aplicada de manera correcta.
- Mediante las encuestas realizadas al equipo de salud se puede concluir además, que no conocen completamente sobre esta estrategia, manifestando que esto es debido la falta de capacitaciones.
- Se concluye que la estrategia CONE no está siendo aplicada al 100%, reflejándose en la falta de conocimiento por parte del equipo de salud, embarazadas y puérperas información que se obtuvo mediante las encuestas realizadas.
- Si bien actualmente esta estrategia ya no se encuentra como CONE, pero se continúa con los mismos protocolos para disminuir la mortalidad y mejorar la atención materna y neonatal, por lo tanto es importante la difusión de estos protocolos para mejor conocimiento y aplicación de estos.

9. RECOMENDACIONES

Luego de culminado el presente trabajo de investigación, me permito sugerir las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda mejor aplicación de la estrategia para mejorar el modelo de gestión del CONE debido a que este es a solución a la problemática encontrada.
- Se recomienda capacitación y supervisión del llenado de la matriz del registro CONE, ya que existe poca información hacia las pacientes beneficiadas y como resultado de esto la mala aplicación.
- Recalcando que esta estrategia ya no existe como CONE, pero si se encuentran protocolos con la misma finalidad. Se recomienda al Ministerio de salud pública realizar mayor difusión para que tanto el equipo de salud, mujeres embarazadas y en postparto de este subcentro tenga conocimiento y por ende acceso a todos los beneficios de estos protocolos empleados para disminuir la mortalidad materna y neonatal.

10. BIBLIOGRAFIA

1. (Cuartas TJ. Mesa RC. Ochoa MG. Torres GY, 2010; Faneite & Rivas, 2010; Infante, 1990; “OMS | Apoyo continuo a las mujeres durante el parto,” n.d.)Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf. (n.d.). Retrieved April 15, 2015, from http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf
2. Cuartas TJ. Mesa RC. Ochoa MG. Torres GY, O. G. R. P. (2010). Factores asociados a mortalidad materna – estudio de casos y controles. Medellín 2011. *CES Medicina*. Retrieved from <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/422>
3. DIRECTORIO ENERO 2012ai - Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2011.pdf. (n.d.). Retrieved April 15, 2015, from http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2011.pdf
4. Doménech, E., & Rodríguez-alarcón, N. G. J. (2008). Cuidados generales del recién nacido sano. *Asociación Española de Pediatría*, 20–28.
5. Faneite, P., & Rivas, M. (2013). Mortalidad materna: tragedia prevenible ¿Hemos avanzado? *Revista de Obstetricia Y Ginecología*, 70(1), 24–30.

6. Infante, C. (2012). Utilización de servicios de atención prenatal: Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública de México*, 32(4), 419–429. Retrieved from <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=10632405>
7. OMS | Apoyo continuo a las mujeres durante el parto. (n.d.). Retrieved from http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html
8. (Donoso S, 2010; “Normas y Protocolos Complicaciones Obstetricas3.tif - B108.PDF,” n.d.; Ramón Arbués E. Martin Castillo M., 2011; Rebaza, Mori, & Reyes, 2010)Donoso S, E. (2011). MORTALIDAD MATERNA EN CHILE, 2000-2004. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 71(4). <http://doi.org/10.4067/S0717-75262006000400005>
9. Normas y Protocolos Complicaciones Obstetricas3.tif - B108.PDF. (n.d.). Retrieved April 15, 2015, from <http://www.maternoinfantil.org/archivos/B108.PDF>
10. Ramón Arbués E. Martin Castillo M., A. B. A. . D. P. P. B. (2011). Cuidados del recién nacido en la sala de partos. *EMC - Pediatría*, 36(4), 1–10. Retrieved from <http://www.mendeley.com/research/cuidados-del-recién-nacido-en-la-sala-partos/>
11. Rebaza, L. K. S., Mori, F. M. L. V., & Reyes, M. G. (2014). Mortalidad materna: factores determinantes modificables mediante políticas públicas en la región La Libertad. *UCV Scentia*, 2(1), 22–33.

- Retrieved from <http://www.mendeley.com/research/mortalidad-materna-factores-determinantes-modificables-mediante-políticas-públicas-en-la-región-la-l-1/>
12. (Calle, Barrera, & Guerrero, 2013; Guasch et al., 2013; “Manual de Pediatría,” n.d.; Pérez Queda, Rosabal García, Pérez Guerrero, & Yabor Palomo, n.d.)Calle, A., Barrera, M., & Guerrero, A. (2008). Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54(4), 233–243. Retrieved from <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=323428190003>
 13. Guasch, E., Viejo, A., Martínez, B., Jiménez-Yuste, V., Mateos, F., González, A., ... Gilsanz, F. (2011). Massive obstetric haemorrhage. Action guidelines of the University Maternal Hospital La paz. *Actual. anesthesiol. reanim*, 78–83. Retrieved from <http://bvsalud.org/portal/resource/en/ibc-048110>
 14. Manual de Pediatría. (n.d.). Retrieved April 15, 2015, from <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/RNAtenInm.html?iframe=true&width=95%&height=95%>
 15. Pérez Queda, R., Rosabal García, F., Pérez Guerrero, J. L., & Yabor Palomo, A. (n.d.). Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(3), 239–245. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. M., Dra. Bernarda Salas, Dr. Eduardo Yépez, D. M. de L. F. (MSP). (2012). - 6. Lecciones Aprendidas.pdf. Retrieved April 16, 2015, from <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6. Lecciones Aprendidas.pdf>
17. Pozo Sofia, Ordoñez Irlanda, Martínez Ana Lucia, D. H. M. (2013). smi_D458.pdf. Retrieved July 13, 2015, from http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D458.pdf
18. Laspina Carmen, Yépez Eduardo, Hermida Cesar, Leon Wilfrido, Gavilanes Geoconda, Z. P. (2010). Layout 1 - Por una maternidad y nacimiento seguros ECUADOR 2008.pdf. Retrieved July 13, 2015, from <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Por una maternidad y nacimiento seguros ECUADOR 2008.pdf>.

11. ANEXOS

ANEXO I



ANEXO II



**ENCUESTA DIRIGIDA AL EQUIPO DE SALUD DEL
DISTRITO 1 CIRCUITO 2 YANGANA**

Nombre:

Edad:

1. Conoce Ud. que significa la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) planteados por el MSP.

SI.... No...

2. Esta informado a quien está dirigido los beneficios del de la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE)

Si.... No....

INDIQUE LOS BENEFICIOS

Embarazo
 Parto
 Recién nacido
 Puerperio

3. Sabe usted los niveles de atención que tiene la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE)

Si.... No....

CUALES _____

4. ¿Cada que tiempo recibe Ud. capacitaciones de los Cuidados Obstétricos Y Neonatales esenciales (CONE)

Cada mes

Cada 3 meses

Cada 6 meses

Cada año

Nunca

5. Conoce usted si en el distrito donde trabaja se aplica de manera correcta la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE)

Si.... No....

6. ¿Usted considera que necesita ser capacitado en cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE)?

SI.... No...

.....

FIRMA

CI:



ENCUESTA DIRIGIDA PARA EL EMBARAZADAS Y PUERPERAS DISTRITO N° 1 CIRCUITO 2 YANGANA

1. Conoce sobre la Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE).

SI.....

NO....

Si su respuesta fue SI ¿por qué medio obtuvo la información?

Equipo de salud

Radio

Televisión

Prensa escrita

2. Conoce usted a quien está dirigido los cuidados de la Estrategia CONE?.

SI

NO

Si su respuesta fue SI marque las opciones que crea conveniente:

Embarazadas

Recién nacido

Parto

Postparto

.....
FIRMA

CI

REVISION DE LA MATRIZ DE REGISTRO DEL CONE

Registro de mujeres embarazadas, parturientas y puérperas

SE APLICA: SI

NO

Registro de recién nacidos

SE APLICA: SI

NO



Lic. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE) EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE YANGANA DEL DISTRITO 11D01 LOJA SALUD" autoría de Sandy Gabriela Castro Mendoza, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 19 de Octubre de 2016


Lic. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

