

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, León
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**Calidad de la atención de las principales
complicaciones obstétricas en el centro de salud de
San José de Bocay, Jinotega, en el año 2012.**

Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Autores:

Br. Marlon Antonio Hernández
Br. Mauricio José Berríos Aguilar

Tutores:

Dr. Jairo José García
Departamento de Ginecoobstetricia

Dr. Arnoldo Toruño Toruño
Departamento de Salud Pública

León, Marzo 2013

A la libertad por la Universidad

Resumen

Siendo que la mortalidad materna es un problema serio en las zonas montañosas del Norte del país y en las regiones del Atlántico, y que una atención de calidad y oportuna es necesaria para salvar la vida de las embarazadas que se complican, se realizó este estudio, con el fin de valorar la calidad de atención de las complicaciones obstétricas en el centro de salud de San José de Bocay.

El estudio comprendió el uso de diferentes técnicas para obtener información: observación, para valorar la infraestructura y equipamiento; revisión de 60 expedientes de mujeres atendidas por complicaciones obstétricas, para examinar el cumplimiento de las normas; entrevista a informantes claves; encuesta a 12 médicos y 3 enfermeras obstetras, para determinar sus conocimientos, y entrevista de salida a pacientes y familiares.

Se encontró que el centro de salud cuenta con personal suficiente, que además, de manera general, tienen los conocimientos necesarios para la atención de estas pacientes; está bien equipado y cuenta con buen abastecimiento de medicamentos y materiales; la infraestructura está en buen estado, pero sus ambientes son pequeños; las comunicaciones son deficientes; los servicios de agua y energía eléctrica fallan con relativa frecuencia; dispone de tres ambulancias, pero una está en mal estado. Por otro lado, sólo en 63% de los expedientes revisados se cumplieron totalmente los procedimientos normados, pero en buena medida lo que hay es un subregistro de las actividades realizadas. La evolución de las pacientes fue satisfactoria, en la mayoría de los casos abordados. Las pacientes y sus familiares, en general, quedaron satisfechos con la atención recibida aunque señalan la necesidad de mejorar la comida y evitar el hacinamiento. En vista de todo lo anterior, se considera buena, pero no excelente, la atención de las emergencias obstétricas en San José de Bocay.

Palabras claves: Complicaciones obstétricas, calidad de atención, San José de Bocay

Dedicatoria

El presente estudio lo dedicamos a todas aquellas mujeres que por ver realizado el sueño de ser madres, han presentado cualquier complicación obstétrica durante su embarazo; y más aún, en cuales dichas condiciones provocaron en el binomio madre-hijo, un desenlace fatal.

”La madre, esté lejos o cerca de nosotros, es el sostén de nuestras vidas, alguien que nos guía y acompaña, mientras ella no muera”

José Martí

Agradecimiento

A Dios: luz y guía por el sendero del bien.

A nuestros padres: dadores de vida y forjadores de carácter y virtudes.

A nuestros compañeros: pilares inquebrantables en los momentos más difíciles.

A nuestros profesores: fuentes inagotables de conocimientos, instructores del arte de la medicina.

A nuestros tutores Dr. Jairo José García y Dr. Arnoldo Toruño Toruño: por su valioso apoyo, entrega, dedicación y guías durante la realización del presente estudio.

Opinión del tutor

El embarazo es una condición fisiológica del ser humano, pero que no se encuentra libre de verse afectado por algunas complicaciones, las cuales pueden poner en riesgo la vida tanto de la madre como de su hijo; por lo que la misión del personal de salud es entregar un binomio sano.

Considero por tanto, que este estudio es de suma importancia no solo para el centro de salud Ambrosio Mogorron de San José de Bocayl, sino también para todas las unidades prestadoras de servicios de salud ya que nos permite evaluar la calidad de la atención de las diferentes complicaciones obstétricas y de esta manera proporcionar nuevas estrategias que aseguren mejorar la calidad en la atención de dichas pacientes.

Me es grato haber contribuido en la tutoría de esta investigación, y en base a este estudio se plasma el esfuerzo de los autores en demostrar como es la calidad de atención en las zonas mas alejadas.

Dr. Jairo José García
Departamento de Ginecoobstetricia

Índice

| | |
|-----------------------------------|----|
| Introducción..... | 2 |
| Antecedentes..... | 4 |
| Justificación..... | 6 |
| Planteamiento del Problema..... | 7 |
| Objetivos..... | 8 |
| Marco Teórico..... | 9 |
| Diseño Metodológico..... | 26 |
| Resultados | 28 |
| Discusión de los Resultados | 52 |
| Conclusión..... | 55 |
| Recomendaciones..... | 56 |
| Referencias Bibliográficas..... | 57 |
| Anexos..... | 59 |

Introducción

Los esfuerzos por la reducción de la mortalidad materna, perinatal e infantil vienen realizándose desde la década de los 80', cuando en el marco de la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo, celebrada en Kenia 1,987, representantes del Banco Mundial, USAID, UNFPA y OMS, junto con autoridades de más de 45 países, asumen el compromiso de apoyar un llamado a la acción sustentado en la Iniciativa Mundial para una Maternidad Segura, en la cual se busca crear conciencia a nivel mundial sobre la condición de la salud de las mujeres, reflejado en las altas tasas de mortalidad materna, especialmente en los países en vías de desarrollo. (1). (2).

Nicaragua dentro del marco del Plan Nacional de Salud 2004 -2015, de los compromisos internacionales establecidos en los Objetivos del Milenio, y en las metas expresadas en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP) y más recientemente en el Plan Nacional de Desarrollo, se comprometió a reducir para el 2015, la tasa de mortalidad materna en $\frac{3}{4}$ partes y $\frac{2}{3}$ la tasa de mortalidad infantil, tomando como base el año 1994 y asume como una prioridad desde la perspectiva de abordaje integral, mejorar la calidad de la atención a la madre y al recién nacido, asegurando cambios importantes en los conocimientos, actitudes y prácticas a nivel de los proveedores de servicios como también en la población. (3).

Cada año más de 500.000 mujeres alrededor del mundo mueren por complicaciones del parto. Los expertos en salud materna concuerdan en que una atención calificada "durante la labor de parto, el parto y el período de post-parto" es quizá la clave más importante para reducir la mortalidad materna.

Cada minuto que pasa, una mujer pierde la vida debido a complicaciones derivadas del embarazo o del parto, mientras cada 6 segundos un recién nacido viene al mundo en un estado de tal debilidad que antes de pasar un mes habrá muerto. La mayoría de estas muertes, enfermedades y discapacidades, se pueden evitar

mediante intervenciones de bajo costo que garanticen el derecho a una maternidad sin riesgo. (1)(3)

Como no siempre se puede predecir la presentación de complicaciones en mujeres o recién nacidos, una alternativa para evitar y/o reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal es garantizar que las mujeres gestantes tengan acceso a los cuidados obstétricos y neonatales esenciales de calidad. (2)

De hecho, el porcentaje de nacimientos atendidos por un personal calificado se ha convertido en un indicador importante del progreso en la disminución de la mortalidad materna.

El eje fundamental de las intervenciones para reducir la mortalidad materna y perinatal es que las gestantes tengan acceso oportuno a la atención prenatal, al parto institucional y a la atención de las emergencias obstétricas y neonatales en establecimientos con capacidad resolutive adecuada.

De la conferencia de 1997 realizada por el Grupo Interagencial para una Maternidad Sin Riesgo, surgió un claro consenso sobre el valor de la atención calificada durante el parto, como una intervención fundamental para hacer que los embarazos y los partos sean más seguros. Los datos actuales indican que sólo el 53% de las mujeres de países en vías de desarrollo dan a luz siendo atendidas por personal calificado. (2)

Antecedentes

En Nicaragua no se contaba con mucha información sobre los conocimientos y habilidades que tenía el personal de salud que se considera calificado para la atención del embarazo, parto y posparto: igualmente se conocía muy poco sobre la capacidad del personal para tratar las complicaciones más comunes del parto, que ponen en peligro la vida, tales como la hemorragia, la hipertensión inducida por el embarazo, la sepsis y la labor de parto obstruido.⁽³⁾

En Ecuador en el año 2004 se realizó un estudio en hospitales donde se revisaron expedientes de los cuales se revisaron 12 casos de hemorragia post-parto: dos en el hospital referencial, tres en el hospital provincial I y siete en el hospital cantonal I. La calidad de la atención basada en la suma de ocho indicadores y todos los casos de hemorragia revisados, la proporción total de pasos cumplidos llegó a un 65,9% (58 pasos cumplidos de un total de 88 pasos a cumplirse) también se revisaron 24 casos de pre-eclampsia y eclampsia: 12 del hospital referencial, siete del hospital provincial I y cinco del hospital cantonal I. Sumando los nueve indicadores y todos los casos revisados, la proporción total de pasos cumplidos llegó a un 63,1% (125 pasos cumplidos de un total de 198 pasos a cumplirse).⁽⁴⁾

En el año 2005 el Ministerio de Salud (MINSA) realizó la primera investigación de competencias del personal de salud que brinda atención durante la embarazada, parto, puerperio, recién nacido y sus complicaciones. La investigación se hizo en dos momentos, evaluación del conocimiento y habilidades en donde participaron un total de 1,358 recursos humanos de 17 SILAIS del país. En habilidades se evaluaron 580 recursos, 43% del personal evaluado en conocimiento. Los resultados de esta investigación fueron la base para que el MINSA, en conjunto con las agencias y proyectos de cooperación externa, elaboraron normas, protocolos, y guías de práctica clínica, lo que permitió estandarizar el conocimiento a nivel nacional. Así mismo se trabajó junto a las normas y protocolos, herramientas para la vigilancia y monitoreo continuo de la calidad.⁽⁵⁾

En la evaluación de conocimientos de 2010, el personal de salud alcanzó un nivel de 72% incluyendo todos los temas abordados; hubo un incremento de 14 puntos porcentuales con respecto a los resultados del año 2005 (58% a 72%). Los temas que alcanzaron los mayores porcentajes fueron: sangrado durante la segunda mitad del embarazo, sepsis puerperal, hemorragia post parto, manejo activo del tercer período del parto (MATEP), vigilancia del trabajo de parto, vigilancia del puerperio inmediato y lactancia materna. Los temas que sufrieron reducción en el porcentaje con respecto a los resultados del 2005 fueron la interpretación del partograma de 59% a 51% y la anticoncepción post evento obstétrico de 75% a 74%.⁽⁵⁾

En la evaluación de habilidades de 2010, el personal de salud alcanzó un nivel de 67%, incluyendo todos los escenarios que fueron evaluados, con un incremento de 8 puntos porcentuales con respecto a los resultados del año 2005 (59% a 67%). Los escenarios cuyo resultados los promedios se encuentran por encima del promedio global fueron MATEP, extracción manual de la placenta y atención inmediata del recién nacido. En cambio la compresión uterina bimanual tuvo una reducción de 3 puntos porcentuales con respecto al año 2005 (57% a 54%).⁽⁵⁾

Justificación

Puesto que la atención oportuna y apropiada de las complicaciones obstétricas es fundamental para salvar la vida de las mujeres, y siendo que hay un compromiso institucional con la calidad, es muy importante evaluar la calidad que ofrece este servicio en una de las regiones del país donde el problema de mortalidad es más alto, con el propósito de encontrar aspectos de la atención que sea necesario y susceptible de ser mejorado.

Planteamiento del problema

¿Cómo es la calidad de atención de las principales complicaciones obstétricas en el Centro de Salud de San José de Bocay?

Objetivo general

Determinar la calidad de atención de las principales complicaciones obstétricas en el Centro de Salud de San José de Bocay

Objetivos Específicos

1. Valorar los recursos humanos y materiales disponibles para la atención de las principales complicaciones obstétricas.
2. Analizar el grado de cumplimiento de las normas de atención de las principales complicaciones obstétricas.
3. Describir los resultados obtenidos con la atención.
4. Indagar el grado de satisfacción de las usuarias con la atención recibida

Marco teórico

“El término personal o proveedor calificado: se refiere exclusivamente a aquellas personas con destrezas en atención profesional del parto (por ejemplo, médicos, obstetras, enfermeros y auxiliares) que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y el parto, reconocer el inicio de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, dar comienzo al tratamiento y supervisar la referencia de la madre y el bebé a intervenciones que están más allá de sus competencias o que no son posibles en ese entorno particular.”(Basado en Reducción de la Mortalidad Materna, Declaración Conjunta OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial. Ginebra: OMS, 1999).

(3).

Cuadro 1: Servicios básicos e integrales de Atención Obstétrica de Emergencia (AOEm)

| AOEm básica | AOEm integral |
|--|---|
| (1) Administración de antibióticos parenterales. (2) Administración de oxitócicos parenterales. (3) Administración de anticonvulsivantes parenterales para pre-eclampsia y eclampsia. (4) Extracción manual de placenta. (5) Extracción de restos ovulares (por Ej. aspiración manual endouterina). (6) Parto vaginal asistido. | Todas las funciones (1-6) incluidas en AOEm básica más: (7) Cirugía (por Ej. cesárea). (8) Transfusiones de sangre. |

Fuente: UNICEF, 1997.

Calidad para la atención obstétrica de emergencia.

Calidad en AOEm involucra un estado de oportunidad que le permitirá a usted y a su equipo responder de forma apropiada a emergencias obstétricas de manera que se satisfagan las necesidades y derechos de sus clientes.⁽⁶⁾

Oportunidad: Lograr y mantener un estado de preparación en el establecimiento para brindar AOEm de calidad. Esto incluye que el personal disponible cuente con las destrezas requeridas y la disposición de responder a las necesidades de las clientes 24 horas al día, 7 días a la semana, equipo disponible y funcionando, y suministros e infraestructura adecuada. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Respuesta: Brindar atención rápida y apropiada cuando surgen emergencias, de acuerdo a los estándares y protocolos clínicamente aceptables.

Derechos: Brindar servicios de manera que se respeten los derechos y necesidades de todas las clientes. Las clientes tienen derecho a atención de calidad. Estos derechos consisten en:

- Acceso a los servicios de AOEm y continuidad de atención.
- AOEm segura (calificada).
- Información y elección informada.
- Privacidad y confidencialidad, dignidad, comodidad y expresión de opinión.

El personal tiene necesidades específicas a ser satisfechas, para que puedan brindar esta atención. Específicamente, necesitan respeto, dignidad y libertad de expresar su opinión; supervisión facilitadora y administración confiables para mantener un ambiente de trabajo positivo; información, capacitación y desarrollo para mantener los niveles de habilidades; equipos y suministros en condiciones de funcionamiento, adecuados e infraestructura para brindar un tratamiento correcto y completo. ⁽⁶⁾

La AOEm de calidad representa un desafío para la gerencia porque debe estar disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para lograr máxima efectividad.

Por lo tanto, cualquier proceso de mejoramiento de la calidad debe ser diseñado

para encarar tanto el esfuerzo constante para mantener la oportunidad como la naturaleza impredecible de las emergencias obstétricas.

Es decir, cualquier intento de mejorar el servicio no podrá ser un esfuerzo aislado, sino deberá estar inmerso en la dinámica del establecimiento y debe funcionar como un proceso continuo. (4)(6)

Hay que Tomar en cuenta que la buena atención obstétrica de emergencia incluye tanto responder a emergencias como también monitorear apropiadamente, y responder al trabajo de parto y parto normal de manera que los casos de rutina no se conviertan en casos complicados. La AOEm de calidad debe ser vista como una extensión del nivel de calidad brindado regularmente en las salas de maternidad. (6)

He aquí unas de las principales complicaciones obstétricas:

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos ó 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando es menor a 3 cm., entre las 22 semanas de gestación a las 36 semanas de gestación. (7) (8)

Parto pretérmino:

Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días). (7) (9) (10)

Etiología:

El parto pretérmino aparece como una afección secundaria a una causa específica, entre las que podemos mencionar: Causas maternas: Infecciones cervicovaginales, Infecciones de Vías Urinarias, Síndrome Hipertensivo Gestacional, ruptura prematura de membranas, enfermedad aguda o crónica, complicaciones obstétricas, sangrado ante parto, edad materna avanzada. Causas Fetales: malformaciones fetales, embarazos múltiples, macrosomía, Polihidramnios y TORCH. Causas socio-ambientales: estrés (laboral, psicosocial), ansiedad, tabaquismo, drogadicción Causas externas: Traumas directos (golpes, caídas, coitos bruscos), Traumas indirectos: desaceleraciones. (7) (8) (11) (12) (14) (15) (16) (17)

Exámenes Complementarios:

- Ultrasonido debe documentar el peso fetal, presentación, localización placentaria, perfil de crecimiento fetal, volumen de líquido amniótico y otras condiciones fetales que pudieran ser causas o influir en el manejo de la amenaza de parto pretérmino.
- Medición del cuello con ultrasonido: La medición de la longitud del cuello por ultrasonido vaginal identifica a las pacientes con disfunción cervical.
- Doppler de la arteria uterina Fibronectina en sangre materna mayor o igual a 50 ng por ml y fibronectina fetal (actualmente no disponibles en el MINSA). (7)

(14) (18) (19) (20)

Exámenes de laboratorio. Deben indicarse según impresión diagnóstica basada en historia clínica y el examen físico.

Para establecer diagnóstico etiológico como infección de vías urinarias o infecciones de transmisión sexual que están asociados a amenaza de parto pretérmino, es indicativo: BHC, EGO, Gram y KOH en exudado vaginal, Cultivo de secreción vaginal. (7) (8) (10) (12) (21) (22) (23) (24) (25)

Manejo Hospitalario

Asegurar la firma de la hoja de consentimiento informado por la paciente o familiar al momento del ingreso a emergencia, observación u hospitalización.

Se indica referencia para ingreso a hospitalización a embarazadas con amenaza de parto pretérmino si presentan uno o más de los siguientes criterios:

- * Ruptura Prematura de Membrana
- * Modificaciones cervicales demostrada clínicamente
- * Modificaciones cervicales confirmadas por medio del acortamiento del cérvix (<25 mm) a través de ecografía, cuando es embarazo con feto único. (7)

Criterios de Alta Hospitalaria (sala de observación en emergencia o sala de maternidad) Ausencia de contracciones uterinas y no presencia de modificaciones cervicales, haber recibido tratamiento para maduración fetal (prematurez 1er causa de defunción en la etapa neonatal). (7) (25)

Trabajo de parto pretérmino manejo hospitalario:

Tratamiento no farmacológico

a. Igual a manejo ambulatorio no farmacológico más los planes de rutina por sala.

b. Tratamiento farmacológico:

1- No indicar líquidos endovenosos si la embarazada no está deshidratada . En el caso de deshidratación, indicar administración de SSN 0.9%.

2- Tocolisis. El empleo de tocolisis se sugiere en gestaciones menores de 35 semanas junto a la tocolisis farmacológica se recomienda que las pacientes estén en reposo. Solo se realizará uteroinhibición de ataque durante 48 a 72 horas.

- Nifedipina : 10 mg PO STAT. Si después de dosis de ataque la actividad uterina continúa, dar 10 mg PO cada 20 minutos por tres veces según respuesta de embarazada y 20 mg PO cada 8 horas por 3 días.
- Ritodrine: Si no está disponible la Nifedipina o en casos de hipotensión arterial, se procederá a administrar Ritodrine: La ampolla utilizada para este caso es la de 50 miligramos que se diluirá en 500cc de Solución glucosada al 5%, la dilución resultante es de 100 microgramos por ml. Iniciar dosis con 100 microgramos/ml/minuto, valorando cada 30 minutos la actividad uterina. Aumentar 50 microgramos/minuto hasta un máximo de 350 microgramos/minuto, según cesen las contracciones, o si hay efectos adversos intolerables. (7) (20) (25)

Corticoides. Se recomienda el uso de la terapia antenatal con corticosteroides en embarazos de pretérmino con rotura prematura de membranas a las 24 a 34 6/7 semanas de gestación en la ausencia de síntomas clínicos de Corioamnionitis .

Fármacos inductores de la madurez pulmonar fetal: Entre las 24 – 34 6/7 semanas.

En toda paciente con factores de riesgo para parto pretérmino se debe aplicar un solo ciclo de corticoides con:

- Dexametasona: 6 mg IM c/ 12 horas por 4 dosis o
- Betametasona: 12 mg IM c/ 24 horas por dos dosis (donde esté disponible).

El mejor efecto de los corticoides antenatales se da entre las 24 horas y antes de los 7 días de haberse iniciado esta terapia, disminuyendo en un 46% el SDR/membrana hialina, 30% la enterocolitis necrotizante y 20% la hemorragia intraventricular. (7) (23)

(25)

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto, puede ocurrir en embarazos de término (≥ 37 SDG) y en embarazos pretérminos (< 37 SDG). Período de latencia: intervalo entre la RPM y el nacimiento.

(11) (14) (15)

Clasificación:

- Rotura prematura: Ocurre antes del comienzo del parto.
- Rotura precoz: Acontece durante del periodo de dilatación, antes que se haya dilatado.
- Rotura tempestiva u oportuna: Ocurre cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado.
- Rotura alta: Se efectua por encima del área cervical, pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.
- Rotura falsa o doble saco ovular: Rotura del corión con integridad del amnios, el derrame de líquido es escaso.
- Rotura espontánea: Se produce después del inicio del trabajo de parto.
- Rotura prolongada de membranas: Período de latencia mayor de 24 horas.
- Rotura artificial: Cuando se desgarran con pinza o instrumento. (12) (14) (16)

Diagnóstico: en la mayoría de los casos, el diagnóstico es clínico, al observar la salida de líquido amniótico a través del cérvix.

Las características de este líquido (pH alcalino y/o cristalización en helechito al microscopio) permiten hacer el diagnóstico ante un cuadro clínico compatible. Sin embargo, si la clínica es dudosa, cabe descartar otras causas de hidrorrea: incontinencia urinaria, vaginitis, cervicitis, semen, moco cervical, etc. El pH puede mostrarse falsamente alcalino si existe sangre, semen, antisépticos o vaginosis bacteriana. El moco cervical puede mostrar una arborización positiva, de modo que la muestra debe tomarse del fondo de saco posterior o lateral para evitarlo. Por el contrario, en algunos casos, la pérdida mínima de líquido puede mostrar un resultado falsamente negativo. Hacer toser o realizar maniobras de Valsalva a la paciente o repetir el test en un tiempo adecuado si la sospecha clínica existe puede mejorar el diagnóstico. (8) (10) (14) (15) (16)

Manejo:

Consideraciones generales: el tratamiento de la RPM se deberá individualizar en función de la edad gestacional. En una RPM a término, el feto no se beneficia de un manejo conservador sino que, debido al riesgo de infección subyacente a la RPM, es preferible la finalización de la gestación. En cambio, en aquellas RPMP pretérmino, el feto se beneficia de una actitud más conservadora, mayor cuanto más extrema la prematuridad. ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁷⁾

Ante el diagnóstico inicial de RPMP debemos:

1. Comprobar la edad gestacional (a ser posible, con una ecografía de primer trimestre).
2. Realizar cultivos endocervicales, vaginal-anal de SGB y/o Gram.
3. Descartar signos clínicos o analíticos de corioamnionitis o sospecha de pérdida de bienestar fetal (registro cardiotocográfico).
4. Evaluar las condiciones obstétricas y valorar la posibilidad de utilizar tocolisis.
5. Administrar antibióticos y/o corticoides dependiendo de la edad gestacional. ⁽¹⁸⁾ ⁽¹⁹⁾

Antibióticoterapia: el objetivo principal de la terapia antibiótica es tratar o prevenir la infección intraamniótica para prolongar la gestación y ofrecer la oportunidad de reducir la sepsis neonatal.

Antibióticos para RPM en pretérminos: Sin trabajo de parto: Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas por 7 días o hasta el nacimiento.

Antibiótico para RPM si hay trabajo de parto y menor de 37 semanas de gestación: Penicilina Cristalina 5 millones IV y después 2.5 millones IV cada 4 horas hasta el parto. O Ampicilina 2g IV como dosis inicial y luego 1g IV cada 4 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas hasta el parto. ⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾

Para RPM mayor de 12 horas: Penicilina Cristalina como se describe anteriormente, más gentamicina 3-5 mg/kg/día o 160 mg IV dosis diaria. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

Corticoterapia: es conocido el beneficio de los corticoides para reducir el riesgo de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, muerte perinatal y secuelas neurológicas. Actualmente, la maduración pulmonar con corticoides está indicada entre las 24.0 y las 33.6 semanas de gestación.

La pauta más utilizada es la administración de Betametasona 12 mg/día durante 48 horas. En el caso concreto de la RPMP, se ha sugerido un aumento del riesgo de corioamnionitis si se utilizan de manera sistemática dosis repetidas, aunque en edades gestacionales extremas, las dosis repetidas pudieran tener un papel en la mejora de los resultados perinatales. En general, en el momento actual se tiende a ser restrictivo en la utilización de dosis repetidas de corticoides, aunque la situación difiere según el centro hospitalario. Únicamente se plantea utilizar dosis de recuerdo ante la desestabilización del cuadro (aparición de dinámica uterina, metrorragia...) que sugiera una finalización inminente de la gestación. (19) (20) (21)

Tocolíticos: aunque no existen datos de si en este contexto, los tocolíticos mejoran o empeoran o no cambian el resultado neonatal, parece razonable pensar que la tocolisis profiláctica puede permitir el efecto beneficioso de los corticoides y los antibióticos al prolongar la gestación durante al menos, 48 h. (20) (21) (23)

SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL

Los síndromes hipertensivos gestacionales son una de las principales complicaciones obstétricas y de mayor repercusión en la salud materno-fetal. Suponen uno de los motivos de consulta más importantes en las unidades de alto riesgo, siendo la primera causa de morbi-mortalidad materno fetal con una incidencia a nivel mundial del 1 al 10% según los distintos países. (8) (15)

Preeclampsia: tensión arterial diastólica \geq a 90mmHg y/o tensión arterial sistólica \geq 140 mm Hg después de las 20 semanas de gestación, en 2 ocasiones separadas al menos 4 horas, en una mujer previamente normotensa, y se le suma la proteinuria. (8) (10) (11)

Preeclampsia moderada: tensión diastólica mayor de 90mmHg pero menor de 110mmHg. Considerar también cuando la tensión arterial media (TAM) se encuentra entre 105-125mmHg. (Se calcula mediante la siguiente fórmula dos multiplicado por la presión diastólica más la presión sistólica dividido entre tres $(2PAD+PS/3)$). (12)

Además de la presencia de proteinuria, la cual se acepta cuando en una muestra de 24 horas hay 300 mg o más, o 30 mg/dl (se encuentra una cruz (1+) o más en el examen cualitativo realizado con cinta reactiva. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹⁹⁾

Preeclampsia grave: tensión diastólica mayor de 110mmHg en dos ocasiones con intervalo de 4 horas .Considerar también cuando la tensión arterial media (TAM) es mayor o igual a 126mmHg. (Se calcula mediante la siguiente formula dos multiplicado por la presión diastólica más la presión sistólica dividido entre tres (2PAD+PS/3). ⁽¹²⁾

La persistencia de proteinuria de 3 cruces (+++) o mayor en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalos de 4 horas o es mayor de 5 gramos en orina de 24 horas. ⁽¹³⁾

Eclampsia: la eclampsia se define como la aparición de convulsiones en el contexto de hipertensión en el embarazo con o sin proteinuria en ausencia de otras causas conocidas de convulsiones. ^{(12) (16)}

Factores de Riesgo:

- Edad menor de 20 y mayor de 35 años
- Ganancia exagerada de peso mayor de 2 Kg por mes
- Pobreza
- Nuliparidad
- Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus
- Embarazos múltiples
- Enfermedad renal previa
- Mola hidatidiforme
- Polihidramnios
- Lupus eritematoso
- Antecedentes de preeclampsia
- Antecedentes de HTA crónica
- Incompatibilidad Rh ^{(10) (11) (12) (14) (16) (17)}

Manifestaciones clínicas: la lesión endotelial constituye la lesión fundamental de la preeclampsia y en relación con esta se explican sus manifestaciones clínicas.

Hipertensión: es la consecuencia del vasoespasmo generalizado que resulta en una compresión del espacio intravascular y un volumen plasmático reducido, y por otra parte la pérdida de la integridad vascular a nivel capilar y la hipoproteinemia constituyen los dos factores determinantes para el desarrollo del edema extracelular.

(14) (15) (16)

Proteinuria: se produce debido a la alteración del endotelio glomerular quien deja de ejercer su correcta filtración de proteínas y otras sustancias eliminándolas por la orina. Esta lesión a nivel renal es la que se conoce como “ endoteliosis glomerular”.

(14) (15)

Plaquetopenia y Hemólisis: como consecuencia de la lesión de los endotelios se produce una hiperagregabilidad plaquetaria y secuestro en la pared vascular que, a su vez, cuando ésta es importante, produce hemólisis de hematíes a su paso por los vasos afectados. (14) (15)

Espigastralgia y vómitos: a nivel hepático, se producen depósitos de fibrina en el seno de la microcirculación hepática que generan isquemia y necrosis hepatocelular que, a su vez, producen distensión de la cápsula de Glisson hepática que se traduce en dolor epigástrico y aumento de las transaminasas. (14) (16)

Alteraciones neurológicas: se producen como consecuencia del vasoespasmo cerebral y la alteración de la regulación del tono vascular. El área más sensible es la occipital ya que es una zona intermedia entre dos territorios vasculares. Todo esto se traduce en la aparición de cefalea, fopsias y escotomas. (14) (17)

Manejo de la preeclampsia moderada:

- Reposo en cama
- Dieta hiperproteica, normosódica, y aumento de ingesta de líquidos
- No dar anticonvulsivantes , ni anti hipertensivos, sedantes o tranquilizantes

- Indicar maduración pulmonar con dexametasona 6 mg IM cada 12 h por 4 dosis si el embarazo es de 24 a 34 sem.
- Orientar a la embarazada sobre los signos de peligro
- USG para valorar bienestar fetal
- Orientar a paciente sobre los movimientos fetales que los cuente
- Inducir madurez pulmonar fetal con dexametasona
- Finalizar el embarazo en la semana 37 ya sea espontaneo o inducirlo. (12)

Manejo de preeclampsia grave:

- Reposo en cama
- Canalizar con bránula 16
- Administrar tratamiento anti hipertensivo y anticonvulsivante
- Peso diario
- Medir ingeridos y eliminados estrictamente.
- Signos Vitales cada 4 horas.
- Valorar reflejos osteotendinosos.
- USG para valorar bienestar fetal.
- Perfil biofísico.
- Sonda Foley # 18.
- Oxígeno a 4 litros/min.
- BHC, Tipo y Rh, EGO, proteínas en cinta en orina, TP, TPT, TC, TS, Plaquetas, glucosa, creatinina, ácido úrico, prueba de coagulación o formación de coágulo junto a la cama. (12) (20)

Manejo de eclampsia:

- Se inicia el manejo en la unidad de salud donde se diagnostico.
- Se maneja intrahospitalariamente.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Evitar traumas o mordeduras de lengua.
- Administrar tratamiento anti hipertensivo y anticonvulsivante.
- Cuidados intermedios o intensivos.
- Canalizar con bránula 16 y pasar SSN o Ringer IV para estabilizar hemodinámica.

- Poner sonda Foley No 18.
- Medir ingeridos y eliminados estrictamente.
- Signos Vitales, Reflejos osteotendinosos, FCF cada 1 hora.
- Vías aéreas permeables.
- Auscultar bases pulmonares.
- Oxígeno a 4 litros / min. ⁽¹²⁾

Tratamiento antihipertensivo:

- Si la PA diastólica se mantiene mayor o igual de los 110 mm Hg aplique tratamiento anti hipertensivo y reduzca la PA entre 100 y 90 mm Hg pero no menos de 90.
- Dosis inicial Hidralazina 5 mg IV lento cada 15 min hasta que baje la PA (máximo 20 mg).
- Si no responde satisfactoriamente administre labetalol 10 mg IV.
- Si no baja administre después de 10 min labetalol 20 mg IV, después de 10 min puede aumentar a 40 y luego hasta 80 mg 10 min después de cada dosis si no obtiene la respuesta esperada o satisfactoria.
- En casos extremos use nifedipina 10 mg PO cada 4 horas para mantener una PA diastólica entre 90 y 100 mm Hg. ⁽¹²⁾

Esquema Zuspan:

- Dosis de carga: 4 gr de sulfato de magnesio (4 amp) IV diluido en 200 ml de SSN 0.9 % o Ringer pasar en 5 a 15 minutos.
- Dosis de mantenimiento: Diluir 24 gr de SO₄Mg en 760 ml de SSN 0.9 % o Ringer y pasar a 14 gotas por min o sea a 1 gr por hora (24 gr en 24 horas) después de la última convulsión. ⁽¹²⁾

Exámenes de laboratorio:

- BHC Tipo y Rh.
- EGO.
- Proteínas en cinta en orina.
- TP, TPT, TC, Plaquetas.
- Glucosa.

- Creatinina.
- Acido úrico.
- Prueba de coagulación o formación de coágulo junto a la cama. (12)

HEMORRAGIA POSPARTO

La hemorragia postparto es la complicación más importante del tercer y cuarto período del parto, precisando de diagnóstico y tratamiento rápidos en su atención. (8)(9)(10)(17)(18)

La clásica definición de hemorragia postparto precoz, como pérdida sanguínea mayor a 500 ml en las primeras 24 horas, es muy ambigua, por lo que es más frecuente basar el diagnóstico en: la clínica (aparición de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea) y en los datos analíticos (descenso del 10% o más del hematocrito entre una determinación realizada a la admisión y el periodo postparto). (8) (9) (10) (11)(16) (17)

Factores de riesgo:

- Antecedentes de hemorragias postparto.
- Gran multípara.
- Embarazo múltiple.
- Polihidramnios.
- Macrosomía fetal.
- Miomatosis uterina.
- Trabajo de parto prolongado.
- Infección ovular.
- Placenta previa.
- Desprendimiento normoinsero de placenta previa.
- Parto con fórceps.
- Cesárea.
- Anestesia general.
- Tratamiento anticoagulante.
- Coagulopatías. (8)

Atonía uterina: es la causa más frecuente de hemorragia postparto temprana el sangrado por atonía suele aumentar al comprimir el fondo uterino, y se diagnostica al palpar un útero blando y que no se ha retraído hacia la pelvis menor (descartando primero desgarros en el canal del parto y la existencia de restos intracavitarios). (18)

Tratamiento:

Masaje uterino bimanual: es la primera maniobra a realizar ante una atonía uterina, como medida adyuvante el vaciamiento vesical puede conseguir una adecuada contractilidad uterina, consiste en masajear el útero, hacia abajo desde el abdomen, y hacia arriba desde la vagina. (19)

Taponamiento uterino: puede utilizarse en la atonía uterina o hemorragias en el lecho placentario de una placenta previa o acretismo parcial, pero hay que tener en cuenta la posibilidad de encubrir el sangrado. (20)

Medidas farmacológicas:

Oxitocina: es el más fisiológico, produce contracción intermitente de la fibra uterina, preferentemente a nivel del fondo uterino. Se prefiere la vía intravenosa pero diluida en suero, a razón de 10 a 20 U en 500 ml. La velocidad de goteo se regulará en función del grado de atonía y la evolución del sangrado. También se puede reforzar su acción intravenosa con el uso de la oxitocina vía intramuscular. (21) (22)

Ergóticos: la metilergonovina es un poderoso uterotónico que suele utilizarse vía intramuscular, aunque también puede emplearse vía intramiometrial o intravenosa (en dosis de 0,2 mg y no es necesario su dilución). Su empleo no excluye el de la oxitocina, y con frecuencia se usan para potenciar su efecto. (22) (23)

Derivados de las prostaglandinas: 15-metil-PGF2alfa (carboprost) en dosis de 0,25 mg por vía intramuscular o intramiometrial, repetidas cada 15-90 minutos, sin exceder de 8 dosis.

PGE2 (dinoprostona) en dosis de 1,5 mcg/ml en solución Ringer lactato a 5 ml/min los primeros 10 min y posteriormente a 1 ml/min durante 12-18 horas. (21) (22)

En comprimidos de 20 mg vía intrarrectal o vaginal se han comunicado éxitos de tratamiento. ⁽¹²⁾

PGE1 (misoprostol): que no tiene interacciones generales, se ha propuesto como medicación profiláctica o de urgencia, sobre todo en países en desarrollo, a dosis de 5 comprimidos (1000 mcg) por vía intrarrectal, tras el fallo de la oxitocina y metilergonovina. ⁽⁹⁾

Procedimientos: Se adoptan estas medidas cuando los pasos anteriores no surgen efecto. Pueden valorarse dos conductas hemostáticas conservadoras, se trata de las ligaduras vasculares (ligadura de las arterias hipogástricas, ligadura de las arterias uterinas), y de la embolización endovascular. ⁽¹¹⁾

Manejo según normas del MINSA:

- Canalice con bránula n°16 o de mayor calibre administrar 1000cc de solución salina normal al 0.9% o Hartman a 60 gotas por minuto.
- Realice masaje uterino externo constante.
- Verifique que la placenta y sus anexos fueron expulsados o extraídos completamente.
- Administre oxitocina 20UI diluidos en 1000cc de solución salina al 0.9% o Hartman a 60 gotas por minuto modifique según respuesta.
- Si pasado 5 minutos no cede practique determinación de hematocrito y hemoglobina de urgencia, tome muestra para realizar pruebas cruzadas y transfundir sangre total o paquete globular si es necesario.
- Vigile signos vitales y estado de shock, vigile la magnitud del sangrado.
- Realice masaje externo de preferencia bajo sedación combinado con el externo. Si no cede, administre 10UI de oxitocina en bolo lento diluido en 10cc de agua destilada.
- Si no cede se debe hacer compresión bimanual del útero o compresión de la aorta abdominal.
- Si no cede preparar para laparotomía exploratoria: ligadura de las arterias uterinas o uteroováricas o histerectomía subtotal o total abdominal. ⁽¹²⁾

RETENCIÓN DE PLACENTA

La ausencia de alumbramiento de la placenta tras un tiempo de 15-30 minutos (incidencia de 1-2%) puede deberse a:

- Incarceración de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina (en reloj de arena) por espasmo del istmo uterino.
- Retención placentaria por debilidad de las contracciones uterinas o adherencia patológica de la placenta (acretismo placentario).

En ésta última situación patológica, la placenta se adhiere directamente al miometrio sin una capa de decidua basal interpuesta. Se diferencian tres grados según la profundidad alcanzada por las vellosidades:

- Accreta: llegan al miometrio.
- Increta: invaden el miometrio.
- Percreta: perforan la pared uterina. ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾

La más frecuente es la primera forma (aproximadamente 1/2500 partos) y habitualmente suele presentarse de forma focal o parcial, siendo más rara la forma total. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

Los restos placentarios retenidos tras la salida de la mayor parte de la placenta son otra causa de sangrado, ya que impiden la correcta contracción del útero. La retención de restos placentarios puede ocurrir en cualquier parto, por lo que es obligatoria la revisión sistemática de la placenta tras el alumbramiento para comprobar la total integridad de éstas y sus membranas. ⁽²¹⁾.

Manejo según normas MINSA:

- Valore estado general
- Control de signos vitales
- Canalice con bránula n°16 o de mayor calibre estabilice hemodinámicamente. Si existe estado de shock o inestabilidad hemodinámica administrar 1000cc de solución Hartman a 40 gotas por minuto o infusión rápida.
- Si la placenta no se ha expulsado después de 15 minutos con manejo activo o 30 minutos con el mismo administre oxitocina 10UI diluidos en 1000cc de solución salina al 0.9% o Hartman a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa

- Estime la cantidad de sangre pérdida
- Si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta provoque contracciones uterinas mediante masaje uterino en el fondo del útero o incremente la concentración de oxitocina a 60 gotas por minuto y así lograr la expulsión de la placenta.
- Practique tensión controlada de cordón umbilical en momentos de contracción uterina.
- Si no se expulsa realizar maniobra de Credé.
- Si no se logra realizar extracción manual.
- Si no se logra extracción manual pensar en acretismo preparar para laparotomía exploratoria a fin de realizar histerectomía total o subtotal.
- Si la retención es parcial realizar legrado digital o instrumental.

Una vez extraída la placenta:

- Vigilar por 8 horas o más.
- Mantenga la infusión de oxitocina por 6 horas.
- Mantenga masaje uterino externo y oriente a la paciente a fin de mantener el globo de seguridad de Pinard.
- Confirme los valores de hematocrito y hemoglobina, transfusión sanguínea si es necesario.
- Indique sulfato ferroso.
- Indique Antibioticoterapia.
- Brindar consejería sobre dotación de método anticonceptivo ⁽¹²⁾

Diseño metodológico

I. Tipo de Estudio: Evaluación de servicios de salud, en base a diferentes procedimientos para obtener información:

- **Observación.** Tuvo como finalidad valorar la infraestructura y equipamiento con que cuenta la unidad de salud de San José de Bocay para la atención de las emergencias obstétricas, así como la dotación de medicamentos. La guía de observación se presenta en el Anexo 1. La información descriptiva se complementó con fotografías del centro de salud.

- **Encuesta.** Tuvo como objetivo determinar conocimientos y prácticas de los médicos y del personal de enfermería, en relación a las emergencias obstétricas. Abarcó el total de este personal:
 - 12 médicos (2 médicos generales y 10 médicos en servicio social).
 - 3 enfermeras obstetras (ver anexo 2). El cuestionario fue auto administrado.

- **Revisión documental.** Se realizó con la finalidad de determinar el grado de cumplimiento de las normas de atención a las emergencias obstétricas y la ocurrencia de complicaciones y muertes en las mujeres atendidas. Se revisó un mínimo de 60 expedientes clínicos con este fin, que comenzó de la fecha en que se aprobó el protocolo y buscando hacia atrás, hasta completar el número antes señalado. Se incluyeron las pacientes que fueron presentándose al centro de salud, en el período destinado a la recolección de datos. La ficha de recolección de datos de esta parte del estudio se presenta en el anexo 3.

- **Entrevistas a informantes claves.** Se realizaron con el objetivo de obtener las valoraciones que tienen algunos actores claves dentro de los servicios de salud, sobre la calidad de la atención, y sobre los factores que la influyen. Se tomaron como informantes claves: el director municipal del centro de salud, el responsable de enfermería y responsable de insumos médicos. Las entrevistas fueron anotadas en un cuaderno. La guía de las entrevistas se presenta en los anexos 4 y 5.
- **Entrevistas de salida.** Se realizaron para determinar el grado de satisfacción de las usuarias del servicio, o bien sus familiares, en relación a la atención recibida. Se realizaron 60 entrevistas. El cuestionario de estas entrevistas se presenta en el anexo No. 6.

II. Área de estudio: Centro de Salud Ambrosio Mogorrón, de San José de Bocay.

III. Fuente de la información: Primaria: Se realizó mediante observación de la infraestructura e insumos médicos con los que cuenta la unidad de salud. Se aplicó un cuestionario a todo el personal asistencial antes descrito que labora en el Centro de Salud Ambrosio Mogorrón de San José de Bocay Jinotega.

Secundaria: Se revisaron expedientes clínicos de la unidad de salud.

IV. Aspectos Éticos: Se les solicitó autorización al director municipal y al personal implicado para realizar el estudio y así obtener la información requerida. Además se les aseguró que la información obtenida fue utilizada para los fines del estudio, manteniendo el anonimato, sus derechos y deberes.

1. Resultados obtenidos mediante guía de observación

1.1 Infraestructura

La infraestructura del centro de salud de San José de Bocay se encuentra en buen estado, aunque los espacios para espera y atención son reducidos, lo que redundaría en una deficiente privacidad. Cuenta con adecuada iluminación. En general, se encuentra limpio. Existe escasez de agua, porque a menudo hay problemas en el sistema de distribución. Existe energía eléctrica, pero con fallas ocasionales.

1.2 Equipamiento.

Este centro cuenta con 2 equipos de ultrasonido, 3 equipos de doppler, 5 estetoscopios con su tensiómetro, 1 sala de emergencia con su carro de emergencia con medicamentos para las complicaciones obstétricas de emergencia (COE) y 1 cama ginecológica. El laboratorio cuenta con pruebas de hematocrito y examen general de orina. Hay períodos en que no se cuenta con reactivos para biometría hemática completa.

1.3 Mobiliario

Este centro cuenta con suficiente mobiliario para atender a las pacientes.

1.4 Ambulancias y otros medios de transporte.

Actualmente se cuenta con 3 ambulancias, de las cuales una se encuentra asignada al puesto de salud de Ayapal y 2 a Bocay. Una de ellas se encuentra en mal estado.

1.5 Medios de telecomunicación.

Se cuenta con radio, pero la señal no es recibida con claridad debido a problemas de cobertura, porque la antena del centro de salud es muy pequeña. Hay correo electrónico, pero su funcionamiento es muy lento. Hay un teléfono celular para uso exclusivo del responsable del área de vigilancia epidemiológica.

1.6 Materiales y medicamentos

| Materiales y medicamentos para COE | Cantidad existente |
|---|---------------------------|
| Bránula n° 16 | 80 |
| Guía de suero | 200 |
| Sonda Foley N°18 | 10 |
| Gluconato de Calcio al 10% | 10 |
| Ampicilina 1 gr. | 250 |
| Penicilina Cristalina 1 millón | 1,000 |
| Metronidazol 500mg | 5 |
| Ceftriaxone 1gr | 100 |
| Oxitocina 5UI/1ml | 200 |
| Hidralazina 5mg/1ml | 5 |
| Nifedipina 20mg | 50 |
| Sulfato de Magnesio 1gr/10ml | 48 |
| Dexametasona 4mg/1ml | 100 |
| Solución salina 0.9% | 120 |
| Dextrosa 5% | 50 |
| Hartman | 120 |
| Ritodrine 50 mg | 0 (*) |

(*) Nunca se ha recibido este medicamento en la farmacia del centro de salud

2. Información obtenida mediante cuestionario destinado a determinar los conocimientos de médicos y enfermeras obstétricas.

2.1 Número y características del personal incluido en el estudio.

El cuestionario fue respondido por 15 personas, excluyendo a los autores del estudio, así:

Por formación profesional:

- Médicos generales: 2
- Médicos en servicio social: 10 (Excluyendo a los dos autores del estudio).
- Enfermeras obstetras: 3

Por sexo:

- Varones: 10
- Mujeres: 5

La edad de estos médicos y enfermeras estuvo comprendida en un rango entre los 23 y 35 años.

2.2 Conocimientos sobre criterios diagnósticos de las complicaciones obstétricas

La mayoría de los médicos y enfermeras conocían los criterios diagnósticos de las complicaciones obstétricas comprendidas en el estudio (cuadro 1).

Cuadro 1: Proporción de médicos y enfermeras obstetras que mencionaron determinados criterios diagnósticos de diferentes complicaciones obstétricas. San José de Bocay 2012.

| Criterios diagnósticos | Proporción (n= 15) |
|---|-------------------------------|
| Amenaza de parto pretérmino | |
| 4 contracciones uterinas en 20 minutos ó 6 en 60 minutos | 12/15 |
| Idem, pero señalando dilatación cervical menor de 3 cm. | 10/15 |
| Rotura prematura de membranas | |
| Rotura de membranas antes del inicio del trabajo de parto. | 12/15 |
| Preeclampsia grave | |
| Tensión diastólica >110mmHg en dos ocasiones con intervalo de 4 horas. | 11/15 |
| Proteinuria de tres cruces en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalos de 4 horas. | 11/15 |

2.3 Conocimientos sobre fármacos a usar en las COE

Los fármacos a usarse en las COE eran conocidos por la mayoría de los médicos y enfermeras. En el caso del tratamiento de hemorragia postparto, cuatro recursos no mencionaron oxitocina, que es uno de los medicamentos contemplados por las normas, para esta patología (cuadro 2).

Cuadro 2: Proporción de médicos y enfermeras obstetras que mencionaron determinados fármacos contemplados en las normas de tratamiento de diferentes complicaciones obstétricas San José de Bocay 2012.

| Complicaciones/Fármacos | Proporción (n=15) |
|---|------------------------------|
| Amenaza de parto pretérmino | |
| Nifedipina y/o Ritodrine | 15/15 |
| Dexametasona | 15/15 |
| Rotura prematura de membranas sin trabajo de parto | |
| Eritromicina | 12/15 |
| Rotura prematura de membranas con trabajo de parto y embarazo menor de 37 semanas | |
| Ampicilina y/o penicilina cristalina | 15/15 |
| Rotura prematura de membranas con tiempo >12 horas | |
| Penicilina Cristalina | 15/15 |
| Preeclampsia Moderada | |
| No se deben administrar fármacos y el manejo consiste en dar recomendaciones y seguimiento en el centro de salud. | 15/15 |
| Preeclampsia grave | |
| Sulfato de magnesio y/o Hidralazina | 15/15 |
| Eclampsia | |
| Sulfato de magnesio | 15/15 |
| Hemorragia postparto | |
| Oxitocina | 11/15 |
| Retención placentaria | |
| Oxitocina | 12/15 |

Notas: a) 10 recursos dijeron Nifedipina y 5 ritodrine.

b) 13 recursos dijeron Ampicilina y 2 penicilina cristalina.

c) 12 recursos dijeron Sulfato de magnesio y 3 Hidralazina.

Cuadro 3: Proporción de médicos y enfermeras obstetras que mencionaron determinadas medidas a tener en cuenta en las diferentes complicaciones obstétricas, según COE, San José de Bocay 2012.

| Complicaciones/medidas | Proporción (n=15) |
|---|------------------------------|
| Amenaza de parto pretérmino | |
| Reposo absoluto | 15/15 |
| Identificar y tratar la causa | 12/15 |
| Trasladar a nivel de mayor resolución | 15/15 |
| Rotura prematura de membranas (RPM) sin trabajo de parto | |
| Reposo absoluto | 15/15 |
| Restricción de tactos vaginales | 14/15 |
| RPM con trabajo de parto y embarazo menor de 37 semanas | |
| Atención del parto | 15/15 |
| Rotura prematura de membranas con tiempo >12 horas | |
| Traslado al hospital | 15/15 |
| Restricción de tactos vaginales | 13/15 |
| Preeclampsia Moderada | |
| Brindar recomendaciones | 15/15 |
| Seguimiento en el centro de salud | 15/15 |
| Preeclampsia grave | |
| Trasladar a nivel de mayor resolución | 15/15 |
| Eclampsia | |
| Trasladar a nivel de mayor resolución | 15/15 |
| Instalar sonda Foley | 15/15 |
| Administrar oxígeno | 13/15 |
| Hemorragia postparto | |
| Buscar la causa de la hemorragia y valorar traslado | 15/15 |
| Retención placentaria | |
| Realizar extracción manual, legrado instrumental | 15/15 |
| Valorar traslado, según sintomatología | 11/15 |

2.4 Otras medidas que mencionaron, según la complicación presentada.

La mayoría de los médicos y enfermeras tienen conocimiento de las medidas a seguir para las diferentes complicaciones obstétricas, según COE, solo cuatro recursos no mencionaron valorar traslado, según sintomatología en los casos de retención placentaria (cuadro 3).

2.5 Autoevaluación en cuanto a capacidad para desarrollar procedimientos contemplados por las normas.

Cuando se les pidió a médicos y enfermeras que hicieran una autoevaluación de sus capacidad para efectuar determinados procedimientos requeridos para el cumplimiento de las normas, la instalación de una bránula y la determinación de la frecuencia de las contracciones uterinas obtuvieron los puntajes más bajos, que correspondieron a médicos en servicio social (cuadro 4).

Cuadro 4: Valor mínimo, mediana y valor máximo de las valoraciones que hacen médicos y enfermeras de sus propias habilidades para desarrollar determinados procedimientos necesarios en la atención de mujeres con complicaciones obstétricas, usando una escala de 0 a 100. San José de Bocay. 2012.

| Procedimientos | Mínimo | Mediana | Máximo |
|---|---------------|----------------|---------------|
| Venopunción | 80 | 90 | 100 |
| Instalar bránula # 16 | 70 | 75 | 100 |
| Instalar sonda uretral | 100 | 100 | 100 |
| Determinar frecuencia cardíaca fetal | 100 | 100 | 100 |
| Determinar frecuencia de contracciones uterinas | 75 | 85 | 100 |
| Dilatación cervical | 80 | 90 | 100 |

2.6 Accesibilidad a las normas

La gran mayoría de los médicos y enfermeras expresaron que les resulta fácil o muy fácil acceder a las Normas y Protocolos de atención a las complicaciones obstétricas (cuadro 5).

Cuadro 5: Distribución de médicos y enfermeras según sus valoraciones sobre su accesibilidad a las Normas y Protocolos para las Complicaciones Obstétricas. San José de Bocay 2012.

| Valoraciones | Número |
|---------------------|---------------|
| Muy fácil | 8 |
| Fácil | 6 |
| Más o menos | 1 |
| Total | 15 |

2.7 Valoración del aprendizaje sobre COE obtenido en sus carreras

La mayoría de los médicos y enfermeras consideraron que el aprendizaje obtenido durante sus carreras había sido bueno, las que dijeron que fue regular corresponden a enfermeras obstetras (cuadro 6).

Cuadro 6: Distribución de médicos y enfermeras según sus valoraciones sobre el aprendizaje obtenido sobre complicaciones obstétricas durante su carrera San José de Bocay 2012.

| Valoraciones | Número |
|---------------------|---------------|
| Bueno | 13 |
| Regular | 2 |
| Total | 15 |

2.8 Recomendaciones de médicos y enfermeras a sus Facultades o escuelas:

Al pedir a médicos y enfermeras sus recomendaciones para sus escuelas, manifestaron lo siguiente:

- “Impartir temas sobre las complicaciones obstétricas”. Médico en servicio social.
- “Brindar más actualizaciones sobre el tema”. Médico en servicio social.
- “Dar capacitaciones sobre normas y protocolos del MINSA”. Médico en servicio social.
- “Brindar capacitaciones prácticas sobre complicaciones”. Médico en servicio social.
- “Abordar este tema más a fondo porque es muy importante”. Médico en servicio social.
- “Coordinar la realización de prácticas en hospital mayor tiempo”. (2/15) Médicos en servicio social.
- “Enseñar más sobre este problema”. (2/15) Médicos en servicio social.
- “Enseñar habilidades básicas sobre la atención de complicaciones obstétricas”. Médico en servicio social.
- “Capacitar a los estudiantes sobre este tema ya que es importante y así reducir la mortalidad materna”. Médico general.
- “Profundizar más sobre el tema”. Enfermera obstetra.
- “Brindar actualizaciones”. (3/15) Médico general y 2 enfermeras obstetras.

2.9 Aprendizaje sobre COE obtenido durante la prestación de servicios.

La totalidad de los médicos y enfermeras perciben que han aprendido sobre COE mientras han estado prestando servicios a la población (cuadro 7).

Cuadro 7: Distribución de médicos y enfermeras según sus valoraciones sobre el aprendizaje obtenido sobre complicaciones obstétricas durante su prestación de servicios San José de Bocay 2012.

| Valoraciones | Número |
|---------------------|---------------|
| Muy bueno | 4 |
| Bueno | 11 |
| Total | 15 |

2.10 Recomendaciones al Ministerio de Salud relativas a la capacitación.

Al pedirles a médicos y enfermeras que emitieran sus recomendaciones para el ministerio de salud, manifestaron lo siguiente:

- “Realizar capacitaciones con mayor frecuencia abordando las actualizaciones sobre este tema”. Médico en servicio social.
- “Capacitar al personal de salud en protocolos y manejo”. Médico en servicio social.
- “Capacitar periódicamente”. Médico en servicio social.
- “Realizar actualizaciones lo más pronto posible”. Enfermera obstetra.
- “Seguir dando capacitación”. Médico en servicio social.
- “Actualizar al personal más a menudo”. Enfermera obstetra.
- “Realizar capacitaciones más seguidas”. Médico en servicio social.
- “Actualizaciones en tiempo y forma”. Médico en servicio social.
- “Capacitaciones teórico prácticas”. Médico en servicio social.
- “Realizar capacitaciones prácticas en el hospital”. Médico general.
- “Facilitar a cada recurso con el libro de normas”. Médico general.
- “Visita continua a las unidades de salud para supervisión de expedientes”. Médico en servicio social.
- “Capacitación continua”. Médico en servicio social.
- “Las capacitaciones deberían ser cada 2 meses”. Médico en servicio social.
- “Las capacitaciones deberían ser más dinámicas”. Enfermera obstetra.

3. Información obtenida mediante la revisión de expedientes de las diferentes complicaciones obstétricas.

3.1 Manejo de pacientes con Parto Pretérmino (n=13)

En los 13 pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino se cumplió la norma de instalar una bránula #16.

En las 13 pacientes se usó Dexametasona, en 9, con esquema completo y 4 con esquema incompleto. La razón para que estas cuatro pacientes no hayan recibido el esquema completo en el centro de salud es que fueron trasladadas de urgencia al hospital.

De manera similar, todas 13 pacientes recibieron Nifedipina como tocolítico, en 10 con esquema completo y en 3 pacientes el esquema fue incompleto, estas últimas debido a la misma razón: fueron trasladadas al hospital. Ninguna de las pacientes recibió Ritodrine en el tratamiento de la APP.

Fueron trasladadas al hospital 4 pacientes en las primeras 24 horas, por aumento de las contracciones y embarazo menor de 34 semanas; 6 pacientes fueron trasladadas después de 24 horas, por presentar mejoría al inicio, pero posteriormente incrementaron las contracciones. 3 pacientes no fueron trasladadas, ya que presentaron evolución satisfactoria.

En cuanto a su evolución, 11 de las pacientes no tuvieron parto pretérmino; en las otras 2, este no se pudo evitar.

3.2 Manejo de pacientes con rotura prematura de membranas (n=15)

En 14 de los 15 pacientes que presentaron rotura prematura de membrana se cumplió la norma de instalar una bránula #16; en 1 no aparece registrado en el expediente su instalación. En las 15 pacientes se cumplió la norma de restricción de tactos vaginales.

En cuanto a fármacos utilizados, en 4 casos de rotura prematura de membrana en pacientes con menos de 35 semanas de gestación se usó Dexametasona con esquema completo; otros 4 casos con igual edad de gestación ya habían recibido este fármaco, por presentar otras patologías. En 2 casos se utilizó Eritromicina por presentar RPM sin trabajo de parto. Se administró Penicilina Cristalina en RPM menor de 37 semanas con trabajo de parto en 1 caso, y se utilizó Ampicilina en 8 casos. En todos los casos estos fármacos se indicaron según normas del MINSA. No se administró Clindamicina en ningún caso. En los cuatro casos que tenían RPM de más de 12 horas se administró Penicilina Cristalina, pero en tres casos con los intervalos acordes a las normas, y en 1 caso con una frecuencia menor; en las cuatro se usó también Gentamicina, acorde a lo establecido en las normas del MINSA.

Fueron trasladadas al hospital 12 pacientes, 8 en las primeras 24 horas, por presentar riesgo de sepsis, y 4 después de 24 horas, luego de que fueron valoradas y aprovechando el traslado de casos más graves. Las restantes 3 pacientes tuvieron su parto en el centro de salud.

En cuanto a la evolución de las pacientes, ocurrieron 12 partos sin ningún tipo de complicaciones; no se dispone información para 3 pacientes que fueron trasladadas al hospital y que a su egreso se fueron directamente a sus casas.

3.3 Manejo de Preeclampsia Moderada (n=12)

En las 12 pacientes que se presentaron con preeclampsia moderada se cumplieron todos los procedimientos normados, como se puede ver en el cuadro 8. En ninguno de los casos de preeclampsia moderada se hizo uso de fármacos anticonvulsivantes, antihipertensivo, sedantes o tranquilizantes, por lo que sólo se utilizaron recomendaciones generales. Además, 1 de las pacientes recibió

Dexametasona con esquema completo y 11 pacientes no ameritaron el uso de Dexametasona, por presentar un embarazo mayor de 37 semanas de gestación.

En ninguna de los expedientes de estas 12 pacientes se encontró registro de que se haya indicado finalizar el embarazo a las 37 semanas de gestación, a como lo señalan las normas.

Fueron trasladadas al hospital 4 pacientes después de 24 horas de estar en observación, luego que las cifras tensionales no evolucionaron satisfactoriamente, como sí lo hicieron las restantes 8 pacientes.

Cuadro 8: Proporción de pacientes con preeclampsia moderada en quienes la actuación médica fue acorde a las normas. San José de Bocay. 2012.

| Actuación | Proporción de cumplimiento (n= 12) |
|--|---|
| Indicación de reposo en cama | 12/12 |
| Indicación de dieta hiperproteica-normosódica y aumento de ingesta de líquidos | 12/12 |
| Orientación sobre signos de peligro | 12/12 |
| Indicación de USG para valorar bienestar fetal | 12/12 |

3.4 Manejo de la Preeclampsia Grave (n=6)

En las seis pacientes que se presentaron con preeclampsia grave se cumplieron todos los procedimientos normados, como se puede ver en el cuadro 9. En los seis casos el fármaco utilizado fue el Sulfato de Magnesio, en esquema Zuspan. Todas las pacientes fueron trasladadas al hospital en las primeras 24 horas. De ellas, 4 fueron trasladadas en condiciones estables y 2 en estado delicado.

Cuadro 9: Proporción de pacientes con preeclampsia grave en quienes la actuación médica fue acorde a las normas. San José de Bocay. 2012.

| Procedimientos normados | Proporción de cumplimiento (n= 6) |
|--|--|
| Instalación de venoclisis con bránula # 16 | 6/6 |
| Toma diaria del peso | 6/6 |
| Medición de ingeridos y eliminados | 6/6 |
| Toma de signos vitales | 6/6 |
| Reflejos osteotendinosos | 6/6 |
| Indicación de USG para valorar bienestar fetal | 6/6 |

3.5 Manejo de la Eclampsia (n=2)

En las 2 pacientes que se presentaron con eclampsia se cumplieron todos los procedimientos normados, como se puede ver en el cuadro 10. En los dos casos el fármaco utilizado fue el Sulfato de Magnesio, en esquema Zuspan, en ninguno de los casos se utilizó la Hidralacina, Labetalol o Nifedipina.

Todas las pacientes fueron trasladadas al hospital en las primeras 24 horas. Las 2 se trasladaron en estado delicado.

Cuadro 10: Proporción de pacientes con eclampsia en quienes la actuación médica fue acorde a las normas. San José de Bocay. 2012.

| Actuación | Proporción de cumplimiento (n= 2) |
|--|--|
| Instalación de venoclisis con bránula # 16 | 2/2 |
| Instalación de sonda vesical # 18 | 2/2 |
| Medición de ingeridos y eliminados | 2/2 |
| Indicación de toma de signos vitales cada hora | 2/2 |
| Indicación Reflejos osteotendinosos | 2/2 |
| Indicación de Frecuencia cardiaca fetal cada hora | 2/2 |
| Indicación de mantener vías aéreas permeables y auscultar bases pulmonares | 2/2 |
| Indicación de administrar oxígeno a 4 litros por min | 2/2 |

3.6 Manejo de Hemorragia Postparto (n=4)

En las 4 pacientes que se presentaron con hemorragia postparto se cumplieron todos los procedimientos normados, como se puede ver en el cuadro 11. Todas recibieron Hartman, pero sólo 1 lo recibió con el goteo estipulado por las normas, mientras que los otros 3 se les administró a goteo abierto. En las 4 pacientes se usó Oxitocina, a como lo indican las normas del MINSA. 3 de las pacientes en estado delicado fueron trasladadas al hospital en las primeras 24 horas; la otra evolucionó satisfactoriamente en el centro de salud.

Cuadro 11: Proporción de pacientes con hemorragia postparto en quienes la actuación médica fue acorde a las normas. San José de Bocay. 2012.

| Actuación | Proporción de cumplimiento (n= 4) |
|---|--|
| Instalación de venoclisis con bránula # 16 | 4/4 |
| Indicación de masaje uterino externo | 4/4 |
| Indicación de hematocrito y hemoglobina | 4/4 |
| Indicación de signos vitales, estado de shock y magnitud del sangrado | 4/4 |

3.7 Manejo de Retención Placentaria (n=8)

De los 8 casos de retención placentaria, sólo en 7 pacientes se cumplieron todos los procedimientos normados. En 1, el expediente no tiene registrado extracción manual de la placenta, como se puede ver en el cuadro 12. En todos los casos se cumplió con las normas en cuanto a aplicación de oxitocina y solución salina al 0.9 %. En 6 de las pacientes se indicó legrado uterino digital o instrumental; en las otras 2 pacientes no había información al respecto en el expediente. Fueron trasladadas al hospital 5 pacientes en las primeras 24 horas, mientras que las otras 3 evolucionaron de manera satisfactoria en el centro de salud. De las 5 pacientes trasladadas, en 4 no se les pudo extraer la placenta, pero iban en condición estable; la otra, aunque se le extrajo la placenta, iba en estado delicada.

Cuadro 12: Proporción de pacientes con retención placentaria en quienes la actuación médica fue acorde a las normas. San José de Bocay. 2012.

| Actuación | Proporción de cumplimiento (n= 8) |
|---|--|
| Instalación de venoclisis con bránula # 16 | 8/8 |
| Indicación de estimar cantidad de sangre pérdida | 8/8 |
| Indicación de maniobra de Credé | 8/8 |
| Indicación de realizar extracción manual de la placenta | 7/8 |

4. Resultados obtenidos mediante la guía de entrevista al director del Centro de salud y al jefe de enfermería, del centro de salud Ambrosio Mogorron, Bocay.

4.1 ¿Cómo valora la calidad de atención que ofrece este centro de salud a las mujeres que presentan complicaciones obstétricas?

Tomando estas consideraciones, podemos decir, que nuestro personal está entrenado en la atención de las complicaciones obstétricas, ya que han sido capacitados, y además, contamos con normas y protocolos en todas nuestras unidades de salud. Sin embargo, cuando aplicamos las listas de chequeo, hemos observado fallas en el cumplimiento de las normas, lo atribuyo a la inexperiencia y al temor, ya que una emergencia obstétrica representa una potencial muerte materna, y entonces se piensa: "Entre más rápido traslademos a la paciente es mejor, y obviamos algunos puntos de las normas, o bien lo cumplimos y no se refleja en la hoja de referencia. Si le pudiéramos medir diría que se cumple en un 65 % en promedio".

(Director)

En mi opinión la calidad de la atención es buena ya que se resuelven adecuadamente las complicaciones que llegan a este centro. (Jefe de enfermería)

4.2 ¿En qué medida cuenta con personal suficiente y capacitado para el manejo de las complicaciones obstétricas?

Es un hecho que se requiere mayor personal capacitado y con experiencia. Mencionaba que solo tenemos 1 médico general y un médico integral, es decir, nuestra mano de obra, es en pocas palabras, con poca experiencia. (Director)

Aunque la mayor parte de los médicos son servicio social han adquirido las suficientes destrezas para resolver las complicaciones obstétricas, además que el personal de enfermería tiene mucha experiencia y las enfermeras obstetras tienen mucho conocimiento sobre las complicaciones obstétricas. (Jefe de enfermería)

4.3 ¿Cómo valora los recursos materiales disponibles para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones obstétricas? ¿Cómo está el abastecimiento de medicinas y materiales?

Valoro la disponibilidad de recursos como adecuados, en algunos momentos se presentan crisis, pero luego son superadas, por ejemplo: hemos tenido desabastecimiento de cintas de uroanálisis. En relación a las medicinas, existe un problema administrativo en las programaciones, pero esto, no es un obstáculo para la adquisición de los insumos médicos y no médicos, siempre se garantizan y son de primera prioridad los insumos ligados a la atención de las complicaciones obstétricas. (Director)

Los medicamentos son suficientes para cubrir las distintas complicaciones, en ninguna ocasión han faltado, lo único es que el laboratorio a veces le faltan reactivos para realizar algunos exámenes importantes. (Jefe de enfermería)

4.4 ¿Cuáles son los principales problemas que se presentan en la atención de las complicaciones obstétricas?

La dispersión de la población de nuestro municipio, la densidad de población es de 12 habitantes x km², esto sumado a lo extenso de nuestro territorio (3500 km²), dificulta el acceso a las unidades de salud. Además, se debe considerar el nivel cultural y el analfabetismo. Nuestro COE, se presentan en un 80 %, en el domicilio, el reconocimiento de los signos de peligro de forma tardía, sumado a la distancia, complica aún más la atención de las COE. (Director)

Distancia, poco personal, falta de medios diagnósticos y falta de especialista. (Jefe de enfermería)

4.5 ¿Qué falta por hacer para continuar mejorando la calidad de la atención a las pacientes con complicaciones obstétricas?

Mano de obra calificada, recurso humano disponible y mejoramiento de los ambientes para mejorar la atención de las pacientes. Además, no podemos obviar el factor capacitación. (Director)

Mucho. Primero, que nos prioricen con un hospital primario equipado con medios diagnósticos, especialistas y más personal para resolver de manera eficaz las complicaciones. (Jefe de enfermería)

5. Resultados obtenidos mediante la guía de entrevista a la responsable de insumos médicos del Centro de salud Ambrosio Mogorron, Bocay.

¿Cómo valora el abastecimiento de de este centro de salud en cuanto a los siguientes medicamentos?: Nifedipina, Ampicilina, Gluconato de calcio, Penicilina cristalina, Metronidazol, Ceftriaxone, Oxitocina, Hidralazina, Sulfato de magnesio, Dexametasona ¿Alcanzan para todo el mes? ¿En los últimos 12 meses alguno ha estado en cero? ¿Cuál ha estado en cero?

Este centro se encuentra bien abastecido de dichos medicamentos durante todo el mes excepto la Ritodrine que en ningún momento se le ha entregado a la responsable de insumos médicos por que no hay disponible en el SILAIS, Jinotega, el resto de los medicamentos en ningún momento ha estado en cero durante los últimos 12 meses.

6. Resultados obtenidos mediante entrevista de salida a pacientes o familiares atendidos por complicaciones obstétricas en el centro de salud Ambrosio Mogorron, Bocay.

6.1 Atención recibida

La mayoría de los pacientes o familiares consideraron buena la atención recibida (cuadro 13).

Cuadro 13: Distribución porcentual de pacientes según sus valoraciones sobre la atención recibida. San José de Bocay, 2012.

| Valoraciones | % (n=60) |
|---------------------|-----------------|
| Muy buena | 23.3 |
| Buena | 48.4 |
| Regular | 23.3 |
| Mala | 3.3 |
| Muy mala | 1.7 |
| Total | 100.0 |

La mayoría de los pacientes consideraron así la atención del personal por que:

- El personal los trato muy bien (33/60) Pacientes o familiares.
- Se preocuparon por ellos (18/60) Pacientes o familiares.
- Los atendieron con rapidez (9/60) Pacientes o familiares.

6.2 Tiempo de espera

La mayoría de los pacientes o familiares consideraron que fueron atendidos de inmediato (cuadro 14).

Cuadro 14: Distribución porcentual de pacientes según sus valoraciones sobre el tiempo que tuvo que esperar para ser atendida. San José de Bocay, 2012.

| Valoraciones | % (n=60) |
|----------------------------|-----------------|
| Atendida de inmediato | 43.3 |
| Tuvo que esperar un poco | 28.4 |
| Tuvo que esperar bastante | 15.0 |
| Tuvo que esperar demasiado | 13.3 |
| Total | 100.0 |

6.3 Trato recibido por parte del personal

Gran parte de los pacientes y familiares considero que el trato recibido por parte del personal fue amable (cuadro 15).

Cuadro 15: Distribución porcentual de pacientes según sus valoraciones sobre el trato recibido por parte del personal. San José de Bocay, 2012.

| Valoraciones | % (n=60) |
|------------------------------|-----------------|
| Muy amable | 38.3 |
| Amable | 48.4 |
| Medio amable y medio grosero | 10.0 |
| Grosero | 3.3 |
| Total | 100.0 |

6.4 Explicación recibida sobre su problema

El mayor porcentaje de pacientes y familiares dijo que la explicación sobre su problema estuvo bien (cuadro 16).

Cuadro 16: Distribución porcentual de pacientes según sus valoraciones sobre explicación recibida sobre el problema que presentó. San José de Bocay, 2012.

| Valoraciones | % (n=60) |
|---------------------|-----------------|
| Muy bien | 33.3 |
| Bien | 40.0 |
| Regular | 18.4 |
| Mal | 8.3 |
| Total | 100.0 |

6.5 Comodidad de los pacientes

El mayor porcentaje de pacientes y familiares no se sintió tan cómodo (cuadro17).

Cuadro 17: Distribución porcentual de pacientes según sus valoraciones sobre la comodidad que tuvo. San José de Bocay, 2012.

| Valoraciones | % (n=60) |
|---------------------|-----------------|
| No tan cómoda | 75 |
| Bien cómoda | 15 |
| Algo cómoda | 10 |
| Total | 100 |

6.6 Consentimiento sobre los procedimientos

La mayor parte de pacientes y familiares expresaron que si se les solicitó consentimiento sobre procedimientos (cuadro 18).

Cuadro 18: Distribución porcentual de pacientes según si les solicitó consentimiento para los procedimientos realizados. San José de Bocay, 2012.

| Solicitud de consentimiento | % (n=60) |
|------------------------------------|-----------------|
| Si | 71.7 |
| No | 28.3 |
| Total | 100.0 |

6.7 Características del servicio que agradaron

Gran parte de pacientes y familiares mencionaron que dentro de las características que más le gustaron fueron rapidez, preocupación y amabilidad (cuadro 19).

Cuadro 19: Porcentaje de pacientes que mencionaron determinadas características del servicio que les habían resultado de su agrado. San José de Bocay, 2012.

| Características del Servicio | % (n=60) |
|-------------------------------------|-----------------|
| Rapidez y preocupación | 70.5 |
| Amabilidad | 68.3 |
| Instalaciones | 51.0 |
| Preocupación y amabilidad | 45.0 |
| Limpieza | 40.3 |

6.8 Características del servicio que menos agradaron

Gran parte de pacientes y familiares mencionaron que dentro de las características que menos le gustaron estaban las comidas y las camas (cuadro 20).

Cuadro 20: Porcentaje de pacientes que mencionaron determinadas características del servicio que les habían resultado desagradables. San José de Bocay, 2012.

| Características del Servicio | % (n=60) |
|-------------------------------------|-----------------|
| Comidas | 80.0 |
| Camas | 64.5 |
| Hacinamiento | 50.0 |
| Comidas y las camas | 30.6 |

Se les preguntó a los pacientes que recomendaciones le brindaba al personal de salud, los cuales respondieron lo siguiente:

- Ninguna. (21/60) Pacientes o familiares.
- Seguir así. (8/60) Pacientes o familiares.
- Seguir trabajando así. (7/60) Pacientes o familiares.
- Seguir igual. (4/60) Pacientes o familiares.
- Mejorar en la rapidez. (4/60) Pacientes o familiares.
- Ser más rápido. (3/60) Pacientes o familiares.
- Que trabajen igual. (2/60) Pacientes o familiares.
- Al director que cambie a todos. (1/60) Pacientes o familiares.
- Mejorar sus modos. (1/60) Pacientes o familiares.
- Mejorar un poquito sus modos. (1/60) Pacientes o familiares.
- Mejorar mucho. (1/60) Pacientes o familiares.
- Siga siendo así. (1/60) Pacientes o familiares.
- Que haya más personas. (1/60) Pacientes o familiares.
- Mejorar la atención. (1/60) Pacientes o familiares.
- Mejorar las actitudes de algunas personas. (1/60) Pacientes o familiares.
- Nada. (3/60) Pacientes o familiares.

Discusión de los resultados

Valoración de los recursos humanos y materiales disponibles para la atención de las principales complicaciones obstétricas.

En cantidad, los recursos humanos son suficientes, aunque el 83.3% de los recursos son médicos en servicio social tienen suficiente conocimiento de las normas ya que respondieron correctamente las preguntas abiertas con un 94.6% como podemos observar en el cuadro N° 2 y 3, pero tienen problemas en destrezas como instalación de bránula y la toma de actividad uterina, además refieren que necesitan mayor capacitación en temas de complicaciones obstétricas.

La infraestructura se encuentra en adecuadas condiciones, pero los ambientes son pequeños, lo que afecta la privacidad. Se cuenta con servicios de agua y energía eléctrica, pero con fallas relativamente frecuentes.

Relativamente, el centro de salud está bien equipado, pues cuenta con equipo de ultrasonido y doppler, además de estetoscopios y tensiómetros, todo en buen estado, como se pudo constatar mediante observación.

De vez en cuando hay problemas con el laboratorio, por faltas de reactivos.

En cuanto a facilidades de transporte, aunque hay tres ambulancias en el Municipio, una se encuentra en mal estado, según se pudo determinar mediante observación y por las entrevistas al director y jefa de enfermería.

En relación a comunicación, el centro de salud no cuenta con teléfono propio, y el radio, aunque en sí está en buen estado, se escucha con dificultad porque la antena es pequeña. Hay internet y correo electrónico, pero trabajan con mucha lentitud.

El abastecimiento de materiales y medicamentos es satisfactorio, excepto con la Ritodrine, que nunca se ha recibido, pero existen otros medicamentos con la misma o mejor efectividad.

Análisis del grado de cumplimiento de las normas de atención de las principales complicaciones obstétricas.

En 38 de los 60 expedientes revisados (63%) se encontró un cumplimiento total de las Normas y Protocolos del MINSA. Cuando se consideran por individualmente las diferentes actuaciones en cuando a diagnóstico y manejo de las complicaciones obstétricas, el porcentaje de cumplimiento es bastante alto. En algunos casos, el traslado de las pacientes al hospital fue el motivo para que no se completaran los esquemas previstos. En otros casos, más que una verdadera falla en el cumplimiento de las normas, lo que hubo fue una omisión en el registro de la actividad realizada.

Los principales problemas observados fueron los siguientes:

- **Preeclampsia moderada:** En ninguno de las 12 pacientes con esta condición se cumplió con indicarles la necesidad de finalizar el embarazo a las 37 semanas de gestación.

- **Retención placentaria:** En 2 de 8 expedientes de pacientes con esta patología no se encontró indicación de extracción manual de la placenta, como lo señalan las normas.

Descripción de los resultados obtenidos con la atención.

Podemos decir que los resultados obtenidos con la atención son buenos debido, a que hay registro de la evolución de pacientes como es el caso de las pacientes con amenaza de parto pretérmino de las cuales de los 13 pacientes en 11 se les controló su complicación las otras 2 tuvieron su parto, en los casos de rotura prematura de membranas de los 15 casos ocurrieron 12 partos las otras 3 pacientes no se tiene información porque se trasladaron y no acudieron al centro de salud posteriormente, en el resto de los casos no hay información por falta de información de parte del hospital.

Grado de satisfacción de las usuarias con la atención recibida.

Según la información obtenida a través de la entrevista de salida, en general, las usuarias están satisfechas con la atención recibida. Perciben buen trato del personal, por que las atendieron de inmediato; les explicaron sobre su situación y les pidieron permiso para realizarles procedimientos. Sin embargo, se quejaron del hacinamiento, las camas y la comida.

Conclusión

Consideramos que la calidad de atención en San José de Bocay es **buena** porque el personal es calificado ya que demostró tener un conocimiento de 94.6% pero tienen dificultades en destrezas como instalación de bránula y determinar la frecuencia de contracciones uterinas, además refieren que necesitan capacitación; se encuentra bien abastecido de medicamentos y materiales que se utilizan en el manejo de las diferentes complicaciones obstétricas; cuenta con adecuada infraestructura, pero con ambientes pequeños que afectan la privacidad de los pacientes; disponen de tres ambulancias pero una se encuentra en mal estado; el servicio de agua y energía eléctrica fallan ocasionalmente; hay radio pero necesita de una antena mas grande para mejorar la señal; también hay servicio de internet pero es muy lenta; los pacientes y familiares quedaron satisfechos con la atención recibida y se debe mejorar el hacinamiento y la comida; es por todo esto que la calidad de la atención de las principales complicaciones obstétricas es buena pero no excelente.

Algunos datos importantes de esta investigación:

- En general los recursos tienen conocimiento de los criterios, acciones, medidas y fármacos a utilizar para cada una de las diferentes complicaciones obstétricas.
- Los recursos también muestran debilidades en prácticas como instalar bránula y determinar contracciones uterinas, además consideran muy fácil la accesibilidad a las normas y consideran bueno el aprendizaje sobre complicaciones obstétricas obtenido en sus escuelas y durante la prestación de servicios.
- La responsable de insumos médicos refirió que no hay problemas con el abastecimiento mensual, solo con Ritodrine.

Recomendaciones

A las autoridades del Centro de Salud de Bocay gestionar la reparación de la ambulancia dañada; una antena más grande para el radio; mejorar la comida; la habilitación de camas y orientar a los recursos para que registren adecuadamente la información en los expedientes.

A las escuelas formadoras impartir más clases prácticas para que los estudiantes adquieran destrezas y habilidades para realizar determinados procedimientos.

A las autoridades del Ministerio de Salud priorizar la construcción de un hospital primario, realizar capacitaciones teórico prácticas de todos los recursos en los hospitales, evaluación de expedientes periódicamente.

Bibliografía:

1. Ministerio de Salud. Marco de planificación para pueblos indígenas y comunidades étnicas para el proyecto de mejora del sector salud. Managua, Nicaragua: MINSAL; Enero 2011.
2. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de competencias en la atención del embarazo, parto y postparto, Recién Nacido y sus complicaciones. Managua, Nicaragua: OMS, OPS; Junio 2006.
3. Plan Nacional de Desarrollo Humano. Managua, Nicaragua: Octubre 2008.
4. Ayabaca P, Harvey S A, Edson W N, Burkhalter B, Antonakos C, Hermida J, et al; Estudios de maternidad segura; Ecuador Marzo 2004
5. Wong Y C, Urbina Tellez L M, Bowser D. Evaluación de competencias del personal médico y de enfermería que brinda atención del embarazo, parto, puerperio, recién nacido y sus complicaciones en cinco SILAIS de Nicaragua, *Comparativo 2005 y 2010* ; Septiembre 2011
6. USAID, Engender Health & Mailman School of Public Health, Columbia University. Mejoramiento de la calidad para la atención obstétrica de emergencia. New York, USA; 2005.
7. Ministerio de Salud. Protocolo para el abordaje de las Patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico. Managua, Septiembre: MINSAL; 2011.
8. González M, Lailla VJ, Fabre González JM. Obstetricia. 5 ed. Barcelona, España: Masson; 2006.
9. Facultad de Medicina Departamento de Ginecología y Obstetricia. Prevención de Hemorragia Postparto Universidad de Cartagena. Colombia: Noviembre 2009.
10. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. 3 ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1999.
11. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia 6 ed. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo; 2004.
12. Ministerio de Salud. Normas y Protocolos para las Complicaciones Obstétricas. Managua, Nicaragua; 2006
13. ACOG. Practice bulletin N° 33. Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. 2002.

14. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Grupo ENE; 2007.
15. Uranga I, Uranga FA. Obstetricia. 5 ed. Buenos Aires, Argentina: Intermédica; 1979.
16. Tober B, traducción Lorezo I. Urgencias en Obstetricia y Ginecoobstetricia Buenos Aires, Argentina:edit. Médica Panamericana; 1984.
17. Caplan RM, traducción Pérez Calderón LJ. Fundamentos de Obstetricia. México: Limusa; 1987.
18. Zighelboin I, Guariglia D. Clínica Obstétrica. 2 ed. Caracas, Venezuela: edit. Disinlimed; 2007.
19. Cunnighan FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Westrom KD. Williams Obstetrics. 22 ed. edit. Mc Graw Hill; México 2005.
20. Fortner KB, Symanski LM, Fox HE, Wallach EE. The Jhon Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. 3 ed. Maryland, Baltimore: edit. Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
21. Pernoll, Martin L. Handbook of Obstetrics and Gynecology. 10 ed. Mc Graw Hill;2001.
22. Ministerio de Salud. Norma del Sistema de Información Perinatal en Nicaragua. Managua; 2011.
23. Sakala EP, Pelnaver M. Obstetrics and Gynecology. Miami, Florida: edit. Kalan Medical; 2002
24. Ministerio de Salud. Atención Integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).3 ed. Managua; 2008.
25. Ministerio de Salud. Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal. 2 ed. Managua, Nicaragua; 2009.

Anexo 1: Guía de observación

1. Infraestructura (estado, espacio, iluminación, ventilación, privacidad, limpieza, disponibilidad de agua y energía eléctrica)
2. Equipamiento para diagnóstico y tratamiento, incluyendo facilidades de laboratorio.
3. Mobiliario
4. Ambulancias y otros medios de transporte (número, estado, disponibilidad)
5. Medios de telecomunicación (teléfono, radio, correo electrónico)

6. Materiales y medicamentos

| Materiales y medicamentos | Cantidad existente | Observaciones |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------|
| Bránula n° 16 | | |
| Guía de suero | | |
| Sonda Foley N°18 | | |
| Gluconato de Calcio al 10% | | |
| Ampicilina 1 gr. | | |
| Penicilina Cristalina 1 millón | | |
| Metronidazol 500mg | | |
| Ceftriaxone 1gr | | |
| Oxitocina 5UI/1ml | | |
| Hidralazina 5mg/1ml | | |
| Nifedipina 20mg | | |
| Sulfato de Magnesio 1gr/10ml | | |
| Dexametasona 4mg/1ml | | |
| Solución salina 0.9% | | |
| Dextrosa 5% | | |
| Hartman | | |
| Ritodrine 50 mg | | |

Otros:

Anexo2

Cuestionario a médicos y enfermeras obstetras

Nuestra tesis consiste en evaluar la calidad de atención a las complicaciones obstétricas, que esperamos que contribuya al mejoramiento continuo de la misma. Un aspecto a evaluar es la competencia de médicos y enfermeras obstetras para tal fin. Mucho le agradeceríamos su participación en el estudio, contestando el siguiente cuestionario, que es anónimo.

1. Ficha: _____
2. Su edad: _____
3. Sexo: Femenino __ (1) Masculino __ (2)
4. Usted es: Egresado de la carrera de Medicina, en servicio social __ (1); Médico graduado __ (2); Enfermera obstetra __ (4)

5. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de amenaza de parto pretérmino?

6. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de una ruptura prematura de membranas?

7. ¿Cuáles son los criterios para diferenciar una pre-eclampsia moderada de una pre-eclampsia grave?

8. Por favor, anote los medicamentos que señalan las normas para la atención de una embarazada con amenaza de parto pretérmino

| Medicamentos | Dosis | Intervalos y duración |
|---------------------|--------------|------------------------------|
| | | |
| | | |

9. Otras medidas o acciones señaladas por las normas, en caso de amenaza de parto pretérmino:

10. Por favor, anote medicamentos que indican las normas para una ruptura prematura de membranas (RPM) sin trabajo de parto.

| Medicamentos | Dosis | Intervalos y duración |
|---------------------|--------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

11. Otras medidas o acciones que indican las normas en la condición antes señalada:

12. Por favor, anote medicamentos que indican las normas para ruptura prematura de membranas con trabajo de parto y con embarazo menor de 37 semanas de gestación.

| Medicamentos | Dosis | Intervalos y duración |
|---------------------|--------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

13. Otras medidas o acciones que indican las normas en las condición antes señalada:

14. Por favor, anote medicamentos que indican las normas para rotura prematura de membranas con tiempo de evolución mayor de 12 horas.

| Medicamentos | Dosis | Intervalos y duración |
|---------------------|--------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

15. Otras medidas o acciones que indican las normas en las condición antes señalada:

16. Por favor, anote medicamentos que indican las normas para Pre-eclampsia moderada

| Medicamentos | Dosis | Intervalos y duración |
|---------------------|--------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

17. Otras medidas o acciones que indican las normas en las condición antes señalada

18. Por favor, anote medicamentos que indican las normas para pre-eclampsia grave y eclampsia

| Medicamentos | Dosis | Intervalos y duración |
|---------------------|--------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

19. Otras medidas o acciones que indican las normas en las condiciones antes señaladas:

20. Por favor, anote medicamentos que indican las normas para hemorragia postparto

| Medicamentos | Dosis | Intervalos y duración |
|---------------------|--------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

21. Otras medidas o acciones que indican las normas en las condiciones antes señaladas

22. Por favor, anote medicamentos que indican las normas para Retención placentaria

| Medicamentos | Dosis | Intervalos y duración |
|--------------|-------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

23. Otras medidas o acciones que indican las normas en las condiciones antes señaladas.

24. Usando una escala de 0 a 100, ¿cómo valora su habilidad o destreza para realizar los siguientes procedimientos, necesarios en la atención de las complicaciones obstétricas?

| Procedimientos | Puntaje |
|---|---------|
| Venopunción | |
| Instalar una bránula # 16 | |
| Instalar una sonda uretral | |
| Determinar frecuencia cardíaca fetal | |
| Determinar frecuencia de contracciones uterinas | |
| Medir dilatación cervical | |

25. ¿Qué tan fácil o difícil le resulta consultar las normas y protocolo de atención a las complicaciones obstétricas? Muy fácil ___(1); Fácil ___(2); Más o menos ___(3); Difícil ___(4); Muy difícil ___(5)

26. ¿Cómo valora el aprendizaje recibido sobre atención de complicaciones obstétricas durante su carrera? Muy bueno ___(1); Buen ___(2); Regular ___(3); Deficiente ___(4)

27. ¿Cómo valora el aprendizaje recibido sobre atención de complicaciones obstétricas durante su prestación de servicios? Muy bueno___(1);
Buen___(2); Regular___(3); Deficiente___(4)

28. ¿Qué sugerencias tiene para la escuela donde se formó, en relación a la capacitación para la atención de complicaciones obstétricas?

29. ¿Qué sugerencias tiene para el MINSA en relación a la capacitación para la atención de complicaciones obstétricas?

MUCHAS GRACIAS

Anexo 3 – APP

Guía para la revisión de expedientes, con el fin de evaluar la atención por amenaza de parto pretérmino.

Nombre de la paciente: _____

Expediente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Semanas de gestación: _____

Contracciones en 20 minutos: _____

Acciones tomadas:

1. Instalación de venoclisis:

- a) Sí, con bránula #16___(1);
- b) Sí, sin bránula #16___(2);
- c) No....._(3)

2. Recibió Dexametasona:

- a) Sí, 6 mg IM cada 12 horas, cuatro dosis___(1).
- b) Sí, con otro régimen___(2)
- c) No___(3)

3. Recibió Nifedipina:

- a) Sí, 10 mg cada 20 minutos, por 3 dosis; luego cada 6-8 horas___(1)
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

4. Recibió Ritodrine 50 miligramos en 500cc de Solución glucosada al 5%, valorando cada 30 minutos la actividad uterina:

- a) Sí, Inicio a dosis con 100 microgramos/ml/minuto_(1)
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

5. Traslada al hospital:

- a) Sí, en las primeras 24 horas___(1)
- b) Sí, después de 24 horas....._(2)
- c) No....._(3)

6. Si no se trasladó, señalar el motivo:

- a) Evolución satisfactoria.....__(1)
- b) Paciente se rehusó.....__(2)
- c) Ambulancia no disponible.....__(3)
- d) Falta de combustible.....__(4)
- e) Otros problemas administrativos.....(5)
- f) Condiciones adversas, ajenas al centro de salud (lluvia, por ejemplo).....__(6)

7. Evolución de la paciente:

- a) No ocurrió parto pretérmino__ (1)
- b) Ocurrió parto pretérmino...__(2)
- c) No se sabe.....__(3)

8. Observaciones:

Anexo 3- RPM

Guía para la revisión de expedientes, con el fin de evaluar la atención por rotura prematura de membranas.

Nombre de la paciente: _____

Expediente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Semanas de gestación: _____

Acciones tomadas:

1. Instalación de venoclisis:

- a) Sí, con bránula #16 ___(1);
- b) Sí, sin bránula #16 ___(2);
- c) No....._(3)

2. Recibió Dexametasona: En RPM en pretérminos

- a) Sí, 6 mg IM cada 12 horas, cuatro dosis ___(1).
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

3. Recibió Eritromicina: En RPM en pretérminos: Sin trabajo de parto.

- a) Sí, 250mg cada 6 horas, por 7 días o hasta el nacimiento ___(1).
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

4. Recibió Penicilina Cristalina. En RPM menor de 37 semanas de gestación y con trabajo de parto:

- a) Sí, 5 millones IV luego 2.5 millones cada 4 horas o hasta el parto
....._(1)
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

5. Recibió Ampicilina. En RPM menor de 37 semanas de gestación y con trabajo de parto:

- a) Sí, 2 gr IV luego 1 gr cada 4 horas ___(1).
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

6. Recibió Clindamicina. En RPM menor de 37 semanas de gestación y con trabajo de parto:

- a) Sí, 900mg cada 8 horas, hasta el nacimiento___(1).
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

7. Recibió Penicilina Cristalina. En RPM mayor de 12 horas:

- a) Sí, 5 millones IV luego 2.5 millones cada 4 horas o hasta el parto ___(1).
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

8. Recibió Gentamicina. En RPM mayor de 12 horas:

- a) Sí, a dosis de 3-5mg/kg/día o 160mg día ___(1).
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

9. Se indicó la restricción de tactos vaginales:

- a) Si ___(1).
- b) No___(2)

10. Traslada al hospital:

- a) Sí, en las primeras 24 horas ___(1)
- b) Sí, después de 24 horas....._(2)
- c) No....._(3)

11. Si no se trasladó, señalar el motivo:

- a) Evolución satisfactoria....._(1)
- b) Paciente se rehusó....._(2)
- c) Ambulancia no disponible....._(3)
- d) Falta de combustible....._(4)
- e) Otros problemas administrativos....._(5)
- f) Condiciones adversas, ajenas al centro de salud (lluvia, por ejemplo)._(6)

12. Evolución de la paciente:

- a) Ocurrió parto sin complicaciones..._(1)
- b) Ocurrió parto con complicaciones___(2)
- c) No se sabe....._(3)

13. Observaciones:

Anexo 3- Pre-eclampsia moderada

Guía para la revisión de expedientes, con el fin de evaluar la atención por pre-eclampsia moderada

Nombre de la paciente: _____

Expediente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Semanas de gestación: _____

Acciones tomadas:

1. Se indicó, reposo en cama.

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato__(3)

2. Se indicó dieta hiperproteíca, normosódica y aumento en la ingesta de líquidos.

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato__(3)

3. Se indicó, anticonvulsivantes, anti hipertensivos, sedantes o tranquilizantes:

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato__(3)

4. Recibió Dexametasona: En pretérminos

- a) Sí, 6 mg IM cada 12 horas, cuatro dosis__(1).
- b) Sí, con otro régimen.....__(2)
- c) No.....__(3)

5. Se orientó a la embarazada sobre los signos de peligro :

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato__(3)

6. Se indicó USG para valorar bienestar fetal :

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato__(3)

7. Se indicó finalizar el embarazo en la semana 37 ya sea espontáneo o inducido:

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato__(3)

8. Traslada al hospital:

- a) Sí, en las primeras 24 horas__(1)
- b) Sí, después de 24 horas.....__(2)
- c) No.....__(3)

9. Si no se trasladó, señalar el motivo:

- a) Evolución satisfactoria.....__(1)
- b) Paciente se rehusó.....__(2)
- c) Ambulancia no disponible.....__(3)
- d) Falta de combustible.....__(4)
- e) Otros problemas administrativos.....__(5)
- f) Condiciones adversas, ajenas al centro de salud (lluvia, por ejemplo)__(6)

10. Evolución de la paciente:

- a) Se controlaron cifras tensionales.....__(1)
- b) No se controlaron cifras tensionales__(2)
- c) No se sabe.....__(3)

11. Observaciones:

Anexo 3- Pre-eclampsia grave

Guía para la revisión de expedientes, con el fin de evaluar la atención por pre-eclampsia grave

Nombre de la paciente: _____

Expediente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Semanas de gestación: _____

Acciones tomadas:

1. Instalación de venoclisis:

- a) Si, con bránula #16___(1);
- b) Sí, sin bránula #16___(2);
- c) No.....___(3)

2. Se indicó tomar el peso diario

- a) Si.....___(1).
- b) No.....___(2)
- c) Sin dato___(3)

3. Se indicó, medir ingeridos y eliminados estrictamente:

- a)Si.....___(1).
- b)No.....___(2)
- c)Sin dato___(3)

4. Se indicó, tomar signos vitales, reflejos osteotendinosos:

- a)Si.....___(1).
- b)No.....___(2)
- c)Sin dato___(3)

5. Se indicó USG para valorar bienestar fetal :

- a)Si.....___(1).
- b)No.....___(2)
- c)Sin dato___(3)

7. Recibió Hidralazina, Si la PA diastólica se mantiene mayor o igual de los 110 mm Hg reduzca la PA entre 100 y 90 mm Hg pero no menos de 90 :

- a) Sí, 5 mg 5 mg IV lento cada 15 min hasta que baje la PA (máximo 20mg).....__(1).
- b) Sí, con otro régimen.....__(2)
- c) No.....__(3)

8. Se indicó, Sulfato de Magnesio en esquema de Zuspan:

- a) Sí, 4 gr de sulfato de magnesio (4 amp) IV diluido en 200 ml de SSn o Ringer pasar en 5 a 15 minutos.....__(1).
- b) Sí, con otro régimen.....__(2)
- c) No.....__(3)

9. Traslada al hospital:

- a) Sí, en las primeras 24 horas____(1)
- b) Sí, después de 24 horas.....__(2)
- c) No.....__(3)

10. Si no se trasladó, señalar el motivo:

- a) Evolución satisfactoria.....__(1)
- b) Paciente se rehusó.....__(2)
- c) Ambulancia no disponible.....__(3)
- d) Falta de combustible.....__(4)
- e) Otros problemas administrativos.....__(5)
- f) Condiciones adversas, ajenas al centro de salud (lluvia, por ejemplo)____(6)

11. Evolución de la paciente:

- a) Paciente se trasladó estable.....__(1)
- b) Paciente se trasladó delicada.....__(2)
- c) No se sabe.....__(3)

12. Observaciones:

Anexo 3- Eclampsia

Guía para la revisión de expedientes, con el fin de evaluar la atención por eclampsia

Nombre de la paciente: _____

Expediente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Semanas de gestación: _____

Acciones tomadas:

1. Instalación de venoclisis:

- a) Si, con bránula #16__ (1);
- b) Sí, sin bránula #16__ (2);
- c) No.....__ (3)

2. Instalación de sonda vesical:

- a) Si, con sonda Foley #18__ (1);
- b) Sí, sin sonda Foley #18__ (2);
- c) No.....__ (3)

3. Se indicó, medir ingeridos y eliminados estrictamente:

- a) Si.....__ (1).
- b) No.....__ (2)
- c) Sin dato__ (3)

4. Se indicó, tomar signos vitales, reflejos osteotendinosos, FCF cada 1 hora:

- a) Si.....__ (1).
- b) No.....__ (2)
- c) Sin dato__ (3)

5. Se indicó, mantener vías aéreas permeables y auscultar bases pulmonares:

- a) Si.....__ (1).
- b) No.....__ (2)
- c) Sin dato__ (3)

6. Se indicó, administrar oxígeno a 4 litros por minuto:

- a) Sí.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato____(3)

7. Recibió Hidralazina, Si la PA diastólica se mantiene mayor o igual de los 110 mm Hg reduzca la PA entre 100 y 90 mm Hg pero no menos de 90 :

- a) Sí, 5 mg 5 mg IV lento cada 15 min hasta que baje la PA (máximo 20mg).....__(1).
- b) Sí, con otro régimen.....__(2)
- c) No.....__(3)

8. Recibió, Labetalol al no tener respuesta satisfactoria:

- a) Sí, 10 mg IV. Si no baja administre 20mg 10 min. despues____(1).
- b) Sí, con otro régimen.....__(2)
- c) No.....__(3)

9. Se indicó, Nifedipina en casos extremos para mantener PAD entre 90-110mmHG:

- a) Sí, 10 mg PO cada 4 horas__(1).
- b) Sí, con otro régimen.....__(2)
- c) No.....__(3)

10. Se indicó, Sulfato de Magnesio en esquema de Zuspan:

- a) Sí, 4 gr de sulfato de magnesio (4 amp) IV diluido en 200 ml de SSn o Ringer pasar en 5 a 15 minutos.....__(1).
- b) Sí, con otro régimen.....__(2)
- c) No.....__(3)

11. Traslada al hospital:

- a) Sí, en las primeras 24 horas____(1)
- b) Sí, después de 24 horas.....__(2)
- c) No.....__(3)

12. Si no se trasladó, señalar el motivo:

- a) Evolución satisfactoria.....__(1)
- b) Paciente se rehusó.....__(2)
- c) Ambulancia no disponible.....__(3)
- d) Falta de combustible.....__(4)
- e) Otros problemas administrativos.....__(5)
- f) Condiciones adversas, ajenas al centro de salud (lluvia, por ejemplo)__(6)

13. Evolución de la paciente:

- a) Paciente se trasladó estable.....__(1)
- b) Paciente se trasladó delicada.....__(2)
- c) No se sabe.....__(3)

14. Observaciones:

Anexo 3- HPP

Guía para la revisión de expedientes, con el fin de evaluar la atención por Hemorragia postparto

Nombre de la paciente: _____

Expediente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Semanas de gestación: _____

Acciones tomadas:

1. Instalación de venoclisis:

- a) Sí, con bránula #16___(1)
- b) Sí, sin bránula #16___(2)
- c) No.....___(3)

2. Recibió, Hartman o Solución Salina :

- a) Sí, 1000cc a 60 gotas por minuto.....___(1).
- b) Sí, con otro régimen.....___(2)
- c) No.....___(3)

3. Se indicó, realizar masaje uterino externo constantemente:

- a) Si.....___(1).
- b) No.....___(2)
- c) Sin dato___(3)

4. Recibió, Hartman o Solución Salina:

- a) Sí, 1000cc con 20UI de oxitocina a 60 gotas por minuto.....___(1).
- b) Sí, con otro régimen.....___(2)
- c) No.....___(3)

5. Se indicó, determinar valores de Hematocrito y Hemoglobina:

- a) Si.....___(1).
- b) No.....___(2)
- c) Sin dato___(3)

6. Se indicó, Vigilar signos vitales y estado de shock, vigilar la magnitud del sangrado:

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato__(3)

7. Se indicó, Realizar masaje externo combinado con el interno.

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato__(3)

8. Se indicó, hacer compresión bimanual del útero o compresión de la aorta abdominal en caso de seguir sangrado:

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato.....__(3)

9. Traslada al hospital:

- a) Sí, en las primeras 24 horas__(1)
- b) Sí, después de 24 horas.....__(2)
- c) No.....__(3)

10. Si no se trasladó, señalar el motivo:

- a) Evolución satisfactoria.....__(1)
- b) Paciente se rehusó.....__(2)
- c) Ambulancia no disponible.....__(3)
- d) Falta de combustible.....__(4)
- e) Otros problemas administrativos.....__(5)
- f) Condiciones adversas, ajenas al centro de salud (lluvia, por ejemplo).__(6)

11. Evolución de la paciente:

- a) Paciente se trasladó estable.....__(1)
- b) Paciente se trasladó delicada.....__(2)
- c) No se sabe.....__(3)

12. Observaciones:

Anexo 3- Retención placentaria

Guía para la revisión de expedientes, con el fin de evaluar la atención por retención de restos placentarios

Nombre de la paciente: _____

Expediente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Semanas de gestación: _____

Acciones tomadas:

1. Instalación de venoclisis:

- a) Sí, con bránula #16 ___(1);
- b) Sí, sin bránula #16 ___(2);
- c) No....._(3)

2. Recibió, Hartman o Solución Salina :

- a) Sí, 1000cc a 40 gotas por minuto o infusión rápida....._(1).
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

3. Recibió, Oxitocina con Solución Salina o Hartman Si la placenta no se ha expulsado después de 15-30 minutos con manejo activo.

- a) Sí, 1000cc con 10UI de oxitocina a 40 gotas por minuto....._(1).
- b) Sí, con otro régimen....._(2)
- c) No....._(3)

4. Se indicó, estimar la cantidad de sangre pérdida:

- a) Si....._(1).
- b) No....._(2)
- c) Sin dato ___(3)

5. Se indicó, Realizar maniobra de Credé:

- a) Si....._(1).
- b) No....._(2)
- c) Sin dato ___(3)

6. Se indicó, Realizar extracción manual si aún no se ha expulsado la placenta.

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato____(3)

7. Se indicó, Realizar legrado digital o instrumental en caso de retención parcial:

- a) Si.....__(1).
- b) No.....__(2)
- c) Sin dato.....__(3)

8. Traslada al hospital:

- a) Sí, en las primeras 24 horas____(1)
- b) Sí, después de 24 horas.....__(2)
- c) No.....__(3)

9. Si no se trasladó, señalar el motivo:

- a) Evolución satisfactoria.....__(1)
- b) Paciente se rehusó.....__(2)
- c) Ambulancia no disponible.....__(3)
- d) Falta de combustible.....__(4)
- e) Otros problemas administrativos.....__(5)
- f) Condiciones adversas, ajenas al centro de salud (lluvia, por ejemplo)____(6)

10. Evolución de la paciente:

- a) Se extrajo placenta completa y se trasladó estable.....__(1)
- b) Se extrajo placenta completa y no se trasladó.....__(2)
- c) No se extrajo la placenta y se trasladó delicada.....__(3)
- d) No se extrajo la placenta y se trasladó estable__(4)
- e) No se sabe.....__(5)

11. Observaciones:

Anexo 4

Guía de entrevista al Director del Centro de salud y a la enfermera(o) jefe, del centro de salud Ambrosio Mogorron, Bocay

1. ¿Cómo valora la calidad de atención que ofrece este centro de salud a las mujeres que presentan complicaciones obstétricas?
2. ¿En qué medida cuenta con personal suficiente y capacitado para el manejo de las complicaciones obstétricas?
3. ¿Cómo valora los recursos materiales disponibles para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones obstétricas? ¿Cómo está el abastecimiento de medicinas y materiales?
4. ¿Cuáles son los principales problemas que se presentan en la atención de las complicaciones obstétricas?
5. ¿Qué falta por hacer para continuar mejorando la calidad de la atención a las pacientes con complicaciones obstétricas?

Anexo 5.

Guía de entrevista a la Responsable de insumos médicos de Centro de salud Ambrosio Mogorron, Bocay

¿Cómo valora el abastecimiento de de este centro de salud en cuanto a los siguientes medicamentos?: Nifedipina, Ampicilina, Gluconato de calcio, Penicilina cristalina, Metronidazol, Ceftriaxone, Oxitocina, Hidralazina, Sulfato de magnesio, Dexametasona ¿Alcanzan para todo el mes? ¿En los últimos 12 meses alguno ha estado en cero? ¿Cuál ha estado en cero?

Anexo 6

Cuestionario para entrevista de salidas a pacientes o familiares atendidas por complicaciones obstétricas en el Centro de salud Ambrosio Mogorron, de San José de Bocay.

1. En general, ¿cómo le pareció la atención que recibió en el centro de salud? *Leer las opciones:*

Muy buena___ (1) Buena___ (2) Regular___ (3) Mala___ (4)
Muy mala___ (5) ¿Por qué la considera así?

2. ¿Siente que la atendieron pronto o tuvo que esperar mucho para ser atendida? *Leer las opciones:*

Atendida de inmediato___ (1) Tuvo que esperar un poco___ (2) Tuvo que esperar bastante___ (3) Tuvo que esperar demasiado___ (4)

3. ¿Cómo fue el trato que recibió de parte del personal? *Leer las opciones:*

Muy amable___ (1) Amable___ (2) Medio amable y medio grosero___ (3)
Grosero___ (4)

4. ¿Qué tanto le han explicado sobre su situación? *Leer las opciones :*

Muy bien___ (1) Bien___ (2) regular___ (3) Mal___ (4)

5. ¿Qué tan cómoda ha estado?

6. ¿Se le pidió permiso a usted o a su familiar para realizarle algún procedimiento? Si___ (1) No___(2)

7. ¿Qué es lo que más le gustó de la atención recibida?

8. ¿Qué es lo que menos le gustó?

9. ¿Qué recomendaciones le da usted al personal de salud?

