

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Tesis para optar al título de médico y cirujano

**CALIDAD DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS EN EL
HOSPITAL VICTORIA MOTTA, JINOTEGA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2007.**

AUTORES:

**Br. KARLA LUCRECIA ALVAREZ ESCOTO.
Br. MARIO JESUS RUIZ TALAVERA.**

**TUTOR: DR ARNOLDO TORUÑO.
MSC SALUD PÚBLICA**

LEON, AGOSTO DEL 2008

DEDICATORIA

**A NUESTROS HIJOS MARIELENA Y
MARIO ALEJANDRO**

*Para que sigan los pasos del saber
para el bien de las personas
que lo necesitan.*

AGRADECIMIENTO

A DIOS, Por ser nuestra guía, nuestra fe y darnos los conocimientos necesarios para nuestra formación profesional.

A NUESTROS PADRES, Por guiarnos por el camino del bien y estar con nosotros en los buenos y malos momentos de nuestra vida.

A NUESTROS MAESTROS, Por compartir sus conocimientos y fomentar las bases que nos ayudarán a enfrentar los retos de la vida profesional.

AL PERSONAL DEL HOSPITAL VICTORIA MOTA, Por darnos la oportunidad de entrar en su espacio y realizar este estudio monográfico.

Y a todas las personas que hicieron posible la realización de este estudio.

RESUMEN

El Hospital Victoria Motta de la ciudad de Jinotega se encuentra en una región con alta tasa de muertes maternas y es la única unidad de salud con COE completo en el departamento, además está rodeado de comunidades con difícil acceso a este centro asistencial y ella misma se encuentra a una distancia grande del hospital de referencia nacional, también la población no se expresa bien de la unidad de salud, por lo que se decidió valorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas en el segundo semestre del 2007.

El estudio es una investigación de servicios de salud en el que se usaron diferentes métodos y técnicas cualicuantitativo para obtener la información necesaria tales como: la observación de las condiciones del hospital y en particular de las áreas involucradas en la atención de emergencias obstétricas; entrevista a informantes claves como el director del hospital, al jefe del servicio de obstetricia y una medica asistencial; revisión documental para conocer registros estadísticos, requisas de insumos médicos, laboratorio clínico e inventarios de equipos y revisión de expedientes clínicos, así como entrevistas a usuarias externas atendidas por complicaciones obstétricas para conocer el grado de satisfacción de ellas.

Se encontró que el Hospital Victoria Motta carece de una buena infraestructura, de recursos humanos, de algunos equipos, pero que goza de una cantidad necesaria de insumos médicos, mobiliario y ropa como para resolver una emergencia obstétricas, sin embargo por tener estas limitantes hace que las pacientes no se sientan satisfechas durante su estadía lo cual es recalado por el personal que labora en este centro asistencial.

Con muchos esfuerzos se ha logrado mejorar en el cumplimiento de las normas y protocolo de manejo de emergencias obstétricas y la incursión del hospital en la barrera de contención para la reducción de las muertes maternas la cual ha sido significativa en el último trimestre del 2007.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACION.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS.....	7
MARCO TEORICO.....	8
DISEÑO METODOLOGICO.....	37
RESULTADOS.....	40
DISCUSION DE LOS RESULTADOS	55
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS.....	62

INTRODUCCION

Si bien, la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas, manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. (1)

Cada año en el mundo fallecen cerca de 500 mil mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y/o el puerperio, (PAHO 2004). (2)

En Nicaragua las altas tasas de mortalidad materna constituyen uno de los principales problemas de salud pública, siendo para el año 2000 de 91 por 100000 nvr, de ellas el 79% eran obstétricas las que continúan siendo actualmente las mismas tales como las hemorragias, síndrome hipertensivo gestacional, sépsis y aborto.

Las complicaciones surgen durante el embarazo, parto y el puerperio siendo las principales causas de defunción de mujeres en edad fértil, el 29% de las fallecidas son adolescentes, el 32% tienen más de 4 hijos, el 62% sus partos eran domiciliarios y el 29% atendidas por parteras.

Según los indicadores reflejan que el 75% de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal con un promedio de 3 CPN, solo el 45% lo realizan en el primer trimestre del embarazo y no todas llegan al parto institucional, únicamente el 61%.

En análisis comparativos realizados en los dos últimos años hasta el mes de Julio (2006 - 2007) por el SILAIS Jinotega se han encontrado resultados bastantes conmovedores tales como una reducción de solo el 12.5% de muertes maternas la mayoría de ellas rurales, el grupo etario más afectado fue de 20 a 34 años, el 57% de las fallecidas se hallaban en el período de puerperio, siendo los sangrados posparto el motivo de muerte, 5 de los casos del año 2006 y 3 del año 2007. Todos los casos estuvieron en contacto con personal de salud.

Concluyen que, las pacientes fallecidas no recibieron la atención adecuada, no se da una búsqueda activa por el personal de salud y la dificultad con el transporte de los municipios a la cabecera departamental como al hospital Bertha Calderón de referencia nacional.

En el HOSPITAL VICTORIA MOTTA de la ciudad de Jinotega se registraron demandas tales como 3635 partos para el año 2006, de ellos el 70.30% fueron partos normales (vaginales) y 29.70% por vía cesárea. También se atendieron 224 abortos de ellos 219 se les realizó LUA y/o LUI por abortos incompletos y a 2 abortos sépticos.

En el año 2007, hasta el mes de Junio se atendieron 1702 partos de ellos 1161 fueron partos normales y 541 cesáreas, 102 abortos y 102 LUA y/o LUI por abortos incompletos. (19)

Este hospital nació en 1945 y lleva su nombre en memoria de la profesora que impulsó su construcción. Trabajan 24 médicos especialistas, 13 médicos generales y 19 médicos en formación son insuficientes para atender a toda la población del departamento de Jinotega, la demanda supera el 200% de la capacidad atendiendo hasta 140 emergencias diarias y más de 60 consultas externas con solo 130 camas disponibles para todas las especialidades, siendo necesario de ubicar hasta 3 pacientes por cama en el servicio de ginecoobstetricia. (3)

ANTECEDENTES

Se realizó un estudio dirigido al personal de salud calificado en la atención de las complicaciones del embarazo, parto y posparto inmediato, en veinte Hospitales y cuarenta y tres unidades del Primer Nivel de Atención en Junio – Septiembre del 2005, encontrándose las siguientes conclusiones:

Se han dirigido muchos esfuerzos en capacitaciones dirigida a la salud materna utilizando diversidad de metodología, énfasis en la formulación y logro de objetivos de aprendizaje y objetivos de desempeño y monitoreo continuo.

El personal de salud que tiene menos de dos años de laborar presentó mayores conocimientos no así el que posee más de dos años, cuenta con mayores habilidades para la realización de los procedimientos.

Los temas que se deben priorizar son: prevención de la sépsis, síndrome hipertensivo gestacional, vigilancia del trabajo de parto a través del Partograma y la sépsis puerperal.

No hay correlación entre conocimientos y habilidades en los temas manejo de las hemorragias principalmente para el manejo de la extracción manual de la placenta, compresión bimanual uterina.

La hemorragia durante el embarazo, manejo activo del tercer período del parto se reflejó mayor conocimiento. (4)

Se realizó otro estudio en el municipio de El Sauce departamento de León en el segundo semestre del año 2004 por estudiantes universitarios sobre la capacidad del centro salud para atender las emergencias obstétricas y concluyeron que este centro asistencial esta dotado de los servicios básicos para atender las emergencias obstétricas, sin embargo no atienden estas emergencias. (5)

Se realizó un estudio descriptivo y de tipo cuali – cuantitativo en los SILAIS de Managua, Matagalpa, Estelí, Jinotega, Madriz, Chontales, Nueva Segovia, Boaco, Río San Juan, y la RAAN. Estos SILAIS fueron seleccionados por el MINSA y el FNUAP considerando las altas tasas de morbi – mortalidad materna, altos índices de pobreza, insuficiente de acceso a servicios básicos, altas tasas de fecundidad y prevalencia de problemas epidémicos entre otros.

Se incluyeron a los siguientes servicios; 16 centros de salud tipo A, 30 centros de salud tipo B y 37 centros de salud tipo C; 164 puestos de salud tipo A y 267 puestos de salud tipo B, además 13 hospitales de segundo nivel de atención, 20 clínicas privadas y 12 ONG que brindan servicios a la población.

Se concluyó lo siguiente que:

Existen algunas insuficiencias en su priorización e implementación que limita las posibilidades de garantizar servicios integrales con calidad y con suficiente equidad local.

Existen limitaciones en la participación efectiva de los actores sociales el cual se refleja en el nulo funcionamiento de la Comisión de Lucha Contra la Mortalidad Materna desde 1993.

Hay insuficiencia de medios de comunicación telefónica, radial y ambulancia lo que dificultan la interacción entre los diferentes niveles de atención del sistema, conspirando contra la referencia y el flujo eficiente y regular de las emergencias obstétricas.

Del total de establecimientos de salud entrevistados sólo el 8.7% brindan COE completo y el 7.14% brindan COE básico.

Las deficiencias de infraestructuras, mobiliario, equipo y ropa en las diferentes unidades de salud son un factor limitante para la atención de las emergencias obstétricas, sobre todo en las unidades de primer nivel de atención de las SILAIS de Río San Juan y la RAAN. La mayoría de las condiciones de infraestructura de los laboratorios son inadecuadas, los medicamentos más insuficientes son los antibióticos y los antihipertensivos. (6)

Estos son las conclusiones mas significativas relacionados al trabajo de investigación que realizamos.

No se han encontrado estudios específico realizados para segundo nivel de atención.

JUSTIFICACION

Considerando que esta es una región con una tasa alta de muertes maternas y conociendo las opiniones no favorables por parte de los demandantes de los servicios, realizamos este estudio con la intención de describir las condiciones que tiene el HOSPITAL VICTORIA MOTTA de la ciudad de Jinotega, para resolver las emergencias obstétricas y conocer la actitud de las usuarias del servicio de obstetricia cuando se les brinda atención e influir sobre las instituciones proveedoras de salud para que se continúen usando y buscando nuevas estrategias y cooperación para el mejoramiento logístico, capacidad y disponibilidad de los recursos prestadores de servicios con el propósito de reducir la tasa de muertes maternas por complicaciones obstétricas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad de la atención de las emergencias obstétricas en el Hospital Victoria Motta, de Jinotega?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Valorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas en el Hospital Victoria Motta, en el segundo semestre del 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Se pretendió valorar:

1. Los recursos humanos y materiales disponibles.
2. Los procesos involucrados en la atención.
3. Resultados de la atención.
4. Grados de satisfacción de las usuarias externas en relación a la atención recibida.

MARCO TEORICO

I) CONOCIENDO UN POCO DE LOS CUIDADOS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS COE

A partir de 1987 comienza la iniciativa de la Maternidad Segura, donde se definieron acciones con tres objetivos para garantizar su cumplimiento.

- Reducción del número de embarazo no deseados y de alto riesgo.
- Reducción del número de complicaciones obstétricas.
- Reducción de la tasa de mortalidad en las mujeres que presentan complicaciones obstétricas.

Con una respuesta a estos objetivos se definieron algunas estrategias de intervención entre las cuales se destacan: Aumento de la disponibilidad y el acceso a la información sobre los servicios de planificación familiar, acceso a los servicios de atención prenatal de calidad, el parto limpio y seguro y el acceso a Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE) para embarazo de alto riesgo y con complicaciones.

En 1992, se crea la Comisión de Lucha Contra la Mortalidad Materna, coordinada por el ministerio de salud y aglutina a diversas expresiones de la sociedad civil, entre ellas ONG. Recientemente fue reactivada para el inicio de esta década, por decreto presidencial.

En agosto de 1993, el MINSA asume el compromiso de implementar la iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y la Adolescencia.

En 1994, el MINSA adopta el modelo de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia, implementando como un pilar importante para la reducción de la muertes maternas en donde se modifica el enfoque de la atención materno – infantil por un enfoque de atención integral.

En 1996, se establece el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, con el propósito de desarrollar un proceso continuo y sistemático de correlación, análisis, interpretación y difusión de los datos, al que se le suma el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Perinatal, iniciando el registro a partir de 1998 en todas las unidades de salud. También se crea las normas para la Atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio, así como las pautas de Organización y Atención de Emergencias Obstétricas en todas las unidades de salud del país.

Estas acciones contribuyeron en la elaboración de un Plan Nacional de reducción de

la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, el cual responde a los nuevos criterios identificados en la política nacional de salud. En el año 2003, los diferentes países del mundo se reúnen y firman los compromisos de la Cumbre del Milenio, donde se establecen metas que deberán alcanzarse para el año 2015. Nicaragua ha firmado estos compromisos, razón por la cual tenemos que revisar nuestro quehacer con el fin de lograrlos en el tiempo establecido. (7)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), para fortalecer el esfuerzo del MINSA en la reducción de la mortalidad materna, en el marco estratégico de la Maternidad Segura, firmó un acuerdo de trabajo con el programa de reducción de discapacidad y mortalidad materna de la Universidad de Columbia, con el fin de satisfacer las necesidades en materia de emergencias obstétricas en nuestro país. Este programa tiene una dimensión internacional y desarrolla sus acciones en varios países de América, Asia y África.

En la actualidad, respecto a la prevención de la mortalidad materna se ha visto la necesidad de reorientar programas en intervenciones prioritarias y movilizar suficientes recursos para su implementación. Hasta el momento la mayoría de los recursos han sido dirigidos más al cuidado prenatal, a la atención del parto y posparto inmediato que al manejo de las complicaciones.

Todavía la mayoría de las complicaciones y muertes se presentan durante e inmediatamente después del parto y a causas de complicaciones repentinas e inesperadas. Los estudios muestran que la mayoría de las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse o evitarse, sin embargo pueden ser tratadas, siempre y cuando se tenga acceso a Cuidados Obstétricos de Emergencias (COE).

En los últimos años la experiencia ha demostrado que la prevención de la mortalidad materna debe orientarse a la implementación de atención de los COE para el manejo de las complicaciones obstétricas en las unidades de salud. Este enfoque se sustenta así:

- A) Una porción de las mujeres embarazadas desarrollará complicaciones obstétricas.
- B) La mayoría de las complicaciones no pueden ser prevenidas o evitadas.
- C) Las mujeres que sufren complicaciones necesitan de Cuidados Obstétricos de Emergencias rápido para salvar y prevenir morbilidad a largo plazo.

La Ley General de Salud establece en su Título VII capítulo VII sección 2: Las funciones de los hospitales; garantizar la seguridad de los usuarios, velando porque las prácticas y tecnologías sean seguras y confiables. En su sección 3 establece que ningún nuevo procedimiento de diagnóstico o terapéutico puede ser introducido al hospital sin tener la autorización de la instancia correspondiente del Ministerio de Salud. (8)

Los servicios COE que se brindan en las instalaciones de salud se clasifican según las funciones brindadas.

1) Las unidades que brindan COE básico son las que administran antibióticos, oxitócicos, anticonvulsivantes por vía parenteral y cuando se realiza retiro manual de placenta y de productos retenidos, así como el parto vaginal asistido.

2) Las unidades que brindan COE completo son las que además de las funciones anteriores mencionadas, se suministra sangre y se realiza operaciones cesáreas.

Por tanto se espera que los centros de salud realicen COE básico y que los hospitales realicen COE completo.

El seguimiento a la implementación de los COE se mediante indicadores de procesos los cuales se describen a continuación. Estos se obtienen a partir de la información que brindan los establecimientos de salud y por tanto se pueden medir de forma frecuente, pero además posee la ventaja de reflejar los cambios de inmediato, lo cual permite la retroalimentación a las unidades de salud en un periodo corto. (9)

Los indicadores utilizados para el monitoreo son los siguientes:

Indicadores	Nivel Mínimo
Cantidad de establecimientos para la atención obstétrica de emergencia (COE básico y completo).	Por cada 500 mil habitantes deberían existir al menos 4 servicios básicos COE y al menos 1 servicio COE completo.
Distribución geográfica de los establecimientos que brindan COE.	100% de las áreas tienen las cantidades mínimas aceptables de instalaciones COE básicos y completos.
Porcentaje de nacimientos en establecimientos para la atención obstétrica esencial.	Al menos 15% de los nacimientos totales en la población.
Necesidad satisfecha de asistencia obstétrica de emergencia.	Al menos 100% de las mujeres estimadas a tener complicaciones obstétricas son tratadas en servicios COE.
Cantidad de servicios críticos (total de cesáreas)	No menor del 5% ni mayor al 15%.
Calidad de la atención (tasa de letalidad)	Uno por ciento (1%).

Existen dimensiones de calidad para la satisfacción de las usuarias que normatizan que los establecimientos de salud garantizaran que toda usuaria al egresar exprese sentirse satisfecha por la atención recibida tomando como indicador el porcentaje de usuarias que expresen sentirse satisfecha, así como el personal de salud

garantizara que instalaciones, equipos, mobiliario y accesorios utilizados durante el proceso de atención del parto vaginal y abdominal, sean sometidos a un proceso de esterilización, haciendo uso de técnicas y procedimientos establecidos por el órgano rector, cuyo indicador es el porcentaje del personal que garantiza este proceso, para tales indicadores el umbral es de 80 al 90%.

Para que un segundo nivel de atención tenga la capacidad resolutive para emergencias obstétricas debe de contar con los siguientes requisitos: medico obstetra, medico general, anestesista, pediatra, neonatólogo y enfermera obstetra, que tenga los conocimientos básicos sobre el uso de las normas y protocolo para la atención de las emergencias obstétricas y las condiciones logísticas de salas de operaciones, laboratorio clínico y banco de sangre, adecuación del equipamiento conteniendo estetoscopio, tensiómetro, reloj de pared, termómetro, cinta obstétrica, gestograma, partograma del CLAP, cinta reactiva para determinar proteinuria, equipo de AMEU y legrado uterino, equipo para la atención del parto, equipo para venoclisis, bránulas, ecógrafo, doppler, monitor fetal, equipo de anestesia, equipo para cesárea y laparotomía exploratoria. Que contenga medicamentos tales como cloruro de sodio al 0.9%, ringer lactato, oxitocina, sulfato de magnesio, antibióticos y otros rubros como sangre completa, plasma congelado, crioprecipitado, plaquetas y paquetes globulares. (7)

A continuación se mencionan las principales complicaciones obstétricas.

II) Emergencias Obstétricas: Son todas aquellas complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo y las primeras veinticuatro horas posterior al parto que ponen en peligro la vida de la paciente y por ello requiere atención inmediata. (10)

Estas pueden ser:

1- SANGRADO VAGINAL EN LA ETAPA INICIAL DEL EMBARAZO

Sangrado vaginal en la etapa inicial del embarazo, el sangrado vaginal se produce durante las primeras 22 semanas del embarazo.

Diagnostico de las hemorragias en la primera mitad del embarazo según signos y síntomas característicos

Diagnósticos probables	Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan
Aborto en sus diferentes etapas	Retraso menstrual, sangrado transvaginal, dolor tipo cólico en hipogastrio, modificaciones del útero	Anemia, shock, expulsión del contenido de la cavidad uterina.
Embarazo ectópico	Retraso menstrual, sangrado transvaginal, dolor intenso en hipogastrio, shock, masa abdominal dolorosa, palpable en anexos.	Distensión abdominal y rebote, modificaciones en el útero que no corresponden con la amenorrea.
Embarazo molar	Hiperémesis gravídica, sangrado transvaginal, expulsión de vesículas, hipertensión arterial.	Aumento de la altura uterina mayor de la esperada para la edad gestacional.

(7)

1 – 1 ABORTO

1 – 1-1 Definición:

Es la interrupción del embarazo antes de las veinte semanas de gestación y con un producto de 500 gramos o menos. Es la terminación del embarazo donde el producto de la concepción puede o no ser expulsado.

1-1- 2 Este puede ser:

a) Espontáneo, b) Provocado y c) el aborto realizado en condiciones de riesgo.

1 -1- 3 Las causas pueden ser:

Causas ovulares, causas maternas orgánicas, causas funcionales, causas inmunológicas, causas psicodinámicas, causas de origen tóxico y los traumatismos físicos.

1 –1- 4 Las manifestaciones clínicas:

1. Amenaza de aborto
2. Aborto eminente o aborto en curso

3. Aborto inevitable
4. Aborto diferido
5. Aborto incompleto
6. Aborto completo
7. Aborto séptico (11)

1 –1- 5 Manejo

Si la mujer tiene menos de 20 semanas de gestación y presenta sangrado transvaginal con o sin dolor y con o sin fiebre, se debe de referir a una unidad que brinde COE.

Según sea el caso se maneja así:

Amenaza de aborto:

Ambulatorio, reposo absoluto, evitar relaciones sexuales, tratar patología de base y evaluar la vitalidad ovular.

Aborto inminente, inevitable, diferido e incompleto:

Menos de 12 semanas realizar AMEU, mayor de 12 semanas, procurar la expulsión del producto, canalizar con bránula y solución salina 1000 cc mas 40 UI de oxitocina a 40 gotas por minuto e ir modificando la concentración según la respuesta o aplicar misoprostol 200 o 400 mcg por vía oral, realizar aspiración manual endouterina posteriormente a la evacuación. Si hay signos de sepsis tratar como tal.

Aborto completo:

Si existen dudas de restos ovulares realizar AMEU y confirmar la ausencia de restos en cavidad uterina.

Aborto séptico:

Canalizar con bránula N° 16 y solución salina normal a fin de estabilizar la paciente, realizar biometría hemática completa, grupo y Rh, pruebas de función hepática y renal, aplicar dt.

Iniciar con antibióticos con dosis inicial: Ampicilina 4 grs. IV o Penicilina Cristalina 4 millones IV. Mantenimiento: Ampicilina 2 grs. IV o Penicilina Cristalina 2 millones IV cada 4 o 6 horas mas Gentamicina 80 mg IV cada 12 horas o 160 mg IV ID.

Si se sospecha anaerobios, agregar Metronidazol, dosis de inicio 1 gr. IV. Mantenimiento 500mg IV o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

Después de ocho horas de impregnación con antibióticos se evacua el útero mediante AMEU si es menor de 12 semanas, pero si es mayor de edad gestacional se procede a evacuación uterina con oxitocina o misoprostol seguido de AMEU o legrado uterino instrumental.

Si se presenta reacción peritoneal con signos de abdomen agudo con signos de shock se procede a realizar laparotomía exploratoria valorando histerectomía. (7)

1 –1- 6 Las complicaciones pueden ser; la retención de restos ovulares, hemorragias e infecciones entre las más comunes.

1- 2 - EMBARAZO ECTOPICO

Considere un embarazo ectópico si se trata de una mujer con anemia, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), amenaza de aborto o que tenga quejas inusuales de dolor abdominal.

1- 2 – 1 Definición:

Es la anidación y desarrollo del huevo fuera del cuerpo del útero. La frecuencia es mayor en multíparas que en las nulíparas a una tasa de 1 en cada 100 a 200 nacidos vivos.

Si se sospecha un embarazo ectópico, realice un examen bimanual con delicadeza porque un embarazo ectópico en la etapa inicial se rompe con facilidad.

1- 2 – 2 Los sitios de implantación pueden ser:

Tubáricas (90-95%), tuboovarica, ovárica, abdominal, intraligamentaria y cervical.

1- 2 – 3 Las etiologías posibles pueden ser:

Procesos inflamatorios crónicos de la trompas, alteraciones congénitas de las trompas del útero, las acodaduras o desviaciones del trayecto tubárico, las cirugías de las trompas realizadas para corregir la esterilidad y alteraciones funcionales

En otras ocasiones la hemorragia es tan copiosa que la sintomatología es cataclísmica debido a compromisos de vasos de mayor calibre y a la perforación de las trompas. Este caso la hemorragia, el cuadro clínico y el shock es gravísimo, lo que obliga a una rápida intervención quirúrgica para detener la pérdida de sangre. (11)

1- 2 – 4 Complicaciones

Las mas frecuentes son el aborto tubárico, la ruptura de la trompa gravídica, esta puede ser caracterizado en ocasiones por la presencia de un tumor pelviano doloroso

precedido de ligeras metrorragias, corta amenorrea y dolor espontáneo discretos, palidez y anemia de poca intensidad. La ruptura de la trompa es la complicación más común del embarazo ectópico y de mayor gravedad el que puede ser tan brusco como el síndrome Barnes los que se producen cuando esta localizado cerca del cuerpo del útero donde la vascularización es muy rica y el calibre de la trompa es muy delgada, los síntomas son de mayor intensidad, localizados en el abdomen inferior con irradiación al hombro, taquicardia, palidez, y signos graves de shock, etc.

1- 2 – 5 Manejo del embarazo ectopico

Si una mujer presenta retraso menstrual, dolor intenso en hipogastrio, con o sin sangrador transvaginal y shock, se debe de manejar en una unidad de salud que brinde COE.

Se debe de hospitalizar de inmediato, canalizar con bránula N° 16 con solución salina normal 1000 cc, realizar estudios de hemoglobina, hematocrito, grupo y Rh, pruebas cruzadas con 500 a 1000 cc de sangre total o paquete globular.

Administrar sangre total o paquete globular si es necesario control se signos vitales cada 15 minutos, colocar sonda foley N° 18 y cuantificar diuresis, de ser posible garantizar su estado hemodinámico antes de la intervención quirúrgica.

El procedimiento quirúrgico terapéutico consiste en una laparotomía exploratoria y laparoscopia donde se evacua el hemoperitoneo y detener el sangrado activo, se practica una salpingostomía o salpingectomía parcial o total en dependencia de la porción de trompa comprometida con el embarazo ectópico y con la necesidad de conservar la fertilidad, se valora la oclusión tubarica contralateral. Realice histerectomía en caso de daño extenso del útero.

Hay que practicar lavado del peritoneo con solución salina normal al finalizar la cirugía.
(12)

1- 3 - EMBARAZO MOLAR

El embarazo molar se caracteriza por una proliferación anormal de las vellosidades coriónicas.

La sintomatología más característicos son el sangrado profuso, cuello uterino dilatado, útero más grande que el correspondiente a la fecha de última menstruación, útero más blando que lo normal, expulsión parcial de productos de la concepción, semejantes a uvas, náuseas y/o vómitos, aborto espontáneo, cólico y/o dolor abdominal inferior, quistes ováricos (que se rompen fácilmente), preeclampsia de aparición temprana y no hay indicio de feto.

1- 3 – 1 Manejo inmediato

Si el diagnóstico de embarazo molar es seguro, evacue el útero, si se requiere dilatación del cuello uterino, use un bloqueo paracervical. Use la aspiración endouterina, esta plantea menos riesgos y se asocia con una menor pérdida de sangre, el riesgo de perforación con el uso de una cureta metálica es alto, tenga tres jeringas dispuestas y preparadas para usar durante la evacuación.

El contenido uterino es abundante y es importante evacuarlo rápidamente. Infunda oxitocina 20 unidades en 1 L de líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a 60 gotas por minuto para prevenir la hemorragia mientras se realiza la evacuación.

2 - SANGRADO VAGINAL EN LA ETAPA AVANZADA DEL EMBARAZO Y DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Es el sangrado vaginal que se produce después de las 22 semanas de embarazo o durante el trabajo de parto, pero antes de que se produzca el parto. (11)

Manifestaciones clínicas

	Placenta Previa	Desprendimiento de Placenta Normoinserta	Rotura Uterina
Cambios hemodinámicos	Taquicardia, hipotensión según pérdida sanguínea	Ningún signo de shock según grado de desprendimiento.	Inminencia rotura: Ninguno. En rotura estable: Signos de shock (inquietud, taquicardia, anemia aguda).
Dolor abdominal	No	Al inicio intermitente y luego constante. Súbito, severo en dependencia del grado de desprendimiento.	Severo, puede disminuir o desaparecer al momento de la rotura. La distensión abdominal y líquido en cavidad producen reacción peritoneal
Sangrado transvaginal (síntomas principales).	El sangrado tiende a aparecer en reposo y desaparece espontáneamente, con un primer episodio escaso y los subsecuentes más profusos.	Si hay membranas rotas: Rojo oscuro, escaso, único, con coágulos. Membranas integra:	Oculto: Rotura en el fondo uterino: Sangrado abdominal. Rotura segmento inferior: Sangrado intraligamentario. Si la presentación no esta abocada,

	Abundante en ausencia de contracciones uterinas. Intermitente, rojo rutilante, sin coágulos, posterior a actividad física o relación sexual.	Puede no presentarse o salir al exterior o combinarse.	sangrado rojo oscuro y escaso.
Tono uterino.	Normal o relajado.	DPPNI inicial (Iº IIº): útero irritable, hiperdinamia uterina DPPNI establecido: (IIIº) útero irritable, aumentado de tono o hipertonia (Titánico).	Inminencia de Rotura Uterina: Hiperdinamia, dolor abdominal intenso, anillo de contracción (signo de Bandl), signo de Bandl – Frommel – Pinard). Rotura uterina establecida: Cese de contracciones, se palpa fácilmente partes fetales, puede desaparecer el dolor.
Frecuencia cardiaca fetal.	Variable según la magnitud del sangrado.	Variable o ausente según el grado de desprendimiento y la magnitud del sangrado.	Ausente
Feto	Generalmente vivo, presentación libre, posiciones viciosas	Disminución de los movimientos fetales, riesgo de muertes.	Difícilmente palpable, generalmente muerto, rotura completa, feto libre en cavidad.
Observaciones	El diagnóstico y el tratamiento dependerá de la edad gestacional, del tipo de placenta previa, de si o no esta en trabajo de parto, de la magnitud y la intensidad del sangrado y del estado general de la paciente.	En algunos casos puede observarse incremento en la uterina, provocado por el hematoma retroplacentario. El diagnóstico es inminentemente clínico.	El diagnóstico es inminentemente clínico, en dependencia de la magnitud del dolor, el sangrado y su evolución.

Diagnostico

<p>Placenta Previa El sitio de inserción de la placenta determina la clasificación. En el embarazo a término su borde debe estar a 10 centímetros o más del orificio interno.</p>	<p>Placenta de inserción baja: Borde de la placenta a menos de 10 centímetros del orificio interno sin llegar a este. Placenta previa marginal: Borde de la placenta llega al orificio interno sin cubrirlo. Placenta previa oclusiva parcial: Borde de la placenta cubre el orificio parcialmente. Placenta previa total: La placenta cubre todo el orificio interno.</p>
<p>Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta</p>	<p>Grado I: Desprendimiento menor al 30%, sangrado leve (150 ml), signos vitales normales, sin repercusión perinatal, diagnostico posparto. GradoII: Desprendimiento del 30 - 50%, sangrado moderado (150 – 500 ml), signos vitales alterados, datos de SFA. GradoIII: Desprendimiento mayor del 50%, sangrado severo (500ml), estado franco de shock, muerte fetal. La hemorragia puede ser extensa, interna o mixta, puede acompañarse de hipertoniá.</p>
<p>Rotura Uterina</p>	<p>Rotura del segmento inferior. Total (la solución de continuidad abarca las tres capas del útero). Parcial (si el peritoneo permanece integro y abarca solo algunas de las capas del útero). Complicada (desgarro se extiende mas allá del segmento y afecta la vejiga, el recto, vagina o el ligamento ancho). Rotura del cuerpo uterino: Son por lo general totales, tanto el feto como la placenta pasan al abdomen.</p>

(7)

2 -1 Desprendimiento prematuro de la placenta (DPPNI)

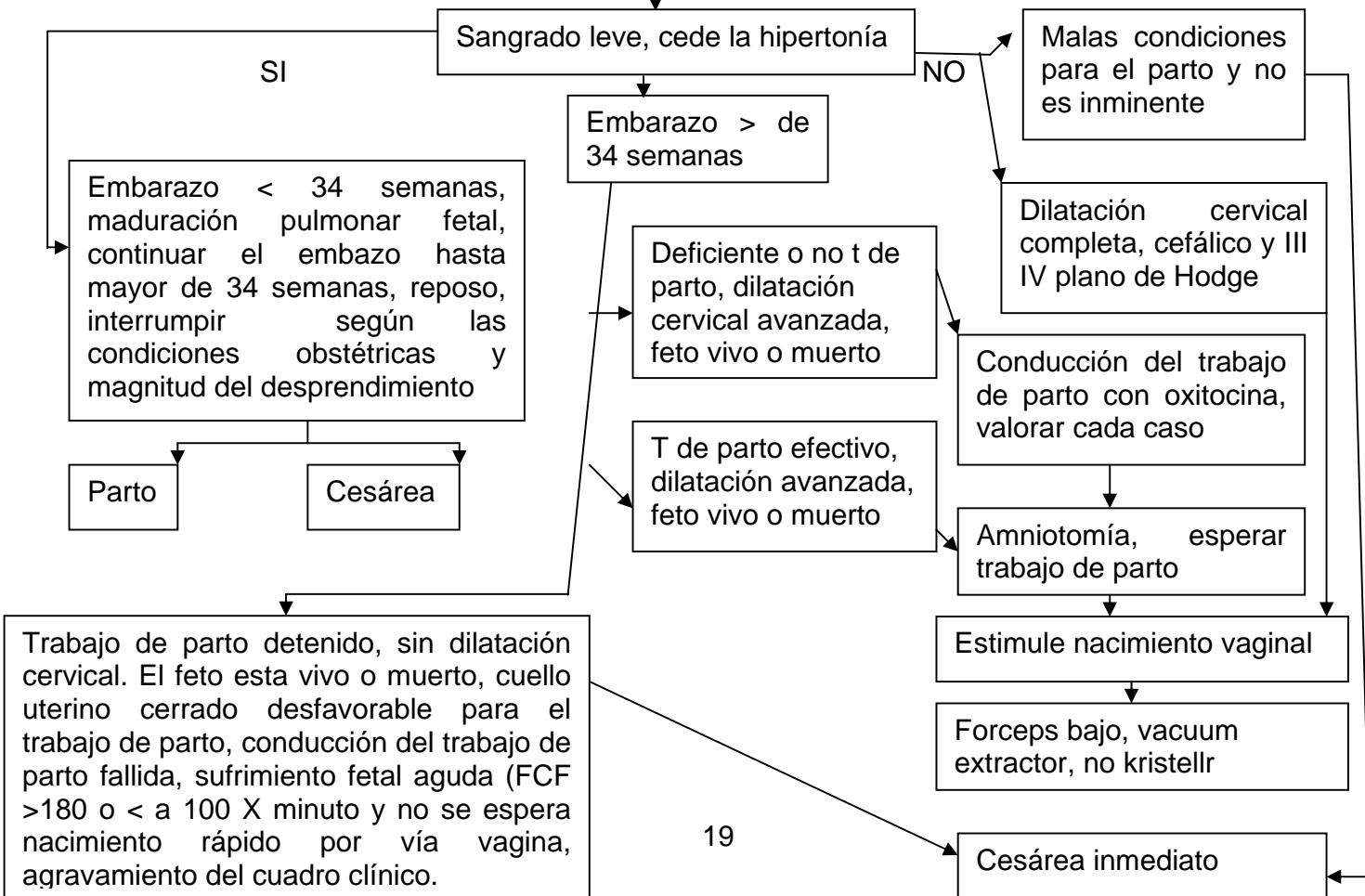
El desprendimiento prematuro de la placenta es el desprendimiento de una placenta ubicada normalmente en el útero antes de que nazca el bebé. (11)

2-1-1 Manejo de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta – DPPNI.

Mujer con embarazo del último trimestre con o sin sangrado transvaginal, dolor abdominal, excesivas contracciones uterinas, con o sin shock, sufrimiento o muerte fetal.

Se debe de manejar en una unidad de salud que brinde COE.

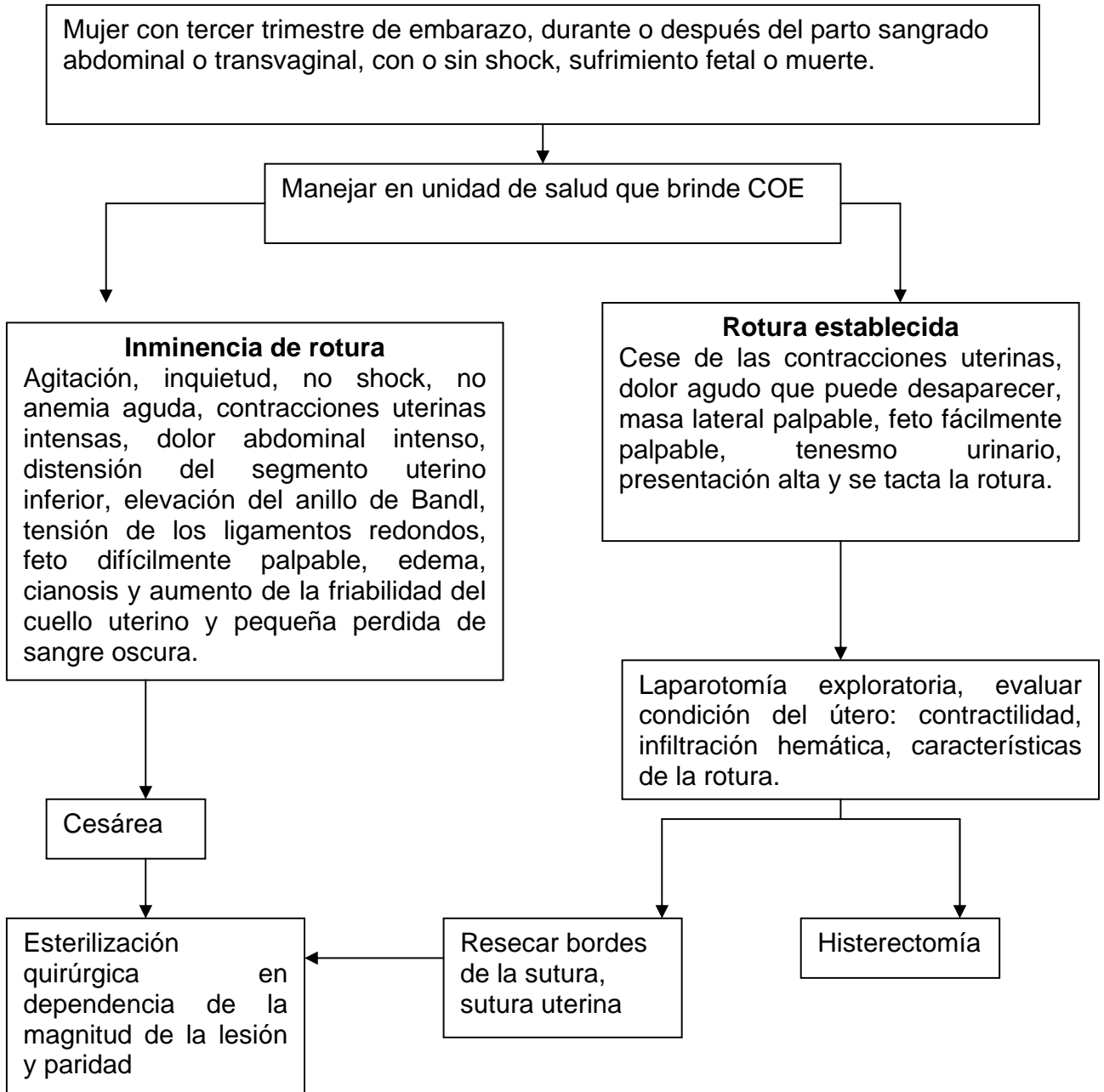
Hospitalización inmediata en UCI, tratar como shock, canalizar con dos bránula N° 16 y solución salina normal 1000 cc, realizar biometría hemática completa, grupo y Rh, TP, TPT, recuento de plaquetas, fibrinógeno, TS, TC, pruebas cruzadas con 500 y 1000 cc de sangre completa o paquete globular. Si no hay prueba de laboratorio hacer prueba de coagulación al lado de la cama de la paciente, transfundir sangre fresca si las condiciones lo requieren, administrar oxígeno a 6 u 8 litros por minuto, control de signos vitales cada 15 minutos, colocar sonda Foley N° 18 y cuantificar la orina, valorar estado del feto (FCF, ultrasonido y perfil biofísico), explicación a la paciente y familiares de las condiciones de gravedad.



2-2 Rotura uterina

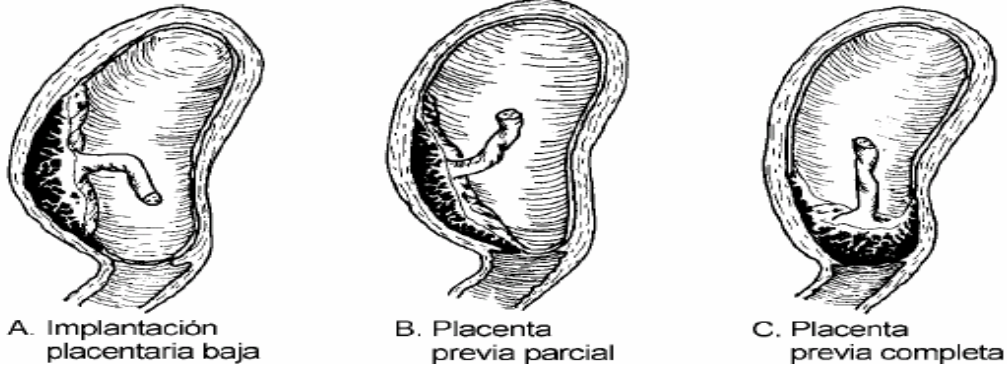
El sangrado causado por una rotura uterina puede ocurrir por vía vaginal, a menos que la cabeza fetal bloquee la pelvis. El sangrado también puede producirse dentro del abdomen. La rotura del segmento uterino inferior en el ligamento ancho, sin embargo, no liberará la sangre dentro de la cavidad abdominal.

2-2-1 Manejo de la rotura uterina

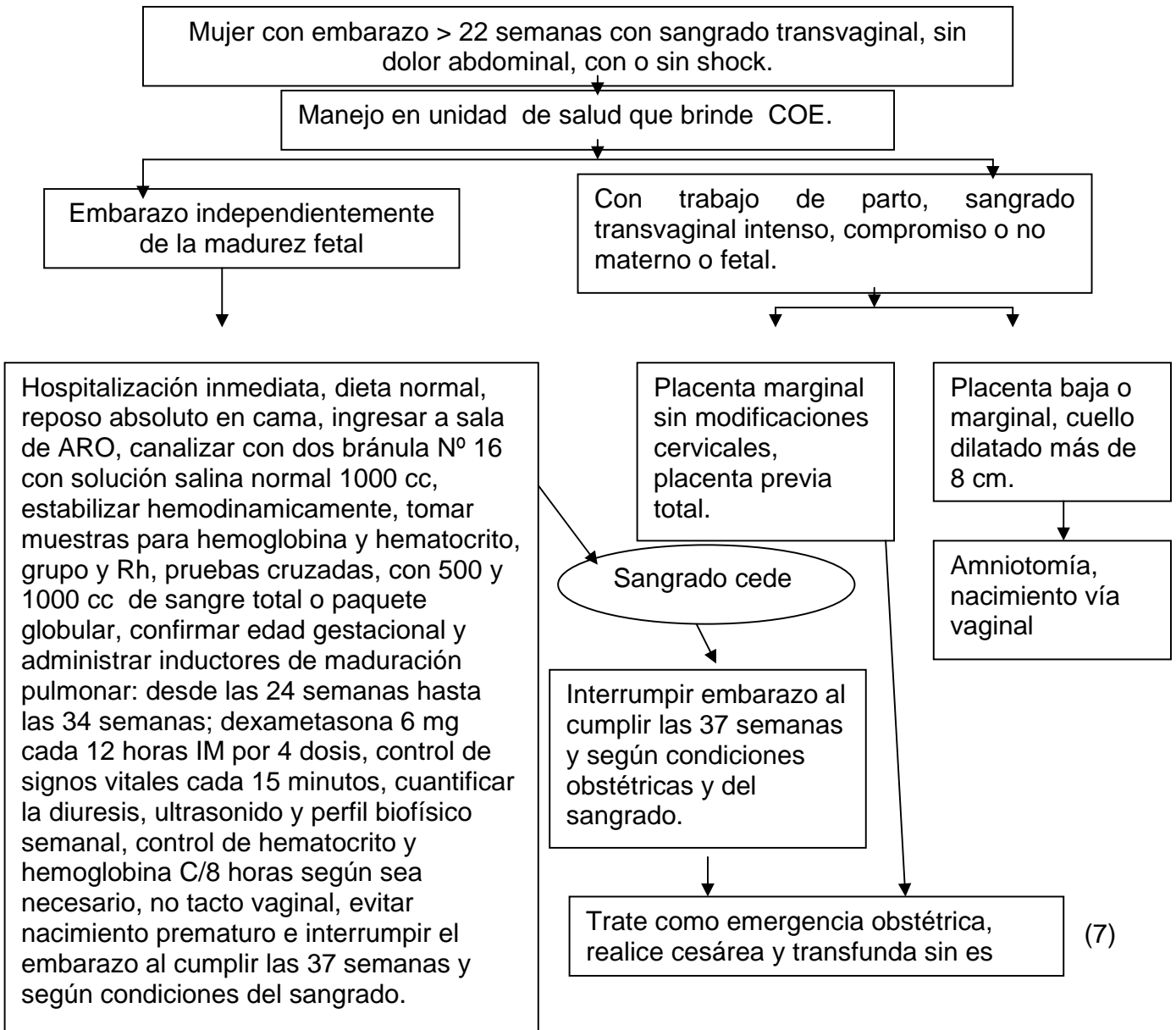


3-2 Placenta previa

La placenta previa es la implantación de la placenta en el cuello uterino o cerca de éste.



Manejo de placenta previa



3 - HEMORRAGIAS POST PARTO

3 -1 Definición

Es la pérdida de mas de 500 cc de sangre por vía vaginal después de la salida del feto, hasta 24 horas post – parto o más de 1000 cc en los nacimientos por operación cesáreas. Actualmente se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica puede considerarse como una hemorragia post parto por lo que se debe considerar el estado hemodinámica de la paciente previo a la pérdida de sangre. Considerando que las dos primeras son vitales en el post parto.

La hemorragia post parto es la primera causa de muerte reportada en nuestro país y esta relacionada con la dificultad del acceso a las unidades de salud por de las pacientes.

3 – 2 Causas

Atonía uterina, retención placentaria, desgarro uterino, desgarros vaginales y perineales. (13)

3 – 3 Etiopatogenia

Se debe de pensar en las 4 T.

- Tono (atonía uterina)
- Tejidos (tejidos uterinos)
- Trauma (laceración, ruptura, inversión)
- Trombo (coagulopatía)

1. Se deben de considerar los factores de riesgos durante el embarazo actual

- Trabajo de parto inducido (medicamentos u otras hierbas)
- Trabajo de parto prolongado
- Corioamnionitis (fluidos vaginales malolientes y fiebre)
- Trabajo de parto precipitado (3 horas o menos)
- Sangrado genital por cualquier razón durante el periodo prenatal

- Parto quirúrgico
- Anestesia con halogenados

3 – 4 Consecuencias

- Anemia aguda por hemorragia
- Shock hipovolémico
- Muerte materna

Se deben de considerar las condiciones hemodinámicas previas de la paciente y el volumen proporcional del sangrado, por lo tanto no debe de ser indicativo únicamente la pérdida hemática, ni a la descompensación de la paciente. (11)

3 – 5 Manejo de hemorragia posparto

Toda mujer con sangrado transvaginal después del parto se debe de manejar en una unidad de salud que brinde COE siguiendo los siguientes pasos:

Valorar si el útero se encuentra contraído, si existen restos placentarios y si hay o no inversión uterina.

Si no hay atonía o hipotonía uterina revisar si hay desgarros de la cerviz, vagina y periné, si lo hay suturarlos.

Si existiera atonía uterina, canalice con bránula N° 16 y solución salina 1000 cc más 20 UI de oxitocina pasar a 20 gotas por minuto, realizar masaje uterino constante, compresión bimanual del útero y compresión de la aorta abdominal tomar muestra para biometría hemática completa, grupo y Rh.

Estabilizar hemodinamicamente, dar explicaciones del problema a familiares y a la paciente.

Si persiste el sangrado y la atonía uterina, realizar laparotomía exploratoria, ligaduras de arterias uterinas y uteroovaricas y valorar la realización de histerectomía parcial o total.

Si existe retención de restos o placenta 15 minutos después del manejo activo o 30 minutos sin manejo activo colocar bránula N° 16 con 1000 cc de Ringer mas 10 UI de oxitocina a 40 gotas por minuto, modificar según la respuesta, dar masaje uterino externo, hacer tensión controlada del cordón umbilical y realizar la maniobra de Crede`.

Si no se produce la expulsión de la placenta realizar extracción manual, si no se logra por acretismo placentario se procede a realizar laparotomía exploratoria, histerectomía total o subtotal.

Posterior a la expulsión de la placenta o extracción manual y si se observa restos ovulares realizar legrado digital, instrumental o con pinzas según sea el caso más revisión del canal del parto.

Cuando se trata de una inversión uterina el procedimiento se realiza bajo anestesia general, se retiran placenta y sus restos y la restitución con el puño cerrado, si nos se restituye, realizar laparotomía exploratoria para restitución quirúrgica.

Posterior a la realización de los diferentes procedimientos se debe de tener los siguientes cuidados:

Vigilancia de los signos vitales, vigilancia del globo de seguridad de Pinard, masaje de útero externamente, infusión con oxitocina por 6 horas, hematocrito y hemoglobina de control, indicar método anticonceptivo y antibiótico terapia en caso que sea necesario.

4- SHOCK

El shock se caracteriza por la incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo adecuado de los órganos vitales. El shock es una afección potencialmente mortal que requiere tratamiento inmediato e intensivo.

4 -1 Signos y síntomas

Diagnostique shock si están presentes los signos y síntomas siguientes:

- Pulso rápido y débil (110 por minuto o más), presión arterial baja (sistólica menos de 90 mm de Hg).

Otros signos y síntomas del shock se incluyen: palidez (especialmente en el interior de los párpados, la palma de las manos y alrededor de la boca) sudoración o piel fría y húmeda, respiración rápida (frecuencia de 30 respiraciones por minuto o más) ansiedad, confusión o inconsciencia producción escasa de orina (menos de 30 ml por hora).

4 - 2 Manejo inmediato

Pida ayuda y movilice urgentemente a todo el personal disponible, monitores los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).

Voltee a la mujer sobre su costado para reducir al mínimo el riesgo de aspiración en caso de que vomite y para asegurar que la vía aérea esté despejada.

Mantenga a la mujer abrigada pero sin acalorarla puesto que el exceso de calor aumentará la circulación periférica y disminuirá el suministro de sangre a los centros vitales.

Eleve las piernas para aumentar el retorno de la sangre al corazón (si fuera posible, eleve la parte de los pies de la cama).

4 – 3 Manejo específico

Recoja sangre para la determinación de la hemoglobina, pruebas cruzadas y pruebas de coagulación junto a la cama inmediatamente antes de la infusión de líquidos:

Rápidamente administre líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) inicialmente a razón de 1 L en 15–20 minutos, al menos 2 L de líquidos en la primera hora. Esto es más que los líquidos de reposición para las pérdidas progresivas. Fíjese como meta reponer de 2 a 3 veces la pérdida de líquidos calculada.

No administre líquidos por vía oral a una mujer en shock.

- Administre a la mujer una combinación de antibióticos para abarcar las infecciones por aerobios y anaerobios y continúelos hasta que esté sin fiebre por 48 horas.

- Penicilina G 2 millones de unidades o ampicilina 2 g IV cada 6 horas mas gentamicina 5 mg/kg peso corporal IV cada 24 horas mas metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

No administre antibióticos vía oral a una mujer en shock.

- Reevalúe el estado de la mujer para determinar si hay signos de mejoría. si se sospecha que un traumatismo es la causa del shock, haga los preparativos para la intervención quirúrgica.

Reevalúe la respuesta de la mujer a los líquidos dentro de los 30 minutos para determinar si su estado mejora.

Continúe la infusión de líquidos IV regulando la velocidad de infusión a 1 L en 6 horas y mantenga el oxígeno a razón de 6–8 L por minuto.

Monitoree estrechamente el estado de la mujer, realice pruebas de laboratorio, incluyendo las de hematocrito, determinación del grupo sanguíneo y del Rh y pruebas cruzadas de sangre, según la necesidad. Si hay instalaciones disponibles, verifique los valores de electrolitos en suero, creatinina en suero y el pH de la sangre.

5 - SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL (SHG)

5 -1 Definición:

Es el aumento en la presión arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, esto puede estar acompañado o no de proteinuria, edema o ambos y puede durar hasta la finalización del puerperio.

Si la presión basal es desconocida, el diagnóstico se realizará cuando exista una presión de 140/90 mmHg. Si se conoce la presión habitual o basal de la mujer, el diagnóstico se realizará cuando exista un incremento de 30 mmHg en la presión sistólica o un incremento de 15 mmHg en la presión diastólica con respecto a la presión basal. La proteinuria debe de ser mayor de 300 mg / ml en orina de 24 horas o lo que es equivalente a una cruz con la cinta de uroanálisis.

Los desordenes hipertensivos ocurren en uno de cada diez embarazos y es una de las tres principales causas de muertes maternas directas en los países centroamericanos.

5 – 2 Clasificación:

1. *Se puede clasificar en los siguientes tipos:*

- a) Sin proteinuria o transitoria.
- b) Con proteinuria
 - moderada
 - severa
 - eclampsia
- c) Hipertensión preexistente con hipertensión gestacional sobre impuesta con proteinuria.
- d) Hipertensión arterial crónica.

La hipertensión inducida por el embarazo se debe diferenciar de la Hipertensión arterial crónica (esencial o secundaria), ya que son entidades de origen diferentes y cuyo abordaje es distinto. Sin embargo las pacientes que presentan hipertensión arterial crónica se deben manejar similares porque puede ocurrir el SHG y complicar el cuadro inicial.

5 – 3 Diagnóstico:

Se establece a través de la detección de los signos y síntomas cardinales del SHG; *Hipertensión, Proteinuria y Edema.*

Confirmación de la PA en más de 4 horas a menos que sea muy alta.

El edema puede ser causado por vaso espasmo y disminución de la presión oncótica, pero no define la pre - eclampsia. Por las diversas causas de edema durante el embarazo el edema ya no es parte de importante en el diagnóstico de la hipertensión gestacional.

El edema puede manifestarse como un aumento anormal de peso. (14)

5 – 4 Manejo del síndrome hipertensivo gestacional

Una mujer con embarazo > de 20 semanas o en puerperio con cefalea, edema generalizado, presencia o no de convulsiones debe de ser manejada en una unidad de salud que cuente con servicio COE.

Las pacientes con *preeclampsia moderada (PM)* se deben de manejar con reposo en cama, dieta hiperproteica, normo sódica, educación sobre signos y síntomas de alarma, prueba sobre bienestar feta y maduración pulmonar en embarazo de 24 a 34 semanas.

Si hay mejoría, continuar con sus CPN cada semana hasta las 37 – 38 semanas de gestación.

Las pacientes con *preeclampsia grave (PG)* y *eclampsia (ECL)* se manejan de la siguiente manera; vías aéreas permeables, oxígeno a 4 litros por minuto, colocar sonda Foley N° 18, canalizar con bránula N° 16 y solución salina normal, estabilizar hemodinamicamente, valorar vitalidad fetal e indicar madurez pulmonar fetal entre la semanas 24 y la 34, vigile signos y síntomas neurológicos

Tratar la hipertensión con hidralazina 5 mg IV lento cada 15 minutos hasta disminuir la presión arterial, máximo 4 dosis si resuelve satisfactoriamente use Labetalol 20 mg IV subiendo la dosis gradualmente según la respuesta a 40 y 80 mg con un intervalo de 10 minutos entre dosis, en caso extremo utilice Nifedipina 10 mg vía oral cada 4 horas para mantener la presión arterial diastólica entre 90 y 100 mmhg. No usar la vía sublingual.

Para prevenir y tratar las convulsiones se usa Sulfato de Magnesio mediante el esquema de Zuspan:

Esquema de Zuspan para usar el Sulfato de Magnesio

Régimen	Dosis de carga	Dosis de mantenimiento
ZUSPN	4 gr. de Sulfato de Magnesio al 10% (4 ampollas) IV diluido en 200 ml de solución salina al 0.9% o Ringer (infusión continua en 5 a 15 minutos.	1 gr. por hora IV durante 24 horas después de la última convulsión. Diluir 24 gramos en 760 ml de solución salina al 0.9% o Ringer a pasar en 24 hora a razón de 1 gr. / hora a 14 gotas por minuto.

Durante la infusión se debe de tener presentes los signos y síntomas de toxicidad vigilando la diuresis que sea > de 30 cc/hora y la frecuencia respiratoria igual o mayor de 12 por minuto y los reflejos osteotendinosos presentes y normales, en caso de existir toxicidad usar Gluconato de Calcio 1 gr diluido en 10 ml de solución salina y pasar IV en 3 minutos cada hora sin pasar de 16 gramos al día y dar ventilación asistida hasta que comience la respiración.

Si no se cuenta con Sulfato de Magnesio se usa Fenitoina 15 mg/Kg. de peso inicial y 5 mg/Kg. a las 2 horas. De mantenimiento 200mg vía oral o IV cada día por 3 a 5 días.

Si mejora, una vez estabilizada la paciente se deberá finalizar en embarazo por la vía más rápida, el nacimiento debe de tener lugar por operación cesárea urgente tan pronto se ha establecido el estado de la mujer independientemente de la edad gestacional.

Si no mejora la preeclampsia grave y aparecen signos y síntomas de inminencia de eclampsia (acúfenos, fosfenos, escotomas, hiperreflexia, epigastralgia) agravamiento de la hipertensión y proteinuria, administrar nuevas dosis de antihipertensivo, anticonvulsivante, estabilizar hemodinamicamente e interrumpir el embarazo por cesárea urgente.

En la preeclampsia grave el nacimiento se debe producir dentro de las 24 horas que siguen a la aparición de los síntomas.

En la eclampsia el nacimiento debe producirse dentro de las 12 horas que siguen a la aparición de las convulsiones.

La preeclampsia grave debe de manejarse de preferencia en Alto Riesgo Obstétrico en Unidad de Cuidados Intermedios o Intensivos. La eclampsia en Unidad de Cuidados Intensivos.

5 - 5 Síndrome de HELLP (Hemólisis, Elevated, Liver, Enzyme level y Low Platelet)

Está determinado por las características clínicas cuyas siglas lo expresan como una paciente que presenta los signos de hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas, disminución de las plaquetas.

El síndrome de HELLP se ha reconocido por muchos años pero por no estar estandarizado solo se presente con una incidencia del 4 y 12%, sin embargo representa un alto riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y fetal.

Se presenta en un 11% en la semana 27 pero más común en el tercer trimestre del embarazo.

El diagnóstico se establece con al menos dos criterios para llamarse síndrome de HELLP parcial y con tres criterios como total.

La revisión clínica de paciente con SHG se sugiere de manera ordenada del bienestar materno fetal.

a) Sistema nervioso central

- Presencia e intensidad de la cefalea
- Cambios visuales escotomas (centellas)
- Temblores, irritabilidad
- Náuseas, vómitos
- Tinnitus
- Somnolencia

b) Hematológico y vascular

- Edema
- Sangrado, plaquetas
- Equimosis

c) Hepático

- Dolor epigástrico y en el cuadrante superior derecho
- Náuseas, vómitos

d) Renal

- Excreción urinaria y color
- Volumen urinario, hematuria
- Proteinuria
- Creatinina, urea, ácido úrico

e) Laboratorio

Vascular

- Hemoglobina, plaquetas, frotis periférico
- TPT, TP, fibrinógeno
- LDH, ácido úrico bilirrubinas

Hepáticos

- Glucosa y amoniaco pueden ser elevados para descartar fallo hepático de la embarazada.

f) Movimientos fetales

- Trazo de la frecuencia cardiaca fetal – NST
- Ultrasonido para evaluar el crecimiento fetal
- Pruebas biofísicas volumen de líquido amniótico
- Estudio de flujo placentario por doppler

5 - 6 Complicaciones

Maternas

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPN)
- Insuficiencia cardiaca y edema agudo de pulmón
- Insuficiencia renal
- Daño hepatocelular
- Coagulación intravascular diseminada
- Accidente vascular encefálico
- Muerte

Fetales

- Prematurez

- Retraso del crecimiento intrauterino
- Muerte fetal in útero
- Muerte neonatal

5 - 9 Hipertensión arterial crónica en el embarazo y la hipertensión arterial crónica con pre – eclampsia sobre agregada.

Se clasifica como leve, moderada y severa.

El manejo debe de ser multidisciplinario con medicina interna.

Se debe iniciar tratamiento antes del embarazo.

Se deben de evitar el uso de los medicamentos tiazidicos por que favorecen trombocitopenia neonatal, hiperglicemias. En dependencia de la severidad de la hipertensión se administra Alfa metil Dopa 250 a 500 mg cada 8 horas, previendo que el cuadro evolucione a preeclampsia sobre agregada. (7)

6 - FIEBRE DESPUÉS DEL PARTO

Una mujer presenta fiebre (temperatura de 38oC o más) que se produce más de 24 horas después del parto.

6 – 1 Manejo general

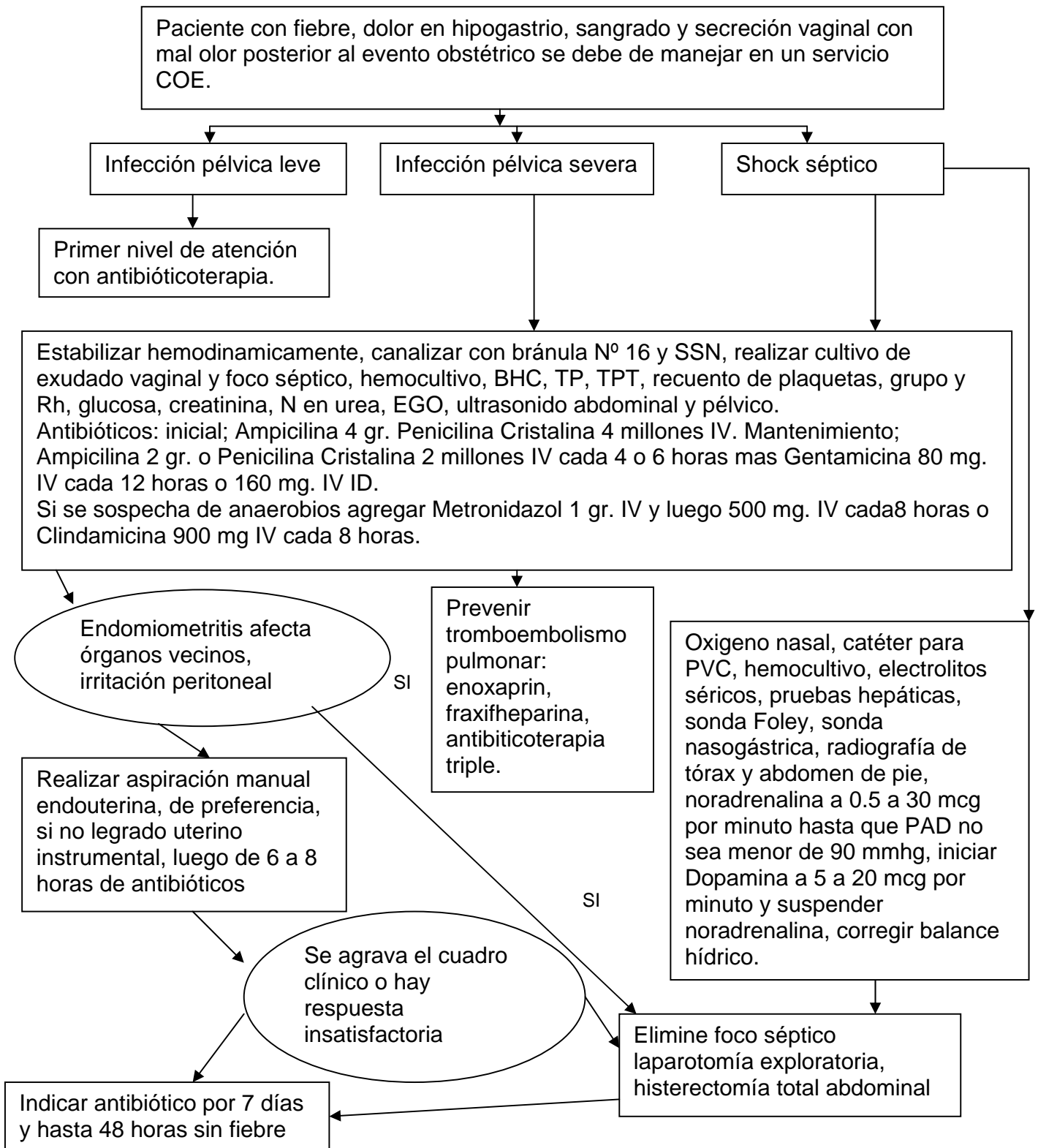
Fomente el reposo en cama.

Asegúrese de que reciba una hidratación adecuada vía oral o IV.

Use un ventilador o una esponja empapada en agua tibia para ayudar a bajar la temperatura.

Si se sospecha shock, inicie tratamiento inmediatamente, aun si no hay signos de shock presentes, téngalo en mente mientras evalúa a la mujer puesto que su estado general puede empeorar rápidamente. Si se desarrolla shock, es importante iniciar el tratamiento de inmediato. (11)

Manejo de sepsis puerperal



Manejo de la Rotura Prematura de Membrana

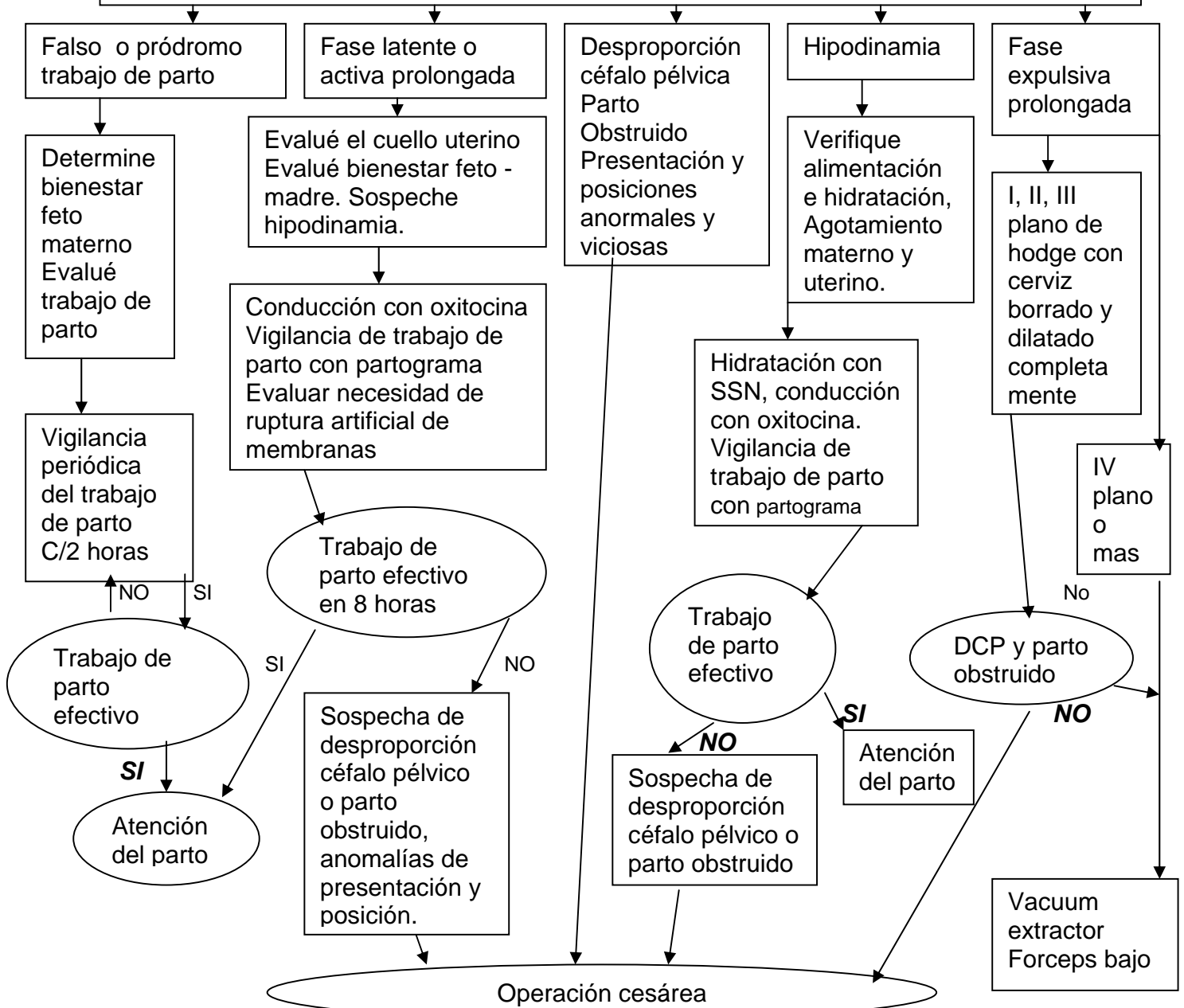
Semana de gestación	Trabajo de parto	Hora de membranas rotas	Signos de infección	Tratamiento medico quirúrgico
Embarazo menor de 24 semanas	No	Mas de seis horas	No	<p>Administrar antibióticos para reducir el riesgo de: Sepsis neonatal, síndrome de distres respiratorio, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante.</p> <p>Antibióticos profilaxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penicilina cristalina 5 millones seguidos de 2.5 millones cada 4 horas por 48 horas. - Si es alérgica a las penicilinas utilice: - Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas, por 48 horas. <p>El objetivo de los antibióticos es le de tratar de prevenir la infección ascendente y reducir las infecciones neonatales.</p>
De 24 a menos de 34 semanas	No	Mas de 6 horas	No	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo conservador en embarazadas estables. - Monitoreo sistemático del estado materno y fetal. - Mantener en reposo. - Realizar perfil biofísico. <p>Antibiótico profilaxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penicilina cristalina 5 millones, seguido de 2.5 millones cada 4 horas por 48 horas. <p>Si es alérgico a las penicilinas utilice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eritromicina 500 mg, vía oral cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas por 48 horas. - Atención del recién nacido.

De 37 semanas en adelante	Si /No	Menor de seis horas	No	<p>Si la unidad de salud cuenta con las condiciones para atender las complicaciones del trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interrumpir el embarazo por la vía mas expedita. - Signos vitales cada 4 horas. - Exámenes de laboratorio. - FCF actividad uterina cada 30 minutos. - Realizar seguimiento del trabajo de parto mediante la elaboración de partograma. - Administrar antibióticos: Ampicilina 2 grs. IV cada 6 horas después de 48 horas cambiar a amoxicilina 250 mg vía oral cada 8 horas por 7 días. - Si es alérgica a las penicilinas utilice: Eritromicina 500 mg vía oral cada horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas. - Tocolíticos: uso durante 48 horas para permitir la administración de antibióticos y corticoides. - Atención del recién nacido.
<p>A cualquier edad gestacional y con signos y síntomas de infección amniótica interrumpir el embarazo y administrar antibiótico bajo los criterios de GIBBS.</p>				<p>Ampicilina 1 gr. IV C/6 horas por 48 horas, seguido de 500 mg. vía oral cada 6 horas, por 5 Díaz, mas gentamicina 3 a45 mg por KG día por 7 día o 160 mg IV diario. Si es alérgica a las penicilinas dar Eritromicina 250 o 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas mas Gentamicina. En caso de anaerobios agregar Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina.</p>
<p>Si las condiciones obstétricas son favorables para el nacimiento vía vaginal, conducir y atender el parto de lo contrario se realizara operación cesárea.</p>				

Manejo del Parto Obstruido

Mujer con trabajo de parto, con progresión insatisfactoria o no avance del trabajo de parto, se maneja en unidad de salud que brinde servicio COE.

Evalué el estado hemodinámico materno y estado fetal, establezca diagnóstico de trabajo de parto, evalúe el progreso.



(7)

III) COMO SE MIDE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DESALUD

La calidad de las instituciones de salud se dividen en:

Calidad técnica que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma que maximice los beneficios sin aumentar de forma proporcional los riesgos. Esto es el pensamiento técnico del personal.

Calidad sentida que consiste en satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios. Es la subjetividad de los usuarios.

Se define como calidad la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. Para la OPS/OMS los conceptos de calidad se miden por el alto grado de satisfacción de los usuarios internos y externos, el impacto positivo en la salud de los usuarios, el mínimo riesgo para los usuarios internos y externos, alto nivel de excelencia profesional del personal y el uso eficiente de los recursos de la institución. (15)

Los estándares y los indicadores son los que nos ayudan a medir calidad. El estándar es una declaración de la calidad esperada. Es una expectativa con relación a un proceso determinado. Es la medida del desempeño esperado.

El indicador es una variable medible que se utiliza para determinar el grado de adherencia a un estándar. Expresa un nivel de calidad al compararse con el estándar definido. Traduce una expresión cualitativa en expresión cuantitativa.

Es una medida que permite conocer la calidad de los insumos utilizados (estructura), la calidad de las actividades desarrolladas para implementar la solución (proceso) y si se alcanza las metas del plan de solución (resultados).

El indicador no es una frase es un número, una frase, un índice, un porcentaje o una razón, que nos permite medir la magnitud del evento observado. Generalmente esta compuesto por un numerador y un denominador.

El numerador se ubica en los eventos observados y el denominador la referencia con la cual se relaciona el valor estándar preestablecido.

Existen varios tipos de indicadores:

Indicadores centinelas de casos.

Indicadores de datos agregados.

Indicadores cualitativos y cuantitativos. Los indicadores cualitativos sirven más para medir percepción o satisfacción y los cuantitativos para determinar grados o niveles de calidad. (16)

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Investigación de servicios de salud, mediante diferentes métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas para obtener la información necesaria:

A) Observación:

Este método nos permitió obtener la información sobre las condiciones generales del Hospital, y en particular de central de equipos, sala de operaciones, hospitalización de ginecoobstetricia, sala de emergencias, laboratorio clínico, ropería, servicios de abastecimiento técnico material y farmacia. Utilizamos los formularios ya validados por el MINSA y el FNUAP, en la investigación realizada sobre necesidades en los servicios de emergencias obstétricas en diez departamentos de Nicaragua.

B Información proporcionada por informantes claves:

La información brindada nos permitió conocer las valoraciones que hacen personal muy conocedoras del servicio de obstétrica del Hospital, sobre las condiciones reinantes para la atención de las emergencias obstétricas. Se tomaron como informantes claves: a) el director del hospital, b) jefe del servicio de obstetricia, c) una médica asistencial. Las guías de esta entrevista se presentan en los anexos.

C Revisión documental:

Este método se uso para obtener información cuantitativa sobre la disponibilidad de insumos médicos en le servicio de hospitalización de ginecoobstetrica, de igual manera se realizó en los servicios de laboratorio clínico, farmacia y ATM. La información se obtuvo mediante la revisión de las requisas de los servicios mencionados. Nos apoyamos usando los formularios ya validados por el MINSA y el FNUAP utilizados en la investigación sobre la evaluación de necesidades en los servicios de emergencias obstétricas en diez departamentos de Nicaragua.

Se pretendía la revisión de 20 expedientes clínicos por cada patología de emergencias obstétricas (Shock, SHG “preeclampsia y eclampsia”, Hemorragia en la segunda mitad del embarazo, (Placenta previa, DPPNI, Rotura uterina), Hemorragia posparto (Atonía uterina, Desgarros del cuello uterino, vagina y periné, Retención de placenta, Retención de restos placentarios, Inversión uterina, rotura uterina), Sepsis puerperal (Endometritis, Endomiometritis, Parametritis, Salpingitis Ooforitis, Salpigooforitis, Absceso pélvico, Tromboflebitis pélvica severa y Shock), utilizando la metodología aleatoria sistemática que consiste en extraer el primer expediente en forma aleatoria del numero obtenido para crea un intervalo fijo de casos, hasta obtener los 20 expedientes a revisar.

Este intervalo se mide obteniendo todos los casos ocurridos en el período de estudio para cada condición a revisar entre 20 que es la muestra, el número obtenido sería el intervalo para la selección de expedientes, en ellos se verificarían los indicadores como lo establece el instrumento de monitoreo de estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención de las emergencias para el segundo nivel de atención para valorar la capacidad de resolución de los COE, según Normas y Protocolo MINSA, Diciembre del 2006. Debido a que durante el período de revisión de expedientes no se logró obtener los 20 expedientes por cada patología, ya que muchos de estos expediente no aplicaban los indicadores según los estándares de calidad para este estudio, se decidió tomar el total de expedientes encontrados por cada patología en estudio. El instrumento de recolección de la información se presenta en los anexos.

D. Entrevistas de salida:

Se entrevistó a 10 pacientes que presentaban complicaciones de emergencias obstétricas que fueron atendidas en el hospital Victoria Motta, de Jinotega, sólo se entrevistaron a este número de pacientes debido a que los casos no se presentan a diario. La entrevista se realizó por escrito, el instrumento se presenta en los anexos.

Área de estudio:

El estudio se realizó en el Hospital Victoria Motta de la Ciudad de Jinotega. Sólo el municipio de Jinotega tiene una población actual 105018 habitantes y una población de mujeres en edad fértil de 25839, 3879 embarazos esperados y 3699 partos esperados y a nivel de SILAIS cuenta con una población de 355464 habitantes de ellos 82467 son mujeres en edad fértil, embarazos esperados 12379 y 11152 partos esperados.

El hospital cuenta con los servicios de hospitalización en Medicina Interna, Ortopedia, pediatría, Cirugía y Ginecoobstetricia, Emergencia, consulta externa, farmacia, odontología y laboratorio clínico. Este hospital atiende a los municipios San Sebastián de Yalí, San Rafael del Norte, Santa María de Pantasma, La Concordia, Wiwilí, Bocay, El Cúa y la cabecera Ciudad Jinotega.

El área específica de estudio fue el servicio de Obstetricia que cuenta con los servicios de emergencias, labor y parto, puerperio y ARO, que cuenta con un personal de 5 médicos especialistas, 6 médicos generales, 9 enfermeras y 5 médicos en formación. Cuenta con 12 camas en puerperio, 8 en labor y parto, 10 en ARO, 2 expulsivos y 3 camas para revisión posparto, además intervenimos en los servicio de laboratorio, farmacia, ATM, central de equipos y ropería.

La ciudad de Jinotega se ubica a 168 Km. al noreste de la capital del país (Managua). a 13 grados 05' latitud norte y a 86 grados 00' longitud oeste. Limita con las Ciudades de Matagalpa y Sébaco al sur, Santa María de Pantasma al norte, Cúa Bocay al este, Trinidad y San Rafael del Norte al oeste, posee una extensión territorial de 1119 km² y una densidad poblacional de 69 habitantes por Km. cuadrado.

La fuente de información: Primaria: Observación, información proporcionada por informantes claves y usuarias externas. Secundaria: Revisión documental.

Presentación de los resultados: Los resultados cuantitativos se presentan en tablas porcentuales.

Los resultados cualitativos se presentan en expresiones resumidas y textuales de los entrevistados acompañados por comentarios de análisis,

Análisis de los resultados: En los resultados cuantitativos se realizó por áreas, éstas tienen sus componentes y éstos sus elementos, se contabilizó el número de elementos positivos y se dividió entre el total de elementos de ese componente, luego se multiplicó por 100 para obtener una puntuación de ese componente, la puntuación de los componentes se sumó y se dividió entre el total de componentes de esa área para obtener una puntuación global. Según la dimensión de calidad el umbral de aceptación es de un 80 a 90%.

El análisis de los resultados cualitativos se realizó transcribiendo textualmente la información brindada por los informantes claves del servicio de obstetricia, la cual se obtuvo mediante un formulario de preguntas cuyas respuestas fueron consensuadas entre ellos (Director del hospital, Jefe del servicio de obstetricia y una médico asistencial). Esta información se obtuvo de esta manera ya que fue así que los informantes accedieron brindar la información requerida, pues previamente el diseño metodológico consistía en una entrevista a informantes claves utilizando medios auditivos (grabadora).

La información de las usuarias externas y los informantes claves ya completa se realizó una codificación y organización adecuada para la interpretación y formulación de las conclusiones de modo más conciso posible. Estas expresan actitudes y/o ideas de las personas consultadas.

Aspectos éticos: Se les solicitó autorización al director del Hospital Victoria Mota y al Jefe del servicio de obstetricia y a los/las participantes para la recopilación de la información en las diferentes áreas.

RESULTADOS

1. RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDAN CUIDADOS OBSTETRICOS DE EMERGENCIA.

1.1 CARACTERIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL HOSPITAL VICTORIA MOTTA, JINOTEGA.

El Hospital Victoria Motta ofrece todos los cuidados obstétricos de emergencia (COE-completo). Atiende una población de 355,464 habitantes, distribuidos en 8 municipios, varios de ellos a considerable distancia de la ciudad de Jinotega y, lo que es peor, con grandes problemas de accesibilidad desde sus zonas rurales. Con fines de comunicación, el hospital dispone de teléfono, fax y radio. En cuanto a los servicios básicos, el hospital tiene limitaciones en cuatro aspectos: a) carencia de una unidad de cuidados intensivos; b) interrupciones en la energía eléctrica; c) interrupciones en el abastecimiento de agua potable, y d) falta de un pozo séptico. El registro estadístico del hospital Victoria Motta de la ciudad de Jinotega se encontró completo, a excepción del registro de referencia y contrarreferencia de pacientes atendidas por complicaciones obstétricas donde existe un subregistro. (Ver tablas 1, 2, 3 y 4)

Tabla 1: Identificación del establecimiento, población y horario de atención del Hospital Victoria Motta de la ciudad de Jinotega en el segundo semestre del 2007.

Nombre del establecimiento: Hospital Victoria Motta	
Dirección: Barrio 20 de Mayo – Jinotega	
Localidad: Jinotega	Municipio: Jinotega
Departamento: Jinotega	Tel./fax Nº: 7822221 – 7822026
Frec. Radio: Tango 70	Población asignada: 355464 habitantes (8 municipios)
Población de otros municipios o SILAIS: Ninguna	
Tipo de servicio: Hospital publico.	Horario y días de atención: Las 24 horas del día

Tabla: 2 Características de las unidades y servicios básicos que poseen el Hospital Victoria Motta de la ciudad de Jinotega en el segundo semestre del 2007.

1	Emergencia: SI	2	Admisión: SI	3	Labor y partos: SI
4	Quirófano: SI	5	Hospitalización: SI	6	Cuidados intensivos: NO
7	Farmacia: SI	8	Laboratorio: SI	9	Banco de sangre: SI
10	Rayos X: SI	11	Sistema de alcantarillado: SI	12	Pozo séptico: NO
13	Incinerador: SI	14	Disposición para desechos Hoyo seguro: SI	15	Disposición para desechos Recolección publicas: SI
16	Energía eléctrica 24 hrs.: NO			17	Agua 24 horas.: NO
18	Nº de camas censables: 130			19	Nº de camas no censables: 70

Tabla 3: Determinación de los tipos de procedimientos realizados en los tres meses previos al estudio. Hospital Victoria Motta, Jinotega, 2007.

Procedimientos	Si	No
1. Administración de antibióticos parenterales por causa obstétrica	X	
2. Administración de medicamentos oxitócicos parenterales	X	
3. Administración de anticonvulsivantes y sedantes parenterales para la hipertensión inducida por la gestación (pre-eclampsia)	X	
4. Extracción manual de placenta	X	
5. Realización de LUA/LUI	X	
6. Parto asistido o instrumental	X	
7. Realizar transfusión de sangre (Banco de sangre)	X	
8. Realizar Cirugía Cesárea	X	

Siendo que los 8 ítems anteriores resultaron positivos, el hospital Victoria Motta se clasifica como COE completo.

Tabla: 4 Disponibilidad, accesibilidad y actualización de los registros Estadísticos del hospital Victoria Motta, de la ciudad de Jinotega en el segundo semestre del 2007.

Registro estadístico	Disponible		Fácil acceso		Conservados		Actualizados?		Completos?	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Registro de admisión general	X		X		X		X		X	
Registro o libro de partos	X		X		X		X		X	
Registro de la sala de Obstétrica	X		X		X		X		X	
Registro de emergencia	X		X		X		X		X	
Registro de sala de operaciones	X		X		X		X		X	
Registro de Ginecología	X		X		X		X		X	
Registro de abortos	X		X		X		X		X	
Historia clínicas (HCPB)	X		X		X		X		X	
Registro de egresos	X		X		X		X		X	
Registro de muertes maternas	X		X		X		X		X	
Registro de la morgue	X		X		X		X		X	
Sistema de informático perinatal (SIP)	X		X		X		X		X	
Registro de referencia y contrarreferencia	X		X		X			X		X
Registro de control de puerperio	X		X		X		X		X	

1.2 DISPONIBILIDAD DE VESTUARIO, INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO, EQUIPOS, MEDICAMENTOS Y RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL VICTORIA MOTTA DE LA CIUDAD DE JINOTEGA.

En las áreas de ropería, hospitalización de obstetricia, labor y parto, y sala de operaciones, se dispone de un 90% del material necesario para la atención de las emergencias obstétricas. Las deficiencias corresponden únicamente a toallas y frazadas para las madres y recién nacidos (ver tabla 5 y mas detalles en anexo 1 Formulario 2 sección A).

Tabla 5: Disponibilidad porcentual de vestuario en ropería del Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Disponibilidad de vestuario	Puntuación
Maletas de ropa quirúrgicas	100%
Maleta de parto	80.0%
Promedio global	90.0%

Fuente: anexo 1, formulario 2, sección A.

La infraestructura del Hospital Victoria Motta tiene algunas deficiencias para la adecuada atención de emergencias obstétricas, pues no dispone de área de espera, admisión y clasificación de pacientes, carece de unidad de área crítica, no hay señalización en sala de operaciones. El cielo raso, la climatización, la ventilación y la iluminación natural es inadecuada en las áreas involucradas en la atención de emergencias obstétricas por lo que se obtiene 74.9% del estándar de calidad en este aspecto.

En el área de emergencia no se cuenta con sillas, lavamanos e inodoros para pacientes y familiares. En la sala de internamiento falta parte del mobiliario requerido para brindar una buena atención. En las demás áreas involucradas en la atención de emergencias obstétricas, el mobiliario se encuentra más completo (84.4% de lo requerido).

El equipamiento de las áreas involucradas en la atención de emergencias obstétricas del Hospital Victoria Motta representa el 72.3% de lo necesitado, encontrándose la mayor debilidad en las áreas de central de equipos y sala de emergencias.

En el laboratorio clínico, las mayores limitaciones son la falta de hemoglobímetro. Sólo cuenta con una refrigeradora para banco de sangre, un congelador para plasma, y un termo de 30 litros.

En resumen, la disponibilidad global de equipamiento, mobiliario, ropa e infraestructura representa un 80.4% de lo necesario para la atención de emergencias obstétricas.

En el Hospital Victoria Motta existe una cantidad reducida de algunos medicamentos esquematizados por las normas protocolares de atención de emergencias obstétricas regidas por el MINSA.

De 25 recursos humanos que laboran directamente en el servicio de obstetricia sólo 10 están capacitados en emergencias obstétricas de ellos 5 médicos obstetras y 3 médicos generales, todos ellos asistenciales del área de obstetricia.

(ver tabla 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14, mayor detalle ver anexo N°1 formulario 2).

Tabla 6: Disponibilidad de equipamiento disponible en el servicio de Abastecimiento Técnico de Medicamentos (ATM), como porcentaje de lo necesario. Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Equipamiento	Porcentaje
Equipo básico para todos los niveles	94.4
Material de reposición periódica	94.1
Equipo de sutura perineal/vaginal/cervical	94.1
Set instrumental para cesárea y laparotomía	100.0
Equipamiento para legrado uterino	100.0
Equipo para anestesia	100.0
Promedio global	97.1

Fuente: anexo 1, formulario 2, sección B.

Tabla 7: Disponibilidad de infraestructura, mobiliario y equipos en central de equipos, como porcentaje de lo necesario. Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Disponibilidad	Porcentaje
Infraestructura	83.3
Mobiliario	100.0
Equipos básicos	27.7
Material de reposición periódica	76.4
Equipo o paquete de parto	57.1
Equipo de sutura perineal/vaginal/cervical	46.6
Aspirador manual al vacío para legrado	20.0
Equipo para anestesia	18.1
Promedio global	53.6

Fuente: anexo 1, formulario 2, sección C.

Tabla 8: Disponibilidad de infraestructura, mobiliario, vestuario y equipo en sala de emergencias, como porcentaje de lo necesario. Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Disponibilidad	Puntuación
Infraestructura	66.6%
Mobiliario	61.7%
Equipos básicos	77.7%
Material de reposición periódica	70.5%
Equipo o paquete de parto	85.7%
Equipo de sutura perineal/vaginal/cervical	73.3%
Aspirador manual al vacío para legrado	0.0%
Equipo para anestesia	66.6%
Promedio global	62.8%

Fuente: anexo 1, formulario 2, sección D.

Tabla 9: Disponibilidad de infraestructura, mobiliario, vestuario y equipos en sala de hospitalización de obstetricia, como porcentaje de lo necesario. Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Disponibilidad	Porcentaje
Infraestructura	78.5
Mobiliario	66.6
Ropa	40.0
Equipos básicos	70.5
Material de reposición periódica	100.0
Equipo de sutura perineal/vaginal/cervical	71.4
Aspirador manual al vacío para legrado	100.0
Promedio global	75.3

Fuente: anexo 1, formulario 2, sección E.

Tabla 10: Disponibilidad de infraestructura, mobiliario, vestuario y equipamiento en la sala de labor y partos, como porcentaje de lo necesario. Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Disponibilidad	Porcentaje
Infraestructura	81.8
Mobiliario	93.7
Ropa	100.0
Equipos básicos	88.8
Material de reposición periódica	88.2
Equipo o paquete de parto	85.7
Equipo de sutura perineal/vaginal/cervical	100.0
Equipo básico par legrado uterino	88.8
Aspirador manual al vacío para legrado	100.0
Equipo para anestesia	81.8
Promedio global	90.9

Fuente: anexo 1, formulario 2, sección F.

Tabla 11: Disponibilidad porcentual de infraestructura, mobiliario, vestuario y equipos como porcentaje de lo necesario en sala de operaciones. Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Disponibilidad	Porcentaje
Infraestructura	64.7
Mobiliario	100.0
Ropa	100.0
Equipos básicos	83.3
Equipos o paquetes de parto	100.0
Material de reposición periódica	94.1
Equipo de sutura perineal/vaginal/cervical	100.0
Set instrumental para cesárea y laparotomía	100.0
Aspirador manual al vacío para legrado	100.0
Equipo para anestesia	94.4
Promedio global	93.6

Fuente: anexo 1, formulario 2, sección G.

Tabla 12: Disponibilidad de equipos en el área de transfusión sanguínea en el laboratorio clínico del Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Equipos	1	2 o mas	No tiene
Microscopio		4	-
Centrífuga	-	2	-
Hemoglobinómetro	-	-	-
Refrigeradora para banco de sangre	1	-	-
Congelador para plasma	1	-	-
Termo de 30 litros	-	-	0

Fuente: anexo 1, formulario 2, sección G.

Tabla 13: Existencia de medicamentos básicos en abastecimiento técnico y materiales (ATM), farmacia y hospitalización utilizados para emergencias obstétricas en el Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Fármacos	Existencia en ATM	Existencia en farmacia	Existencia en hospitalización	Existencia total
Antibióticos inyectables				
Ampicilina	4900	156	50	5106
Ceftriaxona	10000	263	0	10263
Gentamicina	1000	90	20	1110
Medicamentos usados en reanimación				
Adrenalina	100	287	20	407
Furosemida	200	128	15	343
Anticonvulsivantes inyectables				
Diazepam	900	90	10	1000
Sulfato de magnesio	0	276	80	356
Antihipertensivos inyectables				
Hidralazina	100	98	20	218
Líquidos				
Lactato de ringer	2800	339	50	3189

Fuente: anexo 1, formulario 2, sección H, J, k.

Tabla 14: Disponibilidad del personal medico y enfermería capacitados en emergencias obstétrica que laboran en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Recursos	Disponibilidad	Capacitados en Emergencias Obstétricas
Médicos obstetras	5	5
Médicos generales	6	3
Médicos en formación	5	1
Enfermeras	9	1
Total de recursos	25	10

Fuente: anexo 1, formulario 2, sección L, M, N O y P.

1.3 RESULTADOS DEL MONITOREO DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS POR SINDROMES.

De un total de 57 expedientes revisados, 38 (67%) cumplieron totalmente con los estándares de calidad. La información por cada síndrome analizado se presenta en la tabla 15 y, con más detalle, en el anexo 2, formulario 3

Tabla 15: Porcentaje de expedientes con cumplimiento total de los estándares de calidad, según síndromes. Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Síndromes	Numero de expedientes monitoreados	Numero de expedientes que cumplen	Porcentaje de cumplimiento
Shock	2	1	50.0
Preeclampsia grave	5	3	60.0
Eclampsia	2	1	50.0
Hemorragia segunda mitad del embarazo	6	3	50.0
Hemorragia posparto	26	19	73.1
Sepsis puerperal	16	11	68.8
Totales	57	38	66.7

Fuente: anexo 2, formulario 3.

2. INFORMACION SUMINISTRADA POR INFORMANTES CLAVES

Se presentan a continuación lo que escribieron en conjunto el director del hospital, el jefe del servicio de obstetricia y una médica general, en respuesta a las preguntas contenidas en la guía de la entrevista.

¿Como valora la calidad de atención de las emergencias obstétricas en este hospital?

“Consideramos que este año el hospital Victoria Motta ha dado un paso muy importante en el manejo de las emergencias obstétricas, con oficialización e implementación de las normas y protocolo de atención de las emergencias obstétricas, mejorando la calidad existente en el manejo médico, aunque aun hay limitantes de orden administrativo, como lo es recursos humanos, equipos, reactivos, ambulancia para traslado, etc.”

Cómo valora la infraestructura, la disponibilidad de los recursos (humanos, equipamientos, instrumental, medicinas) del hospital para la atención de las emergencias obstétricas?

“La infraestructura es inadecuada, ya que a pesar de tratarse de una área que en teoría es prioridad, ocupa uno de los espacios físicos más pequeños en el hospital Victoria Motta, en comparación con otras especialidades. El área de obstetricia se inunda con pequeñas lluvias; es un área poco ventilada, con mala iluminación, no climatizada, alejada de otras áreas importantes para el manejo de las emergencias obstétricas como lo son quirófano, labor y partos, laboratorio, rayos X y neonatología.

Con el equipo básico hay limitantes, tensiómetro, doppler, monitor fetal están en mal estado. Pocas camas, ya que en muchas ocasiones se encuentran hasta tres pacientes por cama. Con las medicinas también hay algunas limitantes ya que opciones de antibióticos y antihipertensivos no están disponibles en el hospital, algunos deben ser comprados por las pacientes. En ocasiones no existen reactivos para realizar algunos exámenes y al darles de alta a las pacientes no se garantiza la totalidad del tratamiento preescrito.

¿Qué tan preparado está el personal para la atención de las emergencias obstétricas y si era suficiente el personal en los turnos?

“El personal especialista está capacitado, el personal de médicos generales se ha capacitado en clases plenas y en el servicio, y los médicos internos en educación continua.

Con relación a los turnos el personal es insuficiente ya que durante la mañana solamente está un médico general y un médico de base por sala, después de las dos de la tarde y fin de semana quedan un médico de base un médico general y un médico interno para toda la sala de ginecoobstetricia y labor y parto donde se mantiene una población de 80 a 90 pacientes. Por lo tanto es definitivamente INSUFICIENTE el personal en los turnos.

¿En qué medida se cumplen las normas de atención de las emergencias obstétricas?

“Las normas se cumplen en diferentes medidas, según se trate de las emergencias obstétrica. Por ejemplo, en el monitoreo de Octubre 2007; aborto y sus diferentes formas obtuvo el 97%, Síndrome hipertensivo gestacional obtuvo el 100%, sepsis no hubo ningún caso, Hemorragia posparto obtuvo 100%, Amenaza de parto prematuro obtuvo 100%, infección del tracto urinario 90%, ruptura prematura de membrana 100% y parto obstruido obtuvo 75%”.

¿Como esta la mortalidad materna en el Hospital cual es la tendencia?

“En este año han ocurrido dos muertes maternas en el Hospital Victoria Motta, una de ellas por causa indirecta debido a una complicación por hernia umbilical incarcerada. La otra por una complicación obstétrica directa por embolia de líquido amniótico.

La tendencia a nivel departamental es a disminuir y se esta desarrollando un plan de contención de la mortalidad materna y perinatal donde esta involucrado plenamente nuestro hospital”

¿Cales son las fortaleza y debilidades del hospital para la atención de las emergencias obstétricas?

Fortalezas:

- Personal médico del servicio de ginecoobstetricia sensibilizado de la importancia de la salud materna.
- Personal médico capacitado en el manejo de las emergencias obstétricas.
- Monitoreo continuo del cumplimiento de protocolos normados.
- Implementación de planes de mejoría mensual para cumplir estándares de calidad materna.
- Apoyo de algunas agencias como Luxemburgo, QAP, etc.
- El Hospital Victoria Motta es una unidad con COE completo.
- Monitoreo mensual del COE.
- Desarrollo de planes de capacitación en los diferentes temas de forma periódica.

Debilidades:

- Infraestructura inadecuada.
- Equipamiento insuficiente.
- Medicinas no garantizadas en su totalidad.
- Limitantes en laboratorio. (falta de reactivos, etc.).

- Personal médico insuficiente principalmente en los turnos.
- Falta priorización verdadera del servicio del dentro del hospital.
- Dificultades para el traslado de pacientes graves a un tercer nivel de atención.
- No existe otra unidad COE completo en le departamento, solo tres COE básicos en los ocho municipios”.

3. RESULTADOS DE ENTREVISTAS A USUARIAS

Al pedirles a las 10 usuarias entrevistadas que expresaran como se sentían con la atención recibida, 5 dijeron que se sentían bien con la misma; 3 manifestaron que estaban satisfechas, porque “nos resolvieron el problema”. Dos de ellas señalaron simplemente que no habían tenido dificultades para ser atendidas.

En cuanto a su apreciación sobre el trato recibido, 7 lo catalogaron como amable, y 3 dijeron “es regular”. Nadie reporto haber recibido un trato muy amable, como tampoco nadie dijo haber recibido un trato grosero o muy grosero.

Al preguntarles: “¿El hospital Victoria Motta es un lugar que usted puede recomendar para que le resuelvan satisfactoriamente sus necesidades de salud, por ejemplo: parto, cesárea y una hemorragia?”, solo 3 respondieron afirmativamente. La mayoría señaló que debido a que fue una emergencia no tuvieron otra opción que ser trasladada de su lugar de origen al hospital Victoria Motta, pero si hubiese tenido la oportunidad de elegir otro hospital, “yo hubiera elegido el hospital de Estelí”, por ser un hospital más moderno y más completo.

Se les preguntó: que es lo que más le gustó de la atención y que es lo que menos le gustó de la atención, respondieron; lo que más le gustó a 5 de las pacientes es que los médicos están pendiente de todo, “me examinaban a mi y mi hijo”, 3 dijeron “me tomaban la presión y la temperatura” varias veces en todo el día y 2 expresaron la atención desde que vine fue buena. Lo que menos les gustó a 3 pacientes fue “la comida es mala” , 5 de ellas dijeron el local muy pequeño y sin ninguna privacidad ya que no hay ni cortinas y dos expresaron que “nos hacen compartir camas con otras pacientes”.

Al preguntarles que recomendaría a la dirección del Hospital Victoria Motta, respondieron; 5 de las pacientes respondieron que mejoren el local por que es muy pequeño y que al menos coloquen cortinas para vestirnos con mayor privacidad, 3 recomendaron que serian bueno “que hayan más camas” y 2 sugirieron mejorar la comida.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Valoración de los recursos humanos y materiales disponibles.

El servicio de obstetricia del Hospital Victoria Motta de la ciudad de Jinotega, tiene insuficientes recursos humanos, sobre todo en los turnos nocturnos y fines de semana, cuando sólo quedan tres médicos para cubrir todas las salas del servicio. Por otra parte, se tiene el problema de que una parte del personal, principalmente médicos en formación y enfermeras, reporta no haber recibido suficiente capacitación para la atención de las emergencias obstétricas. Al respecto es llamativo el hecho de que buena parte de los médicos generales, médicos en formación y enfermeras dice desconocer la existencia de protocolos de atención de las complicaciones obstétricas, mientras que algunos otros que si los conocen no tienen a los mismos ni lo han usado nunca.

Respecto a la infraestructura, hay muchas deficiencias en todas las áreas involucradas en la atención de emergencias obstétricas, a pesar de ser un servicio priorizado. Los máximos responsables de la atención a las emergencias obstétricas señalan la falta de condiciones físicas adecuadas, los problemas con la iluminación y ventilación natural, la faltad de climatización, los problemas de inundación con las lluvias, así como el problema de las aguas servidas que emanan de los servios higiénicos, estos se encuentran en mal estado generando de esta manera mal olor y contaminación. Además, el espacio para hospitalización es muy pequeño, lo que genera hacinamiento entre las pacientes atendidas. Esta sala esta muy retirada de locales importantes, como las salas de labor y parto, sala de operaciones, laboratorio clínico, rayos X y neonatología, lo que dificulta el rápido traslado de las pacientes de un lado a otro, cuando así se hace necesario. El análisis realizado por los responsables de la atención a las emergencias obstétricas concuerda bien con la información obtenida mediante la observación y plasmada en los cuadros presentados en los resultados y en los anexos. De manera general, la infraestructura obtuvo un puntaje de 75%, que es inferior al 80%, tomado como mínimo aceptable. Los principales problemas estuvieron en los servicios de emergencias, hospitalización y sala de operaciones.

En relación a mobiliario, el Hospital carece de suficientes camas para la hospitalización de pacientes, lo que conlleva a colocar hasta tres pacientes en una misma cama, que es un motivo de insatisfacción en las pacientes. También en la sala de emergencia hay dificultades con el mobiliario.

En general, se la disponibilidad de insumos médicos para la atención de las emergencias obstétricas era satisfactoria, sin embargo algunos medicamentos, como antihipertensivos y anticonvulsivantes, como el sulfato de magnesio, se encontraban en cantidades insuficientes.

Algo similar ocurre con los antibióticos, que a veces deben ser comprados por las pacientes cuando van de alta. En ocasiones faltan reactivos de laboratorio.

El equipamiento no es completo en algunos servicios encargados de la atención a las emergencias obstétricas. Tal es el caso del laboratorio clínico, donde el hemoglobinómetro no funciona, mientras que un microscopio y un refrigerador se vuelven insuficientes. Algo similar ocurre en central de equipos, salas de hospitalización y emergencia. El equipamiento es satisfactorio en la sala de labor y parto, y en la sala de operaciones. En general, como lo expresa el personal de la central de equipos, estos se encuentran donde más se utilizan, y es poco lo que se encuentran almacenado en bodega. En resumen, el Hospital dispone del equipamiento básico para la atención de emergencias obstétricas, aunque con algunas deficiencias en cantidad, o por el estado del mismo.

Valoración de los procesos.

En el monitoreo de los expedientes clínicos de las pacientes tratadas por complicaciones obstétricas, durante el segundo semestre del 2007, se observa una deficiencia en el cumplimiento de las normas y protocolo de atención de emergencias obstétricas, de manera general, siendo el manejo del shock, hemorragia en la segunda mitad del embarazo, eclampsia y preeclampsia los que tienen menos cumplimiento de las normas. Sin embargo, es importante señalar que al finalizar el año, se observó una mejoría en el cumplimiento de las mismas con el paso del tiempo, lo que especialmente notorio en el caso de las hemorragias postparto. No hubo mucha mejoría en el cumplimiento del protocolo de atención del parto obstruido. La mejoría observada se corresponde con el desarrollo de actividades de educación continua y un mejor seguimiento al cumplimiento de las normas a partir de septiembre.

Valoración de los resultados de la atención.

Las muertes maternas están disminuyendo progresivamente, según reportes del personal responsable. Durante el período de estudio se registraron dos defunciones, de las cuales una correspondía a una causa obstétrica directa. Cabe mencionar que estas dos muertes ocurrieron a inicios del segundo semestre, y que ya no ocurrieron más después de la capacitación y del esfuerzo por asegurar un mayor cumplimiento de las normas, ya mencionados.

Grado de satisfacción de las usuarias externas en relación a la atención recibida.

Las usuarias del servicio de obstetricia se sienten bien con la atención que reciben de parte del personal y con los resultados obtenidos, pero resienten las condiciones del Hospital.

En efecto, manifiestan que les resolvieron el problema por el cual ingresaron y percibieron amabilidad en el trato del personal, pero se quejan de la infraestructura, de la comida, de la falta de privacidad, hacinamiento, escasez de servicios higiénicos. Es notorio al respecto que la mayoría de las mujeres expresó que si ellas pudieran elegir, preferirían ir al hospital de Estelí y no al Hospital Victoria Motta.

CONCLUSION

La calidad de la atención de las emergencias obstétricas en el Hospital Victoria Matta la consideramos buena, distante de ser excelente, y con tendencia a mejorar durante el periodo estudiado.

➤ Debilidades:

- ❖ Los recursos humanos son limitados y pocos capacitados.
- ❖ Infraestructura inadecuada.
- ❖ Falta de equipamiento básico.
- ❖ Poca satisfacción de las usuarias en relación a la infraestructura del servicio de obstetricia.

➤ Aspectos positivos:

- ❖ Se brinda un servicio con COE completo.
- ❖ El Hospital ha asumido un plan contingente de reducción de muertes maternas y reforzó la capacitación continua y monitoreo de los expedientes clínicos.

RECOMENDACIONES

- Asignar mayor número de recursos humanos.
- Garantizar las capacitaciones continuas.
- Mantener el monitoreo constantes de expedientes clínicos.
- Establecer relaciones con organismos donantes, gubernamentales y unidades modelos para mejorar las condiciones de la unidad de salud.
- Garantizar los insumos médicos necesarios para brindar una mejor resolución a las emergencias obstétricas.
- Realizar estudios similares para valorar los cambios implementados..

BIBLIOGRAFIA

- 1- Departamento de salud reproductiva e investigaciones. Guía para obstetras y médicos. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Conexas OMS 2000.
- 2- Proyecto Prosalud MINSAL USAID/MSH 2002. Modulo maternidad segura II Manual del participante.
- 3- Diario La Prensa Managua. 28 de febrero del 2007. Hospital de Jinotega saturado. Pagina 10 A.
- 4- Dra. Yudy Carla Wong Blandón QAP/USAID Evaluación de competencia y habilidades del personal de salud calificado en la atención de las complicaciones del embarazo, parto y posparto inmediato en veinte hospitales y cuarenta y tres unidades de salud de primer nivel de atención. Managua junio – Septiembre del 2005.
- 5- Karla L Álvarez E, Yessenia J Guevara P, D. Margarita Guido A, Sandra J. Hernández, Yiza F. Jaen. Trabajo de investigación. ¿Cuál es la capacidad que tiene el Centro de Salud El Sauce para atender las emergencias obstétricas?.
- 6- Dra. Gloria Benitez Quevedo, Dr. Leonardo Contreras Osorio. Maternidad segura. Evaluación de necesidades en los servicios de emergencias obstétricas en diez departamentos de Nicaragua. Managua Nicaragua Diciembre del 2001. Editora de artes, S A.
- 7- Ministerio de Salud. Dirección general de servicios de salud. Normas y protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas. Diciembre, 2006.
- 8- <http://www.google.com.ni/search?hl=es&q=protocolo+la+atencion+de+emergencia+obstetricas&btnG=Buscar+con+Google&meta=lr%Dlanges>.
- 9- Ministerio de salud primero y segundo nivel de atención. El proyecto garantía de calidad. Abordaje rápido de emergencias obstétricas más frecuentes, adaptado del libro IMPAC. 2007.
- 10- Ministerio de salud. Centro Docente de Referencia Cuidados Pediátricos Cuidados Obstétricos de Emergencias. 2006.
- 11- Ministerio de salud primero y segundo nivel de atención. El proyecto garantía de calidad. Abordaje rápido de emergencias obstétricas más frecuentes, adaptado del libro IMPAC. 2007.

- 12-Departamento de salud reproductiva e investigaciones. Guía para obstetras y médicos. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Conexas OMS 2000.
- 13-Ricardo L. Schwarcz, Carlos A. Dwerges, A. Gonzalo Díaz, Ricardo H. Fonseca. Obstetricia. 5ta edición 1995. Editorial EL ATENEO.
- 14-Ministerio de salud. Primero y segundo nivel de atención. Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada y del recién nacido. Segunda edición. Managua Nicaragua, febrero 2004.
- 15- Ministerio de salud. División de recursos humanos y docencia. Gerencia de calidad. Promoviendo cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de atención. Guía del facilitador. Managua Nicaragua. 2001.
- 16- Julio Piura López. Metodología de la investigación científica. Un enfoque integrador 1ra edición. Ediciones PAVSA Managua, Nicaragua Mayo 2006.
- 17- AIS Nicaragua. Medicamentos de atención primaria. 1ra edición 2006.
- 18- Judith Aubel. Directrices para estudios en base a la técnica de grupos focales. Documento 2. FNUAP Santiago de Chile. Primera edición. 1994.
- 19- Nicaragua. Ministerio de salud. Centro de investigación en medicina. Formulario terapéutico nacional de medicamentos. MINSA/CIMED. 6ta edición.
- 20- SILAIS Jinotega departamento de estadística. Serie cronológica, partos y nacimientos 2007.
- 21 - <http://www.diagnostico.com.ar/ultrasound/u02/u-em02.htm#3>

ANEXOS

ANEXO: 1

FORMULARIO 2: DISPONIBILIDAD DE VESTUARIO, INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO, EQUIPOS, MEDICAMENTOS Y RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL VICTORIA MOTTA DE LA CIUDAD DE JINOTEGA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2007.

A. Disponibilidad de vestuario en ropería del Hospital Victoria Motta, Jinotega, segundo semestre del 2007.

Ropa	Disponible		Funcional		Comentarios
Maletas de ropa quirúrgicas:					
Sábana abierta	SI		SI		
Campo sencillo grande	SI		SI		
Campo dobles grandes	SI		SI		
Sábana sencilla cerrada	SI		SI		
Campos pequeños	SI		SI		
Campos medianos sencillos	SI		SI		
Campos medianos	SI		SI		
Bata médica	SI		SI		
Camisón abierto	SI		SI		
Gorras	SI		SI		
Perneras	SI		SI		
Maleta de parto:					
Campo sencillo grande	SI		SI		
Campos dobles grandes	SI		SI		
Sábana sencilla cerrada	SI		SI		
Campos para limpiar y envolver al neonato	SI		SI		
Bata medica	SI		SI		
Perneras	SI		SI		
Campos pequeños sencillos	SI		SI		
Pijamas para el personal	SI		SI		
Mascarillas	SI		SI		
Botas	SI		SI		
Sábanas para cama	SI		SI		
Toallas		NO		NO	
Movible	SI		SI		
Frazadas para madres		NO		NO	
Frazadas para bebé		NO		NO	

B. Disponibilidad de equipamiento para emergencias obstétricas (ATM) del Hospital Victoria Motta de la ciudad de Jinotega en el segundo semestre del 2007.

Materiales	Disponible		Funcional		Comentarios
Equipo básico para todos los niveles					
Bandeja de medicamentos	SI		SI		
Tensiómetro	SI		SI		
Estetoscopio	SI		SI		
Balanza de adultos	SI		SI		
Estetoscopios de Pinard	SI		SI		
Estetoscopios de DELEE		NO		NO	
Esterilizador de calor seco y/o autoclave	SI		SI		
Pinza uterina tenáculo (acero inoxidable) 2, 4 o 6	SI		SI		
Pinza para esponjas (acero inoxidable)	SI		SI		
Riñonera de acero inoxidable	SI		SI		
Tambores o casos para gasas/otros materiales (inox.)	SI		SI		
Soporte para venoclisis	SI		SI		
Ambú para adulto	SI		SI		
Mascarilla de oxígeno	SI		SI		
Lámpara cuello de cisne	SI		SI		
Tijeras	SI		SI		
Recipientes para disposición de aguas (de sutura)	SI		SI		
Carro de paro debidamente equipado	SI		SI		
Material de reposición periódica para todos los niveles					
Termómetro clínico oral (escala Celsius)	SI		SI		
Termómetro clínico rectal (escala Celsius)		NO		NO	
Cepillo quirúrgico (cerdas de nylon)	SI		SI		
Jeringas	SI		SI		
Agujas	SI		SI		
Bránulas	SI		SI		
Scalp	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 1-0	SI		SI		

Catgut crómico atraumático # 2-0	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 3-0	SI		SI		
Vycril # 1-0	SI		SI		
Vycril # 2-0	SI		SI		
Vycril # 3-0	SI		SI		
Sonda vesical (Foley)	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 7	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 7 1/2	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 8	SI		SI		
Equipo de sutura Perineal/ Vaginal/Cervical					
Pana (1)	SI		SI		
Porta esponja 9" (1)	SI		SI		
Pinza hemostática Kelly recta 8" sin dientes (2)	SI		SI		
Pinza Allis de 6 " (2)	SI		SI		
Clamp umbilical (1)	SI		SI		
Pera de succión de hule (1)	SI		SI		
Campo mediano (1)	SI		SI		
Bandeja (1)	SI		SI		
Pinza hemostática Kelly recta 5 1/2" (2)	SI		SI		
Pinza de disección con dientes (1)	SI		SI		
Porta aguja (1)	SI		SI		
Espéculo	SI		SI		
Panita yodera de acero (1)	SI		SI		
Jeringa de 10cc (1)	SI		SI		
Jeringa de 5cc (1)	SI		SI		
Agujas hipodérmicas de 22x1 1/2 (2)	SI		SI		
Agujas hipodérmicas de sutura curvas/filo, grande (2)		NO		NO	
Set instrumental para cesárea y laparotomía					
Pinza de campo Bakaus de 5 1/2 " (6)	SI		SI		
Pinza hemostática Kelly recta 5 1/2 " (6)	SI		SI		
Pinza de Allis 6" (4)	SI		SI		
Pinza Bakaus 6" (2)	SI		SI		
Pinza hemostática Kelly curva 5 1/2 " (6)	SI		SI		

Pinza para peritoneo Rochester Pean recta 6 ½ " (6)	SI		SI		
Pinza para peritoneo Rochester Pean curva 6 ½ " (6)	SI		SI		
Pinza de ojo rectas (Foerter) (4)	SI		SI		
Pinza de disección con dientes 8"(1)	SI		SI		
Pinza de disección sin dientes 8" (1)	SI		SI		
Pinza de disección con dientes 5 ½ " (2)	SI		SI		
Pinza de disección sin dientes 5 ½" (2)	SI		SI		
Pinza de disección (Addson Brow) rusa 8" (1)	SI		SI		
Separador Deaver delgado (1 ½")(1)	SI		SI		
Separador Deaver ancho (3") (1)	SI		SI		
Separador abdominal autostático (BALFOUR) (1)	SI		SI		
Separador Farabeuf Army (2)	SI		SI		
Separador Richarson grandes (2)	SI		SI		
Sonda acanalada (1)	SI		SI		
Cazo metálico pequeño (1)	SI		SI		
Porta aguja Mayo Heager mediano 7 ½ " (2)	SI		SI		
Porta aguja Header largo (1)			SI		
Mango de bisturí nº 4 (1)	SI		SI		
Mango de bisturí nº 4 L (1)	SI		SI		
Separador abdominal autostático (O`Cultivan-Oconnor) (3)	SI		SI		
Separador Deaver 2" (2)	SI		SI		
Separador maleable 1 ½" (2)	SI		SI		
Pinzas císticas finas	SI		SI		
Pinzas císticas gruesas	SI		SI		
Valva de peso (AUVARD)	SI		SI		
Equipamiento para legrado uterino					
Espéculo vaginal (Sims) (1)			SI		
Pinzas Forester (2)	SI		SI		
Tenáculo uterino (2)	SI		SI		

Histerómetro(1)	SI		SI		
Dilatadores uterinos tamaño 13 – 27 (francés) (1 set)	SI		SI		
Curetas o legras uterinas de diferentes números (5)	SI		SI		
Valva de peso	SI		SI		
Sonda metálica	SI		SI		
Guantes No 7 y 8	SI		SI		
Jeringas de aspiración al vacío (válvula simple)	SI		SI		
Jeringa de aspiración al vacío (válvula doble)	SI		SI		
Lubricante de silicona	SI		SI		
Adaptadores (café, azul, amarillo, blanco, verde)	SI		SI		
Cánula flexible, 4 – 12 mm	SI		SI		
Equipo para anestesia					
Monitores para signos vitales	SI		SI		
Máscara para anestesia	SI		SI		
Catéter orofaríngeo	SI		SI		
Laringoscopio (con focos de repuesto y baterías)	SI		SI		
Hoja de laringoscopio	SI		SI		
Tubo endotraqueal con mango (8mm)	SI		SI		
Tubo endotraqueal con mango (10mm)	SI		SI		
Pinza de entubación (Magil)	SI		SI		
Tubos endotraqueales conectores 15mm de plástico	SI		SI		
Aguas raquídeas (calibre 18 – 25)	SI		SI		
Aspirador al pedal	SI		SI		
Aspirador eléctrico	SI		SI		
Maquina de anestesia	SI		SI		
Tanque de oxígeno	SI		SI		20 UNIDADES
Manómetro y flowmeter (flujo bajo) tubos y conectores	SI		SI		
Oxímetro	SI		SI		
Oxido nitroso	SI		SI		2 UNIDADES
Desfibrilador	SI		SI		

C. Disponibilidad de infraestructura, mobiliario y equipos en central de equipos del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.

Central de equipos	Disponible	Funcional	Comentarios		
Infraestructura					
Área de recepción de material sucio	SI		SI		
Área de lavado de instrumentos	SI		SI		
Área de preparación de materiales	SI		SI		
Área de esterilización	SI		SI		
Área de almacenamiento	SI		SI		
Área de despacho	SI		SI		
Paredes lisas, fácil de limpiar resistentes a productos químicos	SI		SI		
Cielo raso en buen estado		NO		NO	
Ventanas de comunicación entre S O y L y P	SI		SI		
Climatización 18 a 20 grados centígrados		NO		NO	
Lavamanos	SI		SI		
Servicios sanitarios	SI		SI		
Mobiliario					
Anaqueles para guardar materiales estériles	SI		SI		
Equipos básicos para todos los niveles					
Bandeja de medicamentos		NO		NO	
Tensiómetro	SI		SI		
Estetoscopio	SI		SI		
Balanza de adultos		NO		NO	
Estetoscopio de Pinard		NO		NO	
Estetoscopio de DELEE		NO		NO	
Esterilizador de calor al seco y/o autoclave	SI		SI		
Pinza uterina tenáculo (acero inoxidable) 2,4,6					
Pinza para esponja (acero inoxidable)		NO		NO	
Riñonera de acero inoxidable		NO		NO	
Tambores para gasas u otros materiales (inoxidable)	SI		SI		
Soporte para venoclisis		NO		NO	
Ambú para adultos	SI		SI		

Mascarilla para oxígeno		NO		NO	
Lámpara cuello cisne		NO		NO	
Tijeras		NO		NO	
Recipiente para disposición de agujas de sutura		NO		NO	
Carro de para debidamente equipado		NO		NO	
Material de reposición periódica para todos los niveles					
Termómetro clínico oral (escala Celsius)	SI		SI		
Termómetro clínico rectal (escala Celsius)		NO		NO	
Cepillo quirúrgico (cerdas de nylon)		NO		NO	
Jeringas	SI		SI		
Agujas	SI		SI		
Bránulas	SI		SI		
Scalp	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 1.0	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 2.0	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 3.0	SI		SI		
Vycril # 1.0	SI		SI		
Vycril # 2.0	SI		SI		
Vycril # 3.0	SI		SI		
Sonda vesical (Foley)	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 7		NO		NO	
Guantes quirúrgicos #7 ½	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 8		NO		NO	
Equipos o paquetes de parto					
Pana (1)	SI		SI		
Porta esponja 9" (1)	SI		SI		
Pinza hemostática Kelly recta 8" sin dientes (2)		NO		NO	
Pinza Allis de 6" (2)		NO		NO	
Clamp umbilical (1)	SI		SI		
Pera de succión de hule (1)	SI		SI		
Campo mediano (1)		NO		NO	
Equipo de sutura Perineal/vaginal/Cervical					
Bandeja (1)	SI		SI		
Pinza para esponja 9" (1)		NO		NO	
Pinza Allis 6" (2)		NO		NO	
Pinza hemostática Nelly recta		NO		NO	

5 ½ " (2)					
Pinza de disección con dientes (1)		NO		NO	
Porta aguja (1)		NO		NO	
Especulo vaginal (1)	SI		SI		
Panita yodera de acero inoxidable (1)		NO		NO	
Jeringa de 10 cc (1)	SI		SI		
Jeringa de 5 cc (1)	SI		SI		
Agujas hipodérmicas de sutura curva/ filo, grande (2)	SI		SI		
Aguja hipodérmicas de 22x 11/2" (2)	SI		SI		
Campo mediano (2)		NO		NO	
Campo doble (2)		NO		NO	
Mota, hilo	SI		SI		
Aspiración manual al vacío (Adicional al instrumento básico para legrado)					
Jeringa de aspiración al vacío (válvula simple)		NO		NO	
Jeringa de aspiración al vacío (válvula doble)		NO		NO	
Lubricante de silicona	SI		SI		
Adaptadores (Café, azul, amarillo, blanco y verde)		NO		NO	
Cánula flexible 4 – 12 mm		NO		NO	
Equipo de anestesia					
Catéter orofaríngeo		NO		NO	
Laringoscopio (con foco de repuesto y baterías)		NO		NO	
Hoja de laringoscopio		NO		NO	
Tubo endotraqueal con mango (8mm)	SI		SI		
Tubo endotraqueal con mango (10)	SI		SI		
Pinza de entubación (Magill)		NO		NO	
Aspirador al pedal		NO		NO	
Tubos endotraqueales conectores 15mm de plástico (se puede conectar directamente a la válvula)		NO		NO	
Aspirador eléctrico		NO		NO	
Tanques de oxígeno		NO		NO	
Manómetro y flowmeter		NO		NO	

D. Disponibilidad de infraestructura, mobiliario, vestuario y equipos sala de emergencias del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.

Sala de emergencia	Disponible	Funcional	Comentarios		
Infraestructura					
Área de espera		NO		NO	
Área de admisión		NO		NO	
Área de clasificación de pacientes		NO		NO	
Estación de enfermería	SI		SI		
Área de observación	SI		SI		
Área de paciente crítico		NO		NO	
Sala para examinar con privacidad visual y auditiva	SI		SI		
Cuarto de baño	SI		SI		
Servicios higiénicos	SI		SI		
Iluminación adecuada natural		NO		NO	
Iluminación adecuada artificial	SI		SI		
Suministro de energía eléctrica alterna (generador)	SI		SI		
Agua las 24 horas del día	SI		SI		
Climatización		NO		NO	
Paredes de superficie lisas con materiales durables, resistentes a químicos	SI		SI	NO	
Piso de superficie lisa, con material durable y fácil de limpiar	SI		SI		
Cielo raso en buen estado	SI		SI		
Puertas amplias que permitan el acceso a camillas sillas de rueda y equipos	SI		SI		
Mobiliario					
Camillas de transporte	SI		SI		
Sillas de rueda	SI		SI		
Basurero con tapa (área de espera)	SI		SI		
Lavamanos (área de espera)		NO		NO	
Servicios higiénicos para pacientes (área de espera)		NO		NO	
Estantes o archivador (área de admisión)	SI		SI		
Sillas (área de admisión o espera)		NO		NO	
Basurero con tapa (área de admisión)	SI		SI		
Teléfono (área de admisión)	SI		SI		
Silla (en estación de enfermería)	SI		SI		
Reloj de pared (estación de enfermería)	SI		SI		
Gabinete para medicamentos (estación de	SI		SI		

enfermería)					
Mesa de preparación de medicamentos (estación de enfermería)	SI		SI		
Pantry (área de enfermería)	SI		SI		
Lavamanos (área de enfermería)		NO		NO	
Basurero con tapa (estación de enfermería)	SI		SI		
Camilla (área de atención al paciente crítico)	SI		SI		
Silla (área de atención de paciente crítico)		NO		NO	
Reloj de pared		NO		NO	
Pantry (área de paciente crítico)	SI		SI		
Lavamanos (área de paciente crítico)		NO		NO	
Basurero con tapa (área de paciente crítico)	SI		SI		
Escritorio (área de clasificación)	SI		SI		
Silla (2 área de clasificación)		NO		NO	
Basurero con tapa (área de clasificación)	SI		SI		
Escritorio (área de observación)	SI		SI		
Silla (2 área de observación)		NO		NO	
Basurero con tapa (área de observación)		NO		NO	
Camas (área de observación)	SI		SI		
Mesas de noche (área de observación)		NO		NO	
Mampara (área de observación)	SI		SI		
Mesa de preparación de medicamentos (área de observación)		NO		NO	
Lavamanos (área de observación)		NO	NO		
Servicios higiénicos (área de observación)	SI		SI		
Equipos básicos para todos los niveles					
Bandeja de medicamentos	SI		SI		
Tensiómetro	SI		SI		
Estetoscopio	SI		SI		
Balanza de adulto	SI		SI		
Estetoscopio de Pinard	SI		SI		
Estetoscopio de DELEE		NO		NO	
Esterilizador de calor seco y/o autoclave	SI		SI		
Pinza uterina tenáculo (acero inoxidable)		NO		NO	
Pinza para esponja (acero inoxidable)		NO		NO	
Riñonera de acero inoxidable	SI		SI		
Tambores para gases u otros materiales (inoxidable)	SI		SI		
Soporte para venoclisis	SI		SI		
Ambú para adultos	SI		SI		
Mascarilla para oxígeno	SI		SI		
Lámpara cuello cisne		NO		NO	
Tijeras	SI		SI		
Recipiente para disposición de agujas de sutura	SI		SI		

Carro de para debidamente equipado	SI		SI		
Material de reposición periódica para todos los niveles					
Termómetro clínico oral (escala Celsius)		NO		NO	
Termómetro clínico rectal (escala Celsius)		NO		NO	
Cepillo quirúrgico (cerdas de nylon)	SI				
Jeringas	SI				
Agujas	SI				
Bránulas	SI				
Scalp		NO		NO	
Catgut crómico atraumático # 1. 0	SI				
Catgut crómico atraumático # 2. 0		NO		NO	
Catgut crómico atraumático # 3. 0		NO		NO	
Vycril # 1. 0	SI				
Vycril # 2. 0	SI				
Vycril # 3. 0	SI				
Sonda vesical (Foley)	SI				
Guantes quirúrgicos # 7	SI				
Guantes quirúrgicos #7 ½	SI				
Guantes quirúrgicos # 8	SI				
Equipos o paquetes de parto					
Pana (1)		NO		NO	
Porta esponja 9" (1)	SI				
Pinza hemostática Kelly recta 8" sin dientes (2)	SI				
Pinza Allis de 6" (2)	SI				
Clamp umbilical (1)	SI				
Pera de succión de hule (1)	SI				
Campo mediano (1)	SI				
Equipo de sutura Perineal/vaginal/Cervical					
Bandeja (1)		NO		NO	
Pinza para esponja 9" (1)	SI				
Pinza Allis 6" (2)	SI				
Pinza hemostática Kelly recta 5 ½ " (2)	SI				
Pinza de disección con dientes (1)	SI				
Porta aguja (1)	SI				
Especulo vaginal (1)		NO		NO	
Panita yodera de acero inoxidable (1)	SI				
Jeringa de 10 cc (1)	SI				
Jeringa de 5 cc (1)	SI				
Aguja hipodérmica de 22x1" (20)	SI				
Agujas hipodérmicas de sutura curva/ filo, grande (2)		NO		NO	
Campo mediano (2)		NO		NO	
Campo doble (2)	SI				
Mota, hilo	SI				

Aspiración manual al vacío (Adicional al instrumento básico para legrado)					
Jeringa de aspiración al vacío (válvula simple)		NO		NO	
Jeringa de aspiración al vacío (válvula doble)		NO		NO	
Lubricante de silicona		NO		NO	
Adaptadores (Café, azul, amarillo, blanco y verde)		NO		NO	
Cánula flexible 4 – 12 mm		NO		NO	
Equipo de anestesia					
Catéter orofaríngeo	SI		SI		
Laringoscopio (con foco de repuesto y baterías)	SI		SI		
Hoja de laringoscopio	SI		SI		
Tubo endotraqueal con mango (8mm)	SI		SI		
Tubo endotraqueal con mango (10)		NO		NO	
Pinza de entubación (Magill)		NO		NO	
Aspirador al pedal		NO		NO	
Tubos endotraqueales conectores 15mm de plástico (se puede conectar directamente a la válvula de ventilación) (3 para cada tamaño del tubo)	SI		SI		
Aspirador eléctrico	SI		SI		
Tanques de oxígeno (especifique el # de tanques llenos)	SI		SI		3 UNIDADES
Manómetro y flowmeter (flujo bajo) tubos y conectores		NO		NO	

E. Disponibilidad de infraestructura, mobiliario, vestuario y equipos en sala de hospitalización del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.

Sala de hospitalización	Disponible		Funcional		Comentario
Infraestructura					
Estación de enfermería	SI		SI		
Área de Internamiento	SI		SI		
Área de revisión	SI		SI		
Área de aislamiento	SI		SI		
Área post quirúrgica	SI		SI		
Servicios sanitarios para pacientes	SI		SI		
Servicios sanitarios para personal	SI		SI		
ventilación		NO			
Iluminación natural		NO		NO	
Iluminación artificial	SI		SI	NO	
Paredes de superficie lisa con material durable, resistentes a químicos	SI		SI		
Piso de superficie lisa, con material durable fácil de limpiar	SI		SI		
Cielo raso en buen estado		NO		NO	
Lavamanos para cada sala de internamiento	SI		SI		
Mobiliario					
Gabinete de medicamentos	SI		SI		
Sillas (en estación de enfermería)	SI		SI		
Porta expediente (en estación de enfermería)		NO		NO	
Reloj de pared (en estación de enfermería)	SI		SI		
Teléfono (en estación de enfermería)	SI		SI		
Carro con rodos para medicamentos con gavetas				NO	
Pantry (en estación de enfermería)	SI		SI		
Lavamanos (en estación de enfermería)	SI		SI		
Basurero con tapa (en estación de enfermería)		NO		NO	
Camas hospitalarias (en área internamiento)	SI		SI		
Sillas (en área internamiento)		NO		NO	
Mesa de noche (área de internamiento)	SI		SI		

Gradillas (área de internamiento)					
Mampara (área de internamiento)		NO		NO	
Lavamanos (área de internamiento)	SI		SI		
Basurero con tapa (área de internamiento)		NO		NO	
Silla de rueda (área de internamiento)	SI		SI		
Camilla ginecológica (área de revisión)	SI		SI		
Banco giratorio (área de revisión)	SI		SI		
Lámpara cuello cisne (área de revisión)	SI		SI		
Mesa de Mayo (área de revisión)		NO		NO	
Anaquele o estante (área de revisión)	SI		SI		
Balde de acero (área de revisión)		NO		NO	
Pantry (área de revisión)	SI		SI		
Lavamanos (área de revisión)	SI		SI		
Sábana para camas	SI		SI		
Ahulado		NO		NO	
Ropa					
Movible	SI		SI		
Camisones para pacientes	SI		SI		
Toallas		NO		NO	
Frazadas para madre		NO		NO	
Frazadas para bebé		NO		NO	
Equipos básicos para todos los niveles					
Bandeja de medicamentos	SI		SI		
Tensiómetro	SI		SI		
Estetoscopio	SI		SI		
Balanza de adulto	SI		SI		
Estetoscopio de Pinard		NO		NO	
Estetoscopio de DELEE		NO		NO	
Esterilizador de calor seco y/o autoclave		NO		NO	
Pinza uterina tenáculo (acero inoxidable)	SI		SI		
Pinza para esponja (acero inoxidable)					
Riñonera de acero inoxidable		NO		NO	
Tambores para gases u otros materiales (inoxidable)	SI		SI		
Soporte para venoclisis	SI		SI		
Ambú para adultos	SI		SI		
Mascarilla para oxígeno	SI		SI		
Lámpara cuello cisne	SI		SI		
Tijeras	SI		SI		

Recipiente para disposición de agujas de sutura		NO		NO	
Carro de para debidamente equipado	SI		SI		
Material de reposición periódica para todos los niveles					
Termómetro clínico oral (escala Celsius)	SI		SI		
Termómetro clínico rectal (escala Celsius)	SI		SI		
Cepillo quirúrgico (cerdas de nylon)	SI		SI		
Jeringas	SI		SI		
Agujas	SI		SI		
Bránulas	SI		SI		
Scalp	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 1. 0	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 2. 0	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 3. 0	SI		SI		
Vycril # 1. 0	SI		SI		
Vycril # 2. 0	SI		SI		
Vycril # 3. 0	SI		SI		
Sonda vesical (Foley)	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 7	SI		SI		
Guantes quirúrgicos #7 ½	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 8	SI		SI		
Equipo de sutura Perineal/vaginal/Cervical					
Bandeja (1)		NO		NO	
Pinza para esponja 9" (1)		NO		NO	
Pinza Allis 6" (2)	SI		SI		
Pinza hemostática Kelly recta 5 ½ " (2)	SI		SI		
Pinza de disección con dientes (1)	SI		SI		
Porta aguja (1)	SI		SI		
Especulo vaginal (1)	SI		SI		
Aspiración manual al vacío (Adicional al instrumento básico para legrado)					
Jeringa de aspiración al vacío (válvula simple)	SI		SI		
Jeringa de aspiración al vacío (válvula doble)	SI		SI		
Lubricante de silicona	SI		SI		
Adaptadores (Café, azul, amarillo, blanco y verde)	SI		SI		
Cánula flexible 4 – 12 mm	SI		SI		

F. Disponibilidad de infraestructura, mobiliario, vestuario y equipos sala de labor y partos del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.

Sala de labor y parto	Disponible		Funcional		Comentarios
Infraestructura					
Estalación de enfermería	SI		SI		
Área de labor	SI		SI		
Área de expulsivo	SI		SI		
Área de atención inmediata al recién nacido	SI		SI		
Servicios sanitarios para pacientes	SI		SI		
Servicios sanitarios para el personal	SI		SI		
Iluminación natural		NO		NO	
Iluminación artificial	SI		SI		
Agua corriente las 24 horas del día con surtidor para manejar con el codo o rodilla	SI		SI		
Suministro de energía eléctrica alterna (generador)	SI		SI		
Climatización (todas las áreas)		NO		NO	
Mobiliario					
Silla en estación de enfermería	SI		SI		
Reloj de pared (en estación de enfermería)	SI		SI		
Gabinete para medicamento (en estación de enfermería)	SI		SI		
Mesa de preparación de medicamentos (en estación de enfermería)	SI		SI		
Lavamanos (en estación de enfermería)	SI		SI		
Basurero con tapa (estación de enfermería)	SI		SI		
Teléfono (en estación de enfermería)	SI		SI		
Camas para labor	SI		SI		
Mesa de preparación de labor	SI		SI		
Anaquelel o estante (en área de labor)	SI		SI		
Silla (en área de expulsivo)	SI		SI		
Anaquelel o estante (en área de expulsivo)	SI		SI		
Reloj (en área de expulsivo)	SI		SI		
Mesa de parto	SI		SI		

Lámpara mielítica o de cuello de ganso	SI		SI		
Banco giratorio		NO		NO	
Ropa (maleta de parto)					
Campo sencillo grande	SI		SI		
Campo doble grande	SI		SI		
Sábana sencilla cerrada	SI		SI		
Campo para limpiar y envolver al neonato	SI		SI		
Bata médica	SI		SI		
Perneras	SI		SI		
Campo pequeño sencillo	SI		SI		
Camisón para paciente	SI		SI		
Pijama para el personal	SI		SI		
Mascarillas	SI		SI		
Bota	SI		SI		
Gorros	SI		SI		
Sábana para camas	SI		SI		
Toallas	SI		SI		
Equipos básicos para todos los niveles					
Bandeja de medicamentos	SI		SI		
Tensiómetro	SI		SI		
Estetoscopio	SI		SI		
Balanza de adulto	SI		SI		
Estetoscopio de Pinard	SI		SI		
Estetoscopio de DELEE		NO		NO	
Esterilizador de calor seco y/o autoclave		NO		NO	
Pinza uterina tenáculo (acero inoxidable)	SI		SI		
Pinza para esponja (acero inoxidable)	SI		SI		
Riñonera de acero inoxidable	SI		SI		
Tambores para gases u otros materiales (inoxidable)	SI		SI		
Soporte para venoclisis	SI		SI		
Ambú para adultos	SI		SI		
Mascarilla para oxígeno	SI		SI		
Lámpara cuello cisne	SI		SI		
Tijeras	SI		SI		
Recipiente para disposición de agujas de sutura	SI		SI		
Carro de para debidamente equipado	SI		SI		
Material de reposición periódica para todos los niveles					

Termómetro clínico oral (escala Celsius)	SI		SI		
Termómetro clínico rectal (escala Celsius)		NO		NO	
Cepillo quirúrgico (cerdas de nylon)	SI		SI		
Jeringas	SI		SI		
Agujas	SI		SI		
Bránulas	SI		SI		
Scalp	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 1.0	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 2.0	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 3.0	SI		SI		
Vycril # 1.0		NO		NO	
Vycril # 2.0	SI		SI		
Vycril # 3.0	SI		SI		
Sonda vesical (Foley)	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 7	SI		SI		
Guantes quirúrgicos #7 ½	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 8	SI		SI		
Equipos o paquetes de parto					
Pana (1)	SI		SI		
Porta esponja 9" (1)		NO		NO	
Pinza hemostática Kelly recta 8" sin dientes (2)	SI		SI		
Pinza Allis de 6" (2)	SI		SI		
Clamp umbilical (1)	SI		SI		
Pera de succión de hule (1)	SI		SI		
Campo mediano (1)	SI		SI		
Equipo de sutura Perineal/vaginal/Cervical					
Bandeja (1)	SI		SI		
Pinza para esponja 9" (1)	SI		SI		
Pinza Allis 6" (2)	SI		SI		
Pinza hemostática Kelly recta 5 ½ " (2)	SI		SI		
Pinza de disección con dientes (1)	SI		SI		
Porta aguja (1)	SI		SI		
Especulo vaginal (1)	SI		SI		
Panita yodera de acero inoxidable (1)	SI		SI		
Jeringa de 10 cc (1)	SI		SI		

Jeringa de 5 cc (1)	SI		SI		
Agujas hipodérmicas de sutura curva/ filo, grande (2)	SI		SI		
Campo mediano (2)	SI		SI		
Campo doble (2)	SI		SI		
Mota, hilo	SI		SI		
Equipamiento para legrado uterino					
Espéculo vaginal (Sims) (1)	SI		SI		
Pinzas Forester (2)	SI		SI		
Tenáculo uterino (2)	SI		SI		
Histerómetro(1)	SI		SI		
Dilatadores uterinos tamaño 13 – 27 (francés) (1 set)	SI		SI		
Curetas o legras uterinas de diferentes números (5)	SI		SI		
Valva de peso	SI		SI		
Sonda metálica		NO		NO	
Guantes No 7 y 8	SI		SI		
Aspiración manual al vacío (Adicional al instrumento básico para legrado)					
Jeringa de aspiración al vacío (válvula simple)	SI		SI		
Jeringa de aspiración al vacío (válvula doble)	SI		SI		
Lubricante de silicona	SI		SI		
Adaptadores (Café, azul, amarillo, blanco y verde)	SI		SI		
Cánula flexible 4 – 12 mm	SI		SI		
Equipo de anestesia					
Catéter orofaríngeo		NO		NO	
Laringoscopio (con foco de repuesto y baterías)	SI		SI		
Hoja de laringoscopio	SI		SI		
Tubo endotraqueal con mango (8mm)	SI		SI		
Tubo endotraqueal con mango (10)	SI		SI		
Pinza de entubación (Magill)	SI		SI		
Aspirador al pedal		NO		NO	
Tubos endotraqueales conectores 15mm de plástico (se puede conectar directamente a la válvula)	SI		SI		
Aspirador eléctrico	SI		SI		
Tanques de oxígeno	SI		SI		2 UNIDADES
Manómetro y flowmeter	SI		SI		2 UNIDADES

G. Disponibilidad de infraestructura, mobiliario, vestuario y equipos sala de operaciones del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.

Sala de operaciones	Disponible	Funcional	Comentarios
Infraestructura			
Área de descaso para médicos		NO	NO
Área de descaso para personal paramédicos		NO	NO
Estación de enfermería	SI		SI
Área de transferencia para camillas		NO	NO
Área de arsenal	SI		SI
Área de vestidores	SI		SI
Área de anestesia	SI		SI
Área de lavado quirúrgico	SI		SI
Área de quirófano	SI		SI
Área inmediata de atención al recién nacido	SI		SI
Área de recepción		NO	NO
Área sucia	SI		SI
Agua corriente 24 horas con surtidor para manejar con la rodilla o el codo	SI		SI
Suministro de energía eléctrica alterna (generador)	SI		SI
Sistema de extracción de gases		NO	NO
Señalización de área blancas, gris y roja		NO	NO
Climatización	SI		SI
Mobiliario			
Mesa de trabajo (en estación de enfermería)	SI		SI
Sillas (en estación de enfermería)	SI		SI
Gabinete con gaveta (en estación de enfermería)	SI		SI
Teléfono (en estación de enfermería)	SI		SI
Bodega (en estación de enfermería)	SI		SI
Camilla rodante en área de transferencia de camillas	SI		SI
Armario para drogas (área de anestesia)	SI		SI
Escritorio (área de anestesia)	SI		SI
Silla (área de anestesia)	SI		SI
Mesa de operatorio con estribos	SI		SI
Lámpara cielítica	SI		SI
Mesa para instrumentos con rodos	SI		SI
Banco giratorio	SI		SI
Mesa para instrumentos/ medicamentos	SI		SI

de emergencias					
Ropa (maleta de ropa quirúrgica)					
Sábana abierta	SI		SI		
Campo sencillo grande	SI		SI		
Campo dobles grandes	SI		SI		
Sábana sencilla cerrada	SI		SI		
Campos pequeños	SI		SI		
Campos medianos sencillos	SI		SI		
Campos medianos	SI		SI		
Bata médica	SI		SI		
Camisón abierto	SI		SI		
Gorras	SI		SI		
Perneras	SI		SI		
Mascarillas	SI		SI		
Pijama para el personal	SI		SI		
Botas	SI		SI		
Equipos básicos para todos los niveles					
Bandeja de medicamentos	SI		SI		
Tensiómetro	SI		SI		
Estetoscopio	SI		SI		
Balanza de adulto		NO		NO	
Estetoscopio de Pinard	SI		SI		
Estetoscopio de DELEE		NO		NO	
Esterilizador de calor seco y/o autoclave		NO		NO	
Pinza uterina tenáculo (acero inoxidable)	SI		SI		
Pinza para esponja (acero inoxidable)	SI		SI		
Riñonera de acero inoxidable	SI		SI		
Tambores para gasas u otros materiales (inoxidable)	SI		SI		
Soporte para venoclisis	SI		SI		
Ambú para adultos	SI		SI		
Mascarilla para oxígeno	SI		SI		
Lámpara cuello cisne	SI		SI		
Tijeras	SI		SI		
Recipiente para disposición de agujas de sutura	SI		SI		
Carro de para debidamente equipado	SI		SI		
Material de reposición periódica para todos los niveles					
Termómetro clínico oral (escala Celsius)	SI		SI		
Termómetro clínico rectal (escala Celsius)		NO		NO	
Cepillo quirúrgico (cerdas de nylon)	SI		SI		
Jeringas	SI		SI		
Agujas	SI		SI		
Bránulas	SI		SI		

Scalp	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 1. 0	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 2. 0	SI		SI		
Catgut crómico atraumático # 3. 0	SI		SI		
Vycril # 1. 0	SI		SI		
Vycril # 2. 0	SI		SI		
Vycril # 3. 0	SI		SI		
Sonda vesical (Foley)	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 7	SI		SI		
Guantes quirúrgicos #7 ½	SI		SI		
Guantes quirúrgicos # 8	SI		SI		
Equipos o paquetes de parto					
Pana (1)	SI		SI		
Porta esponja 9" (1)	SI		SI		
Pinza hemostática Kelly recta 8" sin dientes (2)	SI		SI		
Pinza Allis de 6" (2)	SI		SI		
Clamp umbilical (1)	SI		SI		
Pera de succión de hule (1)	SI		SI		
Campo mediano (1)	SI		SI		
Equipo de sutura Perineal/vaginal/Cervical					
Bandeja (1)	SI		SI		
Pinza para esponja 9" (1)	SI		SI		
Pinza Allis 6" (2)	SI				
Pinza hemostática Kelly recta 5 ½ " (2)	SI		SI		
Pinza de disección con dientes (1)	SI		SI		
Porta aguja (1)	SI		SI		
Especulo vaginal (1)	SI		SI		
Panita yodera de acero inoxidable (1)	SI		SI		
Jeringa de 10 cc (1)	SI		SI		
Jeringa de 5 cc (1)	SI		SI		
Aguja hipodérmica de 22 x 1 ½ " (2)	SI		SI		
Agujas hipodérmicas de sutura curva/ filo, grande (2)	SI		SI		
Campo mediano (2)	SI		SI		
Campo doble (2)	SI		SI		
Mota, hilo	SI		SI		
Set instrumental para cesárea y laparotomía					
Pinza de campo Bakaus de 5 ½ " (6)	SI		SI		
Pinza hemostática Kelly recta 5 ½ " (6)	SI		SI		
Pinza de Allis 6" (4)	SI		SI		
Pinza Bakaus 6" (2)	SI		SI		
Pinza hemostática Kelly curva 5 ½ " (6)	SI		SI		

Pinza para peritoneo Rochester Pean recta 6 ½ " (6)	SI		SI		
Pinza para peritoneo Rochester Pean curva 6 ½ " (6)	SI		SI		
Pinza de ojo rectas (Foerter) (4)	SI		SI		
Pinza de disección con dientes 8"(1)	SI		SI		
Pinza de disección sin dientes 8" (1)	SI		SI		
Pinza de disección con dientes 5 ½ " (2)	SI		SI		
Pinza de disección sin dientes 5 ½" (2)	SI		SI		
Pinza de disección (Addson Brow) rusa 8" (1)	SI		SI		
Separador Deaver delgado (1 ½") (1)	SI		SI		
Separador Deaver ancho (3") (1)	SI		SI		
Separador abdominal autostático (BALFOUR) (1)	SI		SI		
Separador Farabeuf Army (2)	SI		SI		
Separador Richardson grandes (2)	SI		SI		
Sonda acanalada (1)	SI		SI		
Cazo metálico pequeño (1)	SI		SI		
Porta aguja Mayo Heager mediano 7 ½ " (2)	SI		SI		
Porta aguja Header largo (1)	SI		SI		
Mango de bisturí nº 4 (1)	SI		SI		
Mango de bisturí nº 4 L (1)	SI		SI		
Separador abdominal autostático (O`Cultivan-Oconnor) (3)	SI		SI		
Separador Deaver 2" (2)	SI		SI		
Separador maleable 1 ½" (2)	SI		SI		
Pinzas císticas finas	SI		SI		
Pinzas císticas gruesas	SI		SI		
Valva de peso (AUVARD)	SI		SI		
Equipamiento para legrado uterino					
Espéculo vaginal (Sims) (1)	SI		SI		
Pinzas Forester (2)	SI		SI		
Tenáculo uterino (2)	SI		SI		
Histerómetro(1)	SI		SI		
Dilatadores uterinos tamaño 13 – 27 (francés) (1 set)	SI		SI		
Curetas o legras uterinas de diferentes números (5)	SI		SI		
Valva de peso	SI		SI		
Sonda metálica	SI		SI		
Guantes No 7 y 8	SI		SI		
Equipo para anestesia					
Monitores para signos vitales	SI		SI		

Máscara para anestesia	SI		SI		
Catéter orofaríngeo	SI		SI		
Laringoscopio (con focos de repuesto y baterías)	SI		SI		
Hoja de laringoscopio	SI		SI		
Tubo endotraqueal con mango (8mm)	SI		SI		
Tubo endotraqueal con mango (10mm)	SI		SI		
Pinza de entubación (Magil)	SI		SI		
Tubos endotraqueales conectores 15mm de plástico (s puede conectar directamente a la válvula de ventilación 3 para cada tamaño)	SI		SI		
Aguas raquídeas (calibre 18 – 25)		NO		NO	
Aspirador al pedal	SI		SI		
Aspirador eléctrico	SI		SI		
Maquina de anestesia	SI		SI		
Tanque de oxígeno (especifique el # de tanques llenos)	SI		SI		4 UNIDADES
Manómetro y flowmeter (flujo bajo) tubos y conectores	SI		SI		
Oxímetro	SI		SI		
Oxido nitroso (# de tanques llenos)	SI		SI		3 UNIDADES
Desfibrilador	SI		SI		

H. Disponibilidad de infraestructura, mobiliario, vestuario y equipos laboratorio clínico del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.

Laboratorio clínico	Disponible	Funcional	Comentarios
Infraestructura			
Área de espera	SI	SI	
Área de recepción	SI	SI	
Área de toma de muestra	SI	SI	
Área de uroanálisis	SI	SI	
Área de coprología	SI	SI	
Área de química sanguínea	SI	SI	
Área de hematología	SI	SI	
Área de serología	SI	SI	
Área de microbiología	SI	SI	
Área de banco de sangre	SI	SI	
Área de lavado de materiales	SI	SI	
Área de vertedero de desechos	SI	SI	
Área de preparación de medios de cultivo	SI	SI	
Paredes de superficie lisa con material durable, resistente a químicos	SI	SI	
Piso de superficie lisa con material durable y fácil de limpiar		NO	NO
Cielo raso en buen estado		NO	NO
Climatización entre 18 y 20 grados centígrados	SI	SI	
Lavamanos para el personal	SI	SI	
Servicios sanitarios para el personal	SI	SI	
Suministros y equipos	Cuantificar		Comentarios
Equipos y materiales para un banco de transfusión de sangre			
Bulbo de 2" D 1 ¾ de 15 ml		100	
Pipeta de 5 ¾ "		100	
Pipeta Pasteur de 5 ¾ "		100	
Rango de pipetas 5 – 40 ul		1	
Rango de pipetas 20 – 200 ul		1	
Rango de pipetas 100 – 1000 ul		1	
Rango de pipetas 1 -5 ul		0	
Puntas de pipetas de 0.5 – 250 ul		1	
Puntas de pipetas de 100- 1000 ul		1	
Puntas de pipetas de 1 - 5 ul		1	
Pizetas de 250 ml		3	
Botellas lavables rojas		0	
Reloj de alarma		3	
Silla ajustable 38x22x23 para trabajador		4	
Silla con brazos		1	
Termómetro para freezer		3	

Termómetro para banco de sangre	1	
Termómetro para refrigeradora	3	
Termómetro para incubadora de baño	1	
Balanza	3	
Baño circulatorio	2	
Centrífuga	2	
Cero fuga	2	
Rotor de cero fuga	2	
Microcentrífuga	1	
Lector de hematocrito	1	
Refrigeradora para banco de sangre	1	
Freezer para plasma de banco de sangre	0	
Termo de 30 litros (operando con batería)	0	
Tubos de ensayo de 100 x 16 mm	100	
Tubos de ensayo de 75 x 12 mm	100	
Tubos vacuntainer de 100 x 13 mm	100	
Marcadores indelebles	0	
Libro de registros para transfusiones	1	
Albúmina bovina al 22%	7	
Anti A	7	
Anti B	7	
Anti AB	7	
Anti D	7	
Antihumano	7	
Células A	7	
Células B	7	
Células control de Coombs	7	
Pruebas para hepatitis B	250	
Pruebas para HIV	150	
Pruebas para sífilis	0	
Cloruro de sodio al 0.65%	0	
Extendido de sangre periférico para el diagnóstico de Malaria (gota gruesa) Toma de muestra		
Lanceta estéril y descartable	4700	
Algodón	15 LIBRAS	
Alcohol	4 GALONES	
Porta objeto	1500	
Gradilla para porta lámina	2	
Frasco gotero ámbar con Giemsa	1	
Frasco con azul de metileno fosfatado	1	
Probeta graduada de 10, 25, 100 ml	3	
Bandejas para colocar con puentes de tinción	2	
Escurreidor de láminas	2	
Frasco de solución amortiguadora	3	
Reloj de alarma	1	

Frasco coplin de 250 ml	1	
Microscopía		
Microscopio	4	
Aceite de inmersión	1400	
Contaje total y diferencial de leucocitos		
Cámara de contaje con cubre cámara Newbawer	1	
Pipeta de 0.05 ml	2	
Pipeta graduada de 1 ml	1	
Solución Turk diluida de 0.3%	1 FRASCO	
Contador diferencial si es posible	1	
Laminilla porta objeto de 25 x 75 x 1 mm	2016	
Colorante wright 0.3%	345	
Capilar sin anticoagulante de 75 mm x 1.5 mm	4000	
Porta láminas	2016	
Microscopio	1	
Estimación de hemoglobina		
Hemoglobinómetro	0	
Solución acida clorhídrica (cianometahemoglobina + 5 estándares de hemoglobina)	1500	
Hematocrito/volumen fragmentado de eritrocitos		
Centrífuga para micro hematocrito	1	
Escala para leer los resultados de los hematocrito plástica o metálico	50	
Tobos para capilares heparinizados 75 x 1.5 mm	4000	
Cera selladora	20	
Determinación de glucosa, cetonuria, proteinuria en orina, pigmentos biliares en orina y urobilinógeno en orina		
Cinta de 10 parámetros para examen químico de la orina	500	

I. Disponibilidad de medicamentos en sala de hospitalización de ginecoobstetricia del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.

Disponibilidad		
Medicamentos antibióticos	Cuantificar	Comentarios
Amoxicilina oral	60	
Ampicilina (oral)	0	
Ampicilina (inyectable)	50	
Penicilina (inyectable)	0	
Bencil penicilina potásica (inyectable)	0	
Penicilina benzatínica (inyectable)	0	
Cefalosporina (oral)	0	
Ceftriaxona (inyectable)	0	
Clindamicina (inyectable)	0	
Dicloxacilina (oral)	5	
Dicloxacilina (inyectable)	0	
Eritromicina (oral)	10	
Gentamicina (inyectable)	20	
Kanamicina (inyectable)	0	
Metronidazol (oral)	0	
Metronidazol (inyectable)	8	
Nitrofurantoína (oral)	0	
Co – trimoxazol (oral)	0	
Desinfectante		
Clorhexidina al 4% (solución)	6 galones	
Cetrimide (solución)	1 galón	
Yodopovidona (solución)	2 galones	
Alcohol puro	1 galón	
Jabón líquido germicida	1 galón	
Cloruro de benzalconio	1 galón	
Nitrito de sodio	1 galón	
Esteroides		
Betametasona (inyectable)	0	
Dexametasona (inyectable)	15	
Hidrocortisona (inyectable)	10	
Medicamentos usados en reanimación		
Adrenalina (inyectable)	20	
Aminofilina (inyectable)	15	
Sulfato de atropina (inyectable)	10	
Gluconato de calcio (inyectable)	10	
Difenhidramina (inyectable)	0	
Dopamina (inyectable)	0	

Furosemida (inyectable)	15	
Nalaxona (inyectable)	0	
Nitroglicerina sublingual	0	
Prednisona (oral)	10	
Prednisolona (oral)	0	
Prometazina (inyectable)	0	
Bicarbonato de sodio	20	
Líquidos		
Dextrosa en agua al 5%	48	
Dextrosa en agua al 50%	10	
Solución salina normal ClNa 0.9%	24	
Lactato de ringer	0	
Anticonvulsivantes		
Diazepam (inyectable)	10	
Sulfato de magnesio (inyectable)	80	
Fenitoína (inyectable)	0	
Antihipertensivos		
Dihidralazina Inyectable)	0	
Hidralazina (inyectable)	20	
Labetalol (inyectable)	8	
Nifedipina sublingual	0	
Oxitóxicos		
Ergometrina (oral)	0	
Ergometrina (inyectable)	20	
Oxitocina (inyectable)	20	
Prostaglandina F2a (inyectable)	0	
Dinoprostona (prostaglandina E2)	0	
Anestésicos / analgésicos		
Lidocaína al 2% (inyectable)	5	
Morfina sulfato (inyectable)	0	
Paracetamol (oral)	10	
Tratamiento para malaria		
Cloroquina clorhidrato (oral)	0	
Cloroquina fosfato (oral)	0	
Primaquina fosfato (oral)	0	
Tocolíticos		
Salbutamol (inyectable)	0	
Terbutalina (inyectable)	0	
Indometacina (inyectable)	0	
Ritodrine (oral)	0	
Otros		
Heparina (inyectable)	0	
Ranitidina (inyectable)	0	
Toxoide tetánico (inyectable)	31	
Anticonceptivos		

Lofemenal	96	
Anticonceptivos oral solo progestágenos	24	
Anticonceptivos inyectables (Medoxiprogesterona)	39	
Condón	60	
Diafragma con espermicida	0	
DIU (dispositivo intrauterino)	3	

J. Disponibilidad de medicamento para emergencias obstétricas en farmacia del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.

Medicamentos	Cantidad	Fuente de abastecimiento			Comentario
		min sa	dona ción	compra	
Antibióticos					
Amoxicilina (oral)	1600	X			
Ampicilina (oral)	880	X			
Ampicilina (inyectable)	156	X			
Penicilina (inyectable)	224	X			
Bencil penicilina potásica (inyectable)	214	X			
Penicilina benzatínica (inyectable)	466	X			
Cefalosporina (oral)	263	X			
Ceftriaxona (inyectable)	0				
Clindamicina (inyectable)	986	X			
Dicloxacilina (oral)	888	X			
Dicloxacilina (inyectable)	2180	X			
Eritromicina (oral)	90	X			
Gentamicina (inyectable)	90	X			
Kanamicina (inyectable)	0				
Metronidazol (oral)	79	X			
Metronidazol (inyectable)			X		
Nitrofurantoína (oral)	766	X			
Co – trimoxazol (oral)	786	X			

Desinfectante					
Clorhexidina al 4% (solución)	0				
Cetrimide (solución)	0				
Yodopovidona (solución)	0				
Alcohol puro	0				
Jabón líquido germicida	0				
Cloruro de benzalconio	0				
Nitrito de sodio	0				
Esteroides					
Betametasona (inyectable)	0				
Dexametasona (inyectable)	413	X			
Hidrocortisona (inyectable)	190	X			
Medicamentos usados en reanimación					
Adrenalina (inyectable)	287	X			
Aminofilina (inyectable)	228				
Sulfato de atropina (inyectable)	427	X			
Gluconato de calcio (inyectable)	232	X			
Difenhidramina (inyectable)	190	X			
Dopamina (inyectable)	75	X			
Furosemida (inyectable)	196	X			
Nalaxona (inyectable)	128	X			
Nitroglicerina sublingual	71	X			
Prednisona (oral)	0				
Prednisolona (oral)	79		X		
Prometazina (inyectable)	0				
Bicarbonato de sodio	0				
Dextrosa en agua al 5%	0				
Líquidos					
Dextrosa en agua al 50%	476	X			
Solución salina normal ClNa 0.9%	144	X			
Lactato de Ringer	339	X			
Glucosa al 50%	0				

Glucosa al 5%	192	X			
Glucosa al 10%	0				
Anticonvulsivantes					
Diazepam (inyectable)	90	X			
Sulfato de magnesio (inyectable)	276	X			
Fenitoína (inyectable)	89	X			
Dihidralazina Inyectable)	0				
Hidralazina (inyectable)	98	X			
Labetalol (inyectable)	0				
Nifedipina sublingual	0				
Oxitóxicos					
Ergometrina (oral)	0				
Ergometrina (inyectable)	541	X			
Oxitocina (inyectable)	250	X			
Prostaglandina F2a (inyectable)	0				
Dinoprostona (prostaglandina E2)	0				
Anestésicos/ Analgésicos					
Lidocaína al 2% (inyectable)	62	X			
Morfina sulfato (inyectable)	131	X			
Paracetamol (oral)	1446	X			
Halotano	16	X			
Oxido nitroso	0				
Oxígeno	0				
Pancuronio (inyectable)	220	X			
Vecuronio bromuro (inyectable)	0				
Ibuprofeno (oral)	3939	X			
Pethidine (inyectable)	1446	X			
Ketamina clorhidrato (inyectable)	25	X			
Tratamiento para la malaria					
Cloroquina clorhidrato (oral)	0				
Cloroquina fosfato (oral)	485	X			
Primaquina fosfato (oral)	95	X			

Tocolíticos					
Salbutamol (inyectable)	0				
Terbutalina (inyectable)	0				
Indometacina (inyectable)	0				
Ritodrine (oral)	0				
Ritodrine (inyectable)	1	X			
Otros					
Heparina (inyectable)	22	X			
Ranitidina (inyectable)	395	X			
Toxoide tetánico (inyectable)	0				
Anticonceptivos					
Lofemenal	251	X			
Anticonceptivos oral solo progestágenos	0				
Anticonceptivos inyectables (Medoxiprogesterona)	102	X			
Condón	755	X			
Diafragma con espermicida	0				
DIU (dispositivo intrauterino)	0				

K. Disponibilidad de medicamento para emergencias obstétricas en abastecimiento técnico de medicamentos del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.

Medicamentos	Cantidad	Fuente de abastecimiento			Comentario
		Min sa	dona ción	compra	
Antibióticos					
Amoxicilina (oral)	1300	X			
Ampicilina (oral)	0	X			
Ampicilina (inyectable)	4900	X			
Penicilina potásica (inyectable)	6000	X			
Bencil penicilina potásica (inyectable)	0	X			
Penicilina benzatínica (inyectable)	0	X			
Cefalosporina (oral)	0	X			
Ceftriaxona (inyectable)	10000				
Clindamicina (inyectable)	0	X			
Dicloxacilina (oral)	5500	X			
Dicloxacilina (inyectable)	1700	X			
Eritromicina (oral)	15000	X			
Gentamicina (inyectable)	1600	X			
Kanamicina (inyectable)	0				
Metronidazol (oral)	0	X			
Metronidazol (inyectable)	0		X		
Nitrofurantoína (oral)	0	X			
Co – trimoxazol (oral)	12000	X			
Desinfectante					
Clorhexidina al 4% (solución)	2091	X			
Cetrimide (solución)	3990	X			
Yodopovidana (solución)	9997	X			
Alcohol puro	55	X			
Jabón líquido germicida	0				
Cloruro de benzalconio	52	X			

Nitrito de sodio	0				
Esteroides					
Betametasona (inyectable)	0				
Dexametasona (inyectable)	1600	X			
Hidrocortisona (inyectable)	200	X			
Medicamentos usados en reanimación					
Adrenalina (inyectable)	100	X			
Aminofilina (inyectable)	4500				
Sulfato de atropina (inyectable)	1700	X			
Gluconato de calcio (inyectable)	1700	X			
Difenhidramina (inyectable)	190	X			
Dopamina (inyectable)	0				
Furosemida (inyectable)	200	X			
Nalaxona (inyectable)	70	X			
Nitroglicerina sublingual	0				
Prednisona (oral)	4500				
Prednisolona (oral)	30		X		
Prometazina (inyectable)	0				
Bicarbonato de sodio	300				
Líquidos					
Solución salina normal ClNa 0.9%	3400	X			
Lactato de Ringer	2800	X			
Glucosa al 50%	815	X			
Glucosa al 5%	8000	X			
Glucosa al 10%	6250	X			
Anticonvulsivantes					
Diazepam (inyectable)	900	X			
Sulfato de magnesio (inyectable)	0				
Fenitoína (inyectable)	100	X			
Dihidralazina Inyectable)	0				
Hidralazina (inyectable)	100	X			
Labetalol (inyectable)	0				
Nifedipina sublingual	0				

Oxitócicos					
Ergometrina (oral)	0				
Ergometrina (inyectable)	1900	X			
Oxitocina (inyectable)	11900	X			
Prostaglandina F2a (inyectable)	0				
Dinoprostona (prostaglandina E2)	0				
Anestésicos/ Analgésicos					
Lidocaína al 2% (inyectable)	50	X			
Morfina sulfato (inyectable)	288	X			
Paracetamol (oral)	38000	X			
Halotano	146	X			
Oxido nitroso	0				
Oxígeno	20				
Pancuronio (inyectable)	600	X			
Vecuronio bromuro (inyectable)	0				
Ibuprofeno (oral)	30000	X			
Pethidine (inyectable)	0				
Ketamina clorhidrato (inyectable)	120	X			
Tratamiento para la malaria					
Cloroquina clorhidrato (oral)	0				
Cloroquina fosfato (oral)					
Primaquina fosfato (oral)	100	X			
Tocolíticos					
Salbutamol (inyectable)	0				
Terbutalina (inyectable)	0				
Indometacina (inyectable)	0				
Ritodrine (oral)	0				
Ritodrine (inyectable)	0				
Otros					
Heparina (inyectable)	0				
Ranitidina (inyectable)	5700	X			
Toxoide tetánico (inyectable)	0				

Anticonceptivos					
Lofemenal	850	X			
Anticonceptivos oral solo progestágenos	0				
Anticonceptivos inyectables (Medoxiprogesterona)	600	X			
Condón	12300	X			
Diafragma con espermicida (nonoxitol)	0				
DIU (dispositivo intrauterino)	0				

L. Disponibilidad del personal de salud del servicio de obstetricia del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.

Tipo de profesión	Total		Condiciones para el personal COE				Turnos de presencia física					
	De la unidad	Atención	C.T	C.P	F.S	B	7 a 12 md		1 a 6 pm		7 pm a 6 am	
Medico en formación	H	5				X	7 am a 3 pm	3 pm a 7 am				
Medico general	V	6		X			7 a 1 pm	1 pm a 7 am				
Medico obstetra	M	5		X			7 am a 12 md	Al llamado				
Enfermería		9		X			6 am a 3 pm	3 pm a 9 pm		9 pm a 6 am		

CT: contrato temporal, CP: contrato permanente, FS: fondo social, B: becado.

**M. Disponibilidad y conocimientos del personal de salud del servicio de obstetricia del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.
(Para ginecoobstetras)**

Temas	Ha recibido capacitación sobre esta tema y hace cuanto tiempo fue la ultima capacitación.				Ha tenido la oportunidad de atender emergencias obstétricas los últimos 3 meses?		Sabe usted si el establecimiento tiene un protocolo para tratar este tema?		Puede mostrar el protocolo?		Lo ha usado alguna vez?
	Si	Menos de 1 ano	Entre 1 y 2 anos	Más de 3 anos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Aborto	5		5		5		5			5	3
Embarazo ectópico	5		5		5		5			5	3
Mola hidatiforme	5		5		5		5			5	3
DPPNI	5		5		5		5			5	3
Placenta previa	5		5		5		5			5	3
Retención de placenta	5		5		5		5			5	
Acretismo placentario	5		5		5		5			5	3
Atonía uterina	5		5		5		5			5	
Hipotonía uterina	5		5		5		5			5	3
Parto prolongado	5		5		5		5			5	3
Parto obstruido	5		5		5		5			5	3
Rotura de útero	5		5		5		5			5	3
Sepsis	5		5		5		5			5	3
Hipertensión gestacional	5		5		5		5			5	3

**N. Disponibilidad y conocimientos del personal de salud del servicio de obstetricia del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.
(Para médicos generales)**

Temas	Ha recibido capacitación sobre esta tema y hace cuanto tiempo fue la ultima capacitación.				Ha tenido la oportunidad de atender emergencias obstétricas los últimos 3 meses?		Sabe usted si el establecimiento tiene un protocolo para tratar este tema?		Puede mostrar el protocolo?		Lo ha usado alguna vez?
	Si	Menos de 1 año	Entre 1 y 2 años	Más de 3 años	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Aborto	3		2	1	6	0	1	5		6	6
Embarazo ectópico	3		1	2	5	1	1	5		6	6
Mola hidatiforme	3		1	2	3	3	1	5		6	6
DPPNI	3			1	0	0	1	5		6	6
Placenta previa	3		1	2	5	1	1	5		6	6
Retención de placenta	3		1	2	2	4	1	5		6	6
Acretismo placentario	3		2	1	1	5	1	5		6	6
Atonía uterina	3		2	1	3	3	1	5		6	6
Hipotonía uterina	3		1	2	5	1	1	5		6	6
Parto prolongado	3		1	2	6	0	1	5		6	6
Parto obstruido	3		1	2	6	0	1	5		6	6
Rotura de útero	3		1	2	0	0	1	5		6	6
Sepsis	3		1	2	5	1	1	5		6	6
Hipertensión gestacional	3		1	2	6	0	1	5		6	6

**O. Disponibilidad y conocimientos del personal de salud del servicio de obstetricia del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007.
(Para médicos en formación)**

Temas	Ha recibido capacitación sobre esta tema y hace cuanto tiempo fue la ultima capacitación.				Ha tenido la oportunidad de atender emergencias obstétricas los últimos 3 meses?		Sabe usted si el establecimiento tiene un protocolo para tratar este tema?		Puede mostrar el protocolo?		Lo ha usado alguna vez?
	Si	Menos de 1 año	Entre 1 y 2 años	Más de 3 años	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Aborto	1	1			4	1	1	4	0		0
Embarazo ectópico	1	1			2	3	1	4	0		0
Mola hidatiforme	1	1			3	2	1	4	0		0
DPPNI	1	1			1	4	1	4	0		0
Placenta previa	1	1			5	0	1	4	0		0
Retención de placenta	1	1			1	4	1	4	0		0
Acretismo placentario	1	1			1	5	1	4	0		0
Atonía uterina	1	1			3	2	1	4	0		0
Hipotonía uterina	1	1			4	1	1	4	0		0
Parto prolongado	1	1			5	0	1	4	0		0
Parto obstruido	1	1			5	0	1	4	0		0
Rotura de útero	1	1			0	0	1	4	0		0
Sepsis	1	1			5	5	1	4	0		0
Hipertensión gestacional	1	1			5	0	1	4	0		0

P. Disponibilidad y conocimientos del personal de salud del servicio de obstetricia del hospital Victoria Motta, Jinotega el segundo semestre del 2007. (Para enfermería)

Temas	Ha recibido capacitación sobre esta tema y hace cuanto tiempo fue la ultima capacitación.				Ha tenido la oportunidad de atender emergencias obstétricas los últimos 3 meses?		Sabe usted si el establecimiento tiene un protocolo para tratar este tema?		Puede mostrar el protocolo?		Lo ha usado alguna vez?
	Si	Menos de 1 año	Entre 1 y 2 años	Más de 3 años	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Aborto	1		1		9	0	2	7	0		0
Embarazo ectópico	1		1		9	0	4	5	0		0
Mola hidatiforme	1		1		9	0	1	8	0		0
DPPNI	1		1		9	0	2	7	0		0
Placenta previa	1		1		9	0	2	7	0		0
Retención de placenta	1		1		9	0	5	4	0		0
Acretismo placentario	1		1		9	0	3	6	0		0
Atonía uterina	1		1		9	0	1	8	0		0
Hipotonía uterina	1		1		9	0	3	6	0		0
Parto prolongado	1		1		9	0	4	5	0		0
Parto obstruido	1		1		9	0	3	6	0		0
Rotura de útero	1		1		9	0	3	6	0		0
Sepsis	1		1		9	0	3	6	0		0
Hipertensión gestacional	1		1		9	0	2	7	0		0

ANEXO 2

FORMULARIO 3: Instrumento de Monitoreo de las Complicaciones Obstétricas: Listas de Chequeo por Complicación Obstétrica.

Basado en las Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, MINSA, Dic. 2006.

Cada número corresponde a un expediente monitoreado. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple, se marcará con una (+) solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global, se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (+) entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100.

Se revisaron dos expedientes							
Número de Expediente							
		1	2	3	4	5	Prom
	SHOCK: Criterios						
1	-Inició 2 infusiones IV con bránula 16 o mayor disponible.	1	1				100%
2	-Tomó muestra de sangre para hematocrito, pruebas cruzadas y prueba de coagulación junto a la cama.	1	1				100%
3	...Administró SSN o Ringer lactato, 1 L en 15-20 min.	1	1				100%
4	...Administró al menos 2 L de esos líquidos en la 1ª hora. (El objetivo es reponer 2-3 veces la pérdida de líquido calculada).	1	1				100%
5	-Indicó NPO si estaba en Shock.	1	1				100%
6	-Si no se pudo canalizar una vena, realizó venodisección.	-	-				N/A
7	-Vigiló signos vitales cada 15 min y la pérdida de sangre.	1	1				100%
8	-Indicó / colocó sonda Foley (ingresos y diuresis)	1	0				50%
9	-Vigiló ingreso de líquidos y diuresis.	1	0				50%
10	-Indicó / administró oxígeno a 6-8 L por min por máscara o catéter nasal.	1	1				100%
11	-Determinó la causa de sangrado.	1	0				50%
12	-Si el sangrado era Profuso: Simultáneamente trató de detener el sangrado: oxitócicos, masaje uterino, compresión bimanual, compresión de aorta abdominal, preparativos para cirugía según causa.	1	1				100%
13	...Transfundió lo más pronto para reponer sangre.	1	1				100%
14	...Determinó causa del sangrado e inició manejo.	1	1				100%
15	Si sospechó Infección: .Recogió muestras de sangre, orina, pus	1	1				100%

	para cultivo antes de iniciar antibióticos.					
16	.Administró combinación de antibióticos para aerobios y anaerobios.	1	1			100%
17	-Continuó estos antibióticos hasta que estuvo sin fiebre por 48 hrs.	1	1			100%
18	.Reevaluó el estado de la mujer para determinar signos de mejoría.	1	1			100%
19	Si sospechó Trauma como causa del Shock, preparó para cirugía.	-	-			N/A
20	Reevaluó la respuesta de la mujer a líquidos en los 30 min. Mejora sí:...Pulso se estabiliza: ≤ 90 por min. ...Presión sistólica en aumento: ≥ 100 mm Hg Mejoría del estado mental: menos confusión y ansiedad...Producción de orina en aumento: ≥ 30 ml / hora.	1	1			100%
21	Si la condición mejoró: .Ajustó la infusión de líquidos IV a 1 L en 6 hrs.	1	1			100%
22	.Continuó manejo para causa del Shock	1	1			100%
23	Si el estado de la mujer no mejoró ni se estabilizó, requirió manejo adicional Manejo Adicional: -Continuó líquidos IV ajustando a 1 L en 6 hrs y manteniendo oxígeno a 6-8 L por min. -Vigiló de cerca el estado de la mujer.	1	0			50%
24	-Realizó pruebas de laboratorio: hematocrito, Grupo y Rh, pruebas cruzadas.	1	1			100%
25	-Referida oportunamente a mayor nivel de resolución.	-	-			N/A
	Expediente Cumple:	+				
	Promedio Global:					50%

Se revisaron cinco expedientes Número de Expediente							
PREECLAMPSIA GRAVE:							
Criterios							
	1	2	3	4	5	Prom	
El Diagnóstico de Pre eclampsia Grave se basó en:							
1	-Identificación de Presión Diastólica \geq 110 mm Hg ó PA Media \geq 126 mm Hg en 2 ocasiones con intervalo de 4 hrs. después de 20 Semanas de Gestación.	1	1	1	1	100%	
2	- Identificación de Proteinuria en cinta reactiva 3+ o más en 2 tomas consecutivas e intervalo de 4 hrs.	1	1	0	0	1	60%
Medidas Generales:							
3	-Canalizó con bránula 16 o de mayor calibre disponible e inició infusión de SSN o lactato Ringer a goteo apropiado para estabilización hemodinámica.	1	1	1	1	1	100%
4	-Colocó sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria.	1	1	0	0	1	60%
5	-Vigiló signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora.	1	1	1	0	1	80%
6	-Auscultó bases pulmonares en busca de estertores (causados por edema agudo de pulmón o insuficiencia cardiaca).	1	1	1	0	1	80%
7	-Si encontró estertores en bases pulmonares, restringió líquidos y administró 40 mg IV de Furosemida de una sola vez. (Indicado en edema agudo de pulmón e insuficiencia cardiaca).	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Uso de Antihipertensivos en Pre eclampsia Grave:							
8	-Indicó Hidralazina 5 mg IV en bolo lento cada 15 mins, máximo 4 dosis, previa valoración de la PA.	1	1	1	1	1	100%
9	-Si no había Hidralazina o respuesta fue inadecuada a la misma, indicó Labetalol 10 mg IV. Si respuesta fue inadecuada duplicó dosis cada 10 mins a 20 mg IV, 40 mg, hasta 80 mg.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
10	-En casos extremos indicó Nifedipina 10 mg PO cada 4 horas (nunca sublingual).	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
11	-Mantuvo la PA Diastólica entre 90 y 99 mm Hg	1	1	1	0	1	80%
Prevención de las Convulsiones:							
12	-Aplicó Dosis de Carga de Sulfato de Magnesio, Esquema Intravenoso Zuspan Sulfato de Magnesio al 10%, 4 g (4 amp) IV en 200 ml SSN, Ringer ó DW5% a pasar en 5 a 15 mins.	1	1	1	0	1	80%
13	-Inició con Dosis de Mantenimiento: En infusión IV 1 g por hora así, para cada 8 hrs.: Sulfato de Magnesio al 10%, 8 g (8 amp) en 420 ml de SSN ó Ringer ó DW5% a 60 microgotas por min o 20 gotas por min.	1	1	1	0	1	80%
14	-Continuó el Sulfato de Magnesio al 10% en infusión IV hasta 24 horas después del parto / cesárea ó la última convulsión,	1	1	1	0	1	80%

	cualquiera sea el hecho que se produjo de último.						
15	-Vigiló los Signos de Toxicidad del Sulfato de Magnesio: Frecuencia respiratoria < 13 por min., ausencia de reflejo patelar, oliguria < 30 ml por hora en las 4 horas previas.	1	1	0	0	1	60%
16	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
17	-El nacimiento del bebé se produjo dentro de las 24 horas que siguieron a la aparición de los síntomas o de establecido el diagnóstico.	1	1	1	0	1	80%
	Expediente Cumple:	+	+			+	
	Promedio Global:						60%

Se revisaron dos expedientes						
Número de Expediente						
ECLAMPSIA: Criterios	1	2	3	4	5	Prom
El Diagnóstico de Eclampsia se basó en:						
1 -Presencia o antecedentes de Convulsiones y/o Coma	1	1				100%
2 -Identificación de Presión Diastólica de 90 mm Hg o más después de 20 Semanas de Gestación.	1	1				100%
3 -Identificación de Proteinuria en cinta reactiva 2+ o más.	1	0				50%
Medidas Generales:						
4 - Si no respiraba: Le ayudó a respirar usando Ambú y máscara ó le administró Oxígeno a razón de 4-6 litros por minuto por tubo endotraqueal.	N/A	N/A				
5 -Si respiraba: Administró Oxígeno 4-6 litros por minuto por máscara o catéter nasal.	1	0				50%
6 -Posicionó a la embarazada sobre su costado izquierdo.	1	0				50%
7 -Protegió a la mujer de traumatismos.	1	1				100%
8 -Canalizó con bránula 16 o de mayor calibre disponible e inició infusión de SSN o lactato Ringer a goteo apropiado para estabilización hemodinámica.	1	1				100%
9 -Colocó sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria.	1	0				50%
10 -Vigiló signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora.	1	1				100%
11 -Auscultó bases pulmonares en busca de estertores (causados por edema agudo de pulmón o insuficiencia cardiaca).	1	0				50%
12 -Si encontró estertores en bases pulmonares, restringió líquidos y administró 40 mg IV de Furosemida de una sola vez. (Indicado en edema agudo de pulmón e insuficiencia cardiaca).	N/A	N/A				
Manejo de las Convulsiones:						
13 -Aplicó Dosis de Carga de Sulfato de Magnesio, Esquema Intravenoso Zuspan Sulfato de Magnesio al 10%, 4 g (4 amp) IV en 200 ml SSN, Ringer ó DW5% a pasar en 5 a 15 mins.	1	1				100%
14 -Inició con Dosis de Mantenimiento: En infusión IV 1 g por hora así, para cada 8 hrs.: Sulfato de Magnesio al 10%, 8 g (8 amp) en 420 ml de SSN ó Ringer ó DW5% a 60 microgotas por min o 20 gotas por min.	1	1				100%
15 -Si la convulsión recurrió después de 15 minutos de la dosis de la Dosis de Ataque de Sulfato de Magnesio: Administró 2 g de Sulfato de Magnesio al 10% (2 amp) en 100 ml de DW5% o SSN IV en aprox. 5 minutos.	N/A	N/A				
16 -Continuó el Sulfato de Magnesio al 10% en infusión IV durante 24 horas después de la última convulsión.	1	1				100%
17 -Vigiló los Signos de Toxicidad del Sulfato de Magnesio: Frecuencia respiratoria < 13 por min., ausencia de reflejo patelar, oliguria < 30 ml por hora en las 4 horas previas.	1	1				100%

Uso de Antihipertensivos en Eclampsia si PA Diastólica \geq 110 mmHg:							
18	-Indicó Hidralazina 5 mg IV en bolo lento cada 15 mins, máximo 4 dosis, previa valoración de la PA.	1	1				100%
19	-Si no había Hidralazina o respuesta fue inadecuada a la misma, indicó Labetalol 10 mg IV. Si respuesta fue inadecuada duplicó dosis cada 10 mins a 20 mg IV, 40 mg, hasta 80 mg.	N/A	N/A				
20	-En casos extremos indicó Nifedipina 10 mg PO cada 4 horas (nunca sublingual).	N/A	N/A				
21	-Mantuvo la PA Diastólica entre 90 y 99 mm Hg.	1	1				100%
22	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A	N/A				
23	-En Eclampsia: El nacimiento del bebé se produjo dentro de las 12 horas que siguieron a la aparición de las convulsiones / coma.	1	1				100%
	Expediente Cumple:	+					
	Promedio Global:						50%

Se revisaron cuatro expedientes							
Número de Expediente							
PLACENTA PREVIA: Criterios							
		1	2	3	4	5	Prom
1	-NO realizó tacto vaginal (a menos que estuviese preparado para cesárea inmediata).	1	1	0	0		50%
2	-Inició una infusión IV y administre líquidos con SSN o Ringer con bránula 16 o mayor calibre.	1	1	1	1		100%
3	-Indicó Dexametasona para inducción de maduración pulmonar entre 24-34 SG: Dexametasona 6 mg IM c/12 hrs por 4 dosis..	N/A	N/A	N/A	1		100%
De acuerdo a la cantidad del sangrado:							
4	...Si era profuso y continuo: indicó, realizó o refirió para cesárea, sin tomar en cuenta madurez fetal.	1	1	1	1		100%
5	...Si era leve o si se había detenido y feto vivo pero prematuro, consideró el manejo expectante hasta que se produjo el parto o el sangrado se hiciera profuso:	N/A	N/A	N/A	1		100%
6	... -La mantuvo hospitalizada hasta el nacimiento (Interrumpiéndolo a las 37 SG).	1	1	1	1		100%
7	... -Se aseguró que hubiese sangre disponible en caso de requerir transfusión.	1	1	1	1		100%
8	... -Si el sangrado se repitió, decidió el manejo después de valorar riesgo beneficio para la mujer y el feto del Manejo Expectante vs. Realización del Parto / Cesárea.	1	1	1	0		75%
Vía de interrupción del embarazo:							
9	-Si placenta era baja o marginal y dilatación cervical >8 cms: realizó amniotomía y nacimiento vaginal.	N/A	N/A	N/A	1		100%
10	-Si placenta era baja o marginal y cérvix no favorable al parto con o sin sangrado: indicó / realizó cesárea.	1	1	0	N/A		50%
11	-Si placenta era previa total: indicó / realizó o refirió para cesárea.	1	1	N/A	N/A		100%
12	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A	N/A	N/A	N/A		
Expediente Cumple:		+	+				
Promedio Global:							50%
Se revisaron dos expedientes							
Número de Expediente							
DPPNI: Criterios							
		1	2	3	4	5	Prom
1	-Realizó prueba de coagulación junto a la cama.	1	1				100%
2	-Transfundió, si era necesario (preferiblemente con sangre fresca.).	N/A	N/A				
3	-Indicó Dexametasona para inducción de maduración pulmonar	N/A	1				

	entre 24-34 SG, según protocolos.						
4	-Si el sangrado era profuso (evidente u oculto), consideró (registró) que el nacimiento debía ser cuanto antes.	1	1				100%
5	-Si había dilatación completa, presentación de vértice y en tercer o cuarto plano de Hodge (parto inminente), se realizó parto vaginal (el que pudo ser asistido con vacuum ó fórceps).	N/A	N/A				
6	-Si el parto no era inminente indicó / realizó o refirió para cesárea.	1	1				100%
7	-Si el sangrado era leve a moderado, madre no estaba en peligro inmediato y FCF normal o ausente: rompió las membranas (con amniótomo o Pinza Kocher).	1	0				50%
8	-Si las contracciones uterinas eran deficientes, condujo el trabajo de parto con oxitocina.	N/A	1				100%
9	-Si el cuello uterino no era favorable (firme, grueso, cerrado), indicó / realizó o refirió para cesárea.	1	1				100%
10	-Si la FCF era anormal <100 ó >180 por min, esperó parto rápido, evitando maniobra de Kristeller y sus variantes (variantes están contraindicadas)..	N/A	N/A				
11	-Si el parto no era posible, indicó / realizó o refirió para cesárea.	1	1				100%
12	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A	N/A				
	Expediente Cumple:	+					
	Promedio Global:						50%

No se encontraron expedientes para esta patología							
Número de Expediente							
ROTURA UTERINA: Criterios							
		1	2	3	4	5	Prom
1	-Estabilizó hemodinámicamente con líquidos IV (SSN o Ringer).						
2	-Repuso sangre perdida antes de operar.						
3	-Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable: Indicó / realizó o refirió para Cesárea (cirugía) inmediata.						
4	-Si el útero se podía reparar con menos riesgo que la histerectomía y bordes de desgarro no eran necróticos: reparó el útero (menor tiempo y menor pérdida de sangre).						
5	-Realizó la esterilización quirúrgica (Considerar esterilización quirúrgica).						
6	-Si el útero no se podía reparar, realizó histerectomía total o subtotal.						
7	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	Expediente Cumple:						
	Promedio Global:						

Se revisaron cuatro expedientes							
Número de Expediente							
ATONÍA UTERINA: Criterios	1	2	3	4	5	Prom	
Acciones Inmediatas:							
1	-Realizó masaje uterino.	1	1	1	1		100%
2	-Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra.	1	1	1	1		100%
3	-Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.	1	1	1	1		100%
Usó de oxióticos juntos o en secuencia:							
4	Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM). Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.	0	1	1	1		75%
5	-Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L).	1	1	1	1		100%
6	-Si se requirió transfusión, se realizó la misma.	N/A	N/A	N/A	N/A		
Maniobras (Que salvan vidas):							
7	-Si el sangrado continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.	N/A	N/A	N/A	N/A		
8	-Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera.	N/A	N/A	N/A	N/A		
9	-En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital.	N/A	N/A	N/A	N/A		
10	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A	N/A	N/A	N/A		
Expediente Cumple:							
Promedio Global							
			+	+	+		75%

Se revisaron seis expedientes							
Número de Expediente							
DESGARROS: CUELLO, VAGINA O PERINÉ:	1	2	3	4	5	6	Prom
El diagnóstico de desgarro de cuello, vagina o periné se basó en:							
1	-Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.	1	1	1	1	1	100%
2	-Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.	1	1	1	1	1	100%
Acciones Inmediatas:							
3	-Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné.	1	1	1	1	1	100%
4	-Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.	N/A	N/A	N/A	1	N/A	100%
5	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Expediente Cumple:		+	+	+	+	+	
Promedio Global:							100%
Se revisaron cinco expedientes							
Número de Expediente							
RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios	1	2	3	4	5	Prom	
El diagnóstico de Retención Placentaria se basó en:							
1	-La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante	1	1	1	1	1	100%
Acciones Inmediatas:							
3	-Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.	1	N/A	N/A	N/A	N/A	100%
4	-Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.	1	N/A	N/A	N/A	N/A	100%
5	-Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical).	1	1	1	1	1	100%
Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:							

Se reviso un expediente						
Número de Expedientes						
INVERSIÓN UTERINA: Criterios						
	1	2	3	4	5	Prom
1	-Corrigió la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia gral. con halotano).	1				
2	- NO aplicó oxitócicos antes de reducir la inversión.	1				
3	-Si la mujer tenía dolor severo, aplicó Meperidina IM ó IV lento (no más de 100 mg) ó Morfina 0.1 mg/Kg peso IM.	0				
4	-Si el sangrado continuó: realizó prueba de coagulación junto a la cama.	1				
5	-Indicó y aplicó antibióticos profilácticos, dosis única, después de corregir la inversión: Ampicilina 2 grs IV + Metronidazol 500 mg IV ó Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.	1				
6	-Si había signos de infección (fiebre, secreción vaginal fétida) aplicó antibióticos como para una metritis: Ampicilina 2 grs IV c/6 hrs + Gentamicina 160 mg IV cada 24 hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.	1				
7	-Si sospechó necrosis, indicó / realizó o refirió para histerectomía vaginal.	N/A				
8	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A				
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						0%
No se encontraron expedientes						
Número de Expediente						
ROTURA UTERINA: Criterios						
	1	2	3	4	5	Prom
1	-Repuso el volumen de sangre infundiéndolo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.					
2	-Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable, hizo cirugía inmediata para extraer bebé y placenta.					
4	-Si útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que histerectomía, reparó el útero.					
5	-Si útero no se pudo reparar, realizó histerectomía total o subtotal.					
7	-Se realizó esterilización quirúrgica (Preferiblemente debe realizarse).					
8	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.					
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						

Se revisaron nueve expediente											
Número de Expediente											
ENDOMETRITIS: Criterios											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	Prom
1	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
2	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
3	-Indicó / realizó AMEU (LUI) después de 6 – 8 horas de iniciada la antibioticoterapia y estabilizada hemodinámicamente.	1	1	0	0	0	0	1	1	1	55%
4	-Indicó antibióticos de mantenimiento por 7 a 10 días ó hasta que remitieron los signos y síntomas de sépsis al menos 48 hrs.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
5	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	-
Expediente Cumple:		+	+					+	+	+	
Promedio Global:											55%
Se revisaron cinco expedientes											
Número de Expediente											
ENDOMIOMETRITIS: Criterios											
		1	2	3	4	5	Prom				
Medidas Generales:											
1	-Estabilizó hemodinámicamente:	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
2	-Canalizó con bránula No. 16 e hidrató con SSN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
3	-Aplicó dosis de dT.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
4	-Indicó/Tomó muestras para hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	80%
Tratamiento:											
5	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
6	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
7	-Indicó / realizó LUI después de 6 – 8 horas de iniciada la antibioticoterapia y estabilizada hemodinámicamente.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	80%
8	-Si la evolución fue satisfactoria:-	1	1	0	1	1	1	1	1	1	80%

	Completó 10 días de antibióticos.						
9	-Si el cuadro clínico persistió 24 a 48 hrs. Cambió antibióticos según cultivos y antibiogramas.	N/A	N/A	N/A	N/A	1	100%
10	-Eliminó foco séptico por laparotomía (Histerectomía Total Abdominal según hallazgos).	N/A	N/A	N/A		1	100%
11	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	-
	Expediente Cumple:	+	+		+	+	
	Promedio Global:						80%
	Se reviso un expediente						
	Número de Expediente						
	Parametritis, Salpingitis, Ooforitis, Salpingooforitis (Anexitis): Criterios	1	2	3	4	5	Prom
	Medidas Generales:						
1	-Estabilizó hemodinámicamente:	1					
2	-Canalizó con bránula No. 16 e hidrató con SSN	1					
3	-Aplicó dosis de dT.	1					
4	-Indicó/Tomó muestras para hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.	1					
	Tratamiento:						
5	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.	1					
6	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.	1					
7	-Indicó / realizó Laparotomía exploradora: Histerectomía Total Abdominal + SOB (dejando menor cantidad de tejido séptico posible).	1					
8	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A					
	Expediente Cumple:	+					
	Promedio Global:						100%

No se encontraron expediente						
Número de Expediente						
Abceso Pélvico, Peritonitis Pélvica, Peritonitis Generalizada, Abceso Intraabdominal, Septicemia: Criterios	1	2	3	4	5	Prom
Medidas Generales:						
1 -Estabilizó hemodinámicamente:						
2 -Canalizó con bránula No. 16 e hidrató con SSN						
3 -Aplicó dosis de dT.						
4 -Indicó/Tomó muestras para hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.						
Tratamiento:						
5 -Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.						
6 -Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.						
7 -Indicó / realizó Laparotomía exploradora: Histerectomía Total Abdominal + SOB (dejando menor cantidad de tejido séptico posible).						
8 -Drenó abscesos interasas y subdiafragmáticos + Lavado peritoneal y de asas intestinales con SSN + Drenaje de pared abdominal, espacios subdiafragmáticos, paravertebrales, de abdomen y del lecho quirúrgico.						
9 -Dejó parcialmente abierta la vagina con dreno, dejó abierto piel y subcutáneo.						
10 -Colocó puntos de retención.						
11 -Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						
Se reviso un expediente						
Número de Expediente						
Tromboflebitis Pélvica Severa	1	2	3	4	5	Prom
Medidas Generales:						
1 -Estabilizó hemodinámicamente:	1					
2 -Canalizó con bránula No. 16 e hidrató con SSN	1					
3 -Aplicó dosis de dT.	1					
4 -Indicó/Tomó muestras para hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.	1					
Tratamiento:						
5 -Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.	1					
6 -Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.	1					
7 -Indicó / realizó Laparotomía exploradora: Histerectomía Total Abdominal + SOB (dejando menor cantidad de tejido séptico posible).	N/A					

8	-Indicó/Utilizó Enoxaparin (Lovenox): 1 mg/Kg peso SC c/12 hrs a misma hora por 7 días ó -Indicó/Utilizo Nadroparin Calcium (Fraxiparina): 171 UI/Kg SC por 5 a 7 días. 1	N/A					
9	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	N/A					
	Expediente Cumple:	+					
	Promedio Global:						100%

No se encontraron expediente						
Número de Expediente						
Shock Séptico						
	1	2	3	4	5	Prom
Medidas Generales:						
1	-Estabilizó hemodinámicamente:					
2	-Canalizó con bránula No. 16 e hidrató con SSN					
3	-Aplicó dosis de dT.					
4	-Indicó/Tomó muestras para hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.					
Tratamiento:						
5	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.					
6	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.					
7	-Indicó / realizó Laparotomía exploradora: Histerectomía Total Abdominal + SOB (dejando menor cantidad de tejido séptico posible).					
8	-Ingresó para manejo en UCI.					
9	-Monitoreó estado de conciencia.					
10	-Indicó / Revisó resultados de: -BHC, glicemia, EGO, urocultivo, Grupo y Rh, electrolitos séricos, creatinina, N. de urea, pruebas hepáticas, TP, TPT, plaquetas, gasometría, hemocultivo, cultivo y antibiograma de exudados vaginales o del foco séptico.					
11	-Indicó / realizó Ultrasonido abdomino pélvico, Rx de tórax y abdomen de pie y acostada.					
12	-Hidrató con SSN.					
13	-Si shock era refractario a líquidos IV: administró vasopresores: Noradrenalina 0.5 a 30 microgramos por min hasta que PA Sistólica fue ≥ 90 e inició Dopamina 5-20 microgramos por min y suspender Noradrenalina.					
14	-Aplicó SNG, Sonda Foley No. 18, catéter para medición de PVC.					
15	-Administró Oxígeno a 6L por catéter nasal o soporte ventilatorio mecánico.					
16	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución (UCI).					
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						

ANEXO 3

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES

1. ¿Como valora la calidad de atención de las emergencias obstétricas en este hospital?
2. ¿Cómo valora la infraestructura, la disponibilidad de los recursos (humanos, equipamientos, instrumental, medicinas) del hospital para la atención de las emergencias obstétricas?
3. ¿Qué tan preparado esta el personal para la atención de las emergencias obstétricas y si era suficiente el personal en los turnos?
4. ¿En que medida se cumplen las normas de atención de las emergencias obstétricas?
5. ¿Como esta la mortalidad materna en el Hospital cual es la tendencia?
6. ¿Cales son las fortaleza y debilidades del hospital para la atención de las emergencias obstétricas?

ENTREVISTAS DE SALIDA A USUARIAS EXTERNAS

1. ¿Cómo se siente con la atención recibida durante su estancia hospitalaria?
2. Cómo fue el trato que le brindaron en éste hospital:
 1. Muy amable
 2. Amable
 3. Regular
 4. Grosero
 5. Muy grosero
3. ¿El hospital Victoria Motta es un lugar que usted puede recomendar para que le resuelvan satisfactoriamente sus necesidades de salud, por ejemplo: parto, cesárea y una hemorragia?
4. Qué es lo que más le gustó y que es lo que menos le gustó de la atención recibida en este servicio?
5. ¿Qué recomendaciones le haría a la dirección del Hospital Victoria Motta para mejorar sus condiciones?