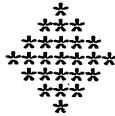


MINISTERIO DE SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

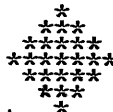


TITULO: CALIDAD DE ATENCION MEDICA

SUB-TITULO: EVALUACION DE LA ATENCION MEDICA AL PARTO
HOSPITALARIO.
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.

TESIS DE GRADO: PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA EN EL CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.

PRESENTADA POR: DR. VICENTE AMADO GAVIDIA MEDINA
LIC. MARTHA URBINA ARROLIGA



MANAGUA, NICARAGUA

FEBRERO, 1988



N
TICIES
1988
29

TUTOR: DR. OSCAR FLORES MEJIA

ASESORES: DRA. NILDA VILLACRES

DR. YEAN PIERRE PAPART



INDICE

	No. PAGINA
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1-2
III. ANTECEDENTES, JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.....	3-5
IV. OBJETIVOS.....	7
4.1 GENERAL.....	7
4.2 ESPECIFICOS.....	7
V. MARCO TEORICO.....	7-22
5.1 INTRODUCCION.....	7
5.2 PRINCIPIOS.....	7
5.3 POLITICAS.....	7-8
5.4 ORGANIZACION.....	8-9
5.5 ATENCION MATERNO INFANTIL.....	9-11
5.6 EVALUACIONES DE LA CALIDAD DE LA ATENCION.....	11-22
VI. HIPOTESIS.....	23
VII. METODICA.....	24-25
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS.....	26-57
8.1 CONSIDERACIONES GENERALES.....	26
8.2 ANALISIS POR OBJETIVOS.....	27-33
8.3 TABLAS (# 1 a # 22).....	34-57
IX. CONCLUSIONES.....	58-63
9.1 CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.....	58-62
9.2 CONCLUSIONES FINALES.....	62-63
X. RECOMENDACIONES.....	64-65
XI. BIBLIOGRAFIA.....	66-67
XII. ANEXOS.....	68-72
XIII. RESUMEN.....	73-82

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir del Triunfo Revolucionario en nuestro País se ha dado un desarrollo acelerado en todos los campos, muy particularmente en el de la Salud Pública, hecho que se ha traducido en modificaciones cualitativas y cuantitativas en todos los niveles.

Ha sido determinación del MINSA priorizar la atención a los grupos más numerosos y vulnerables. Organizar el Programa Materno-Infantil con el objetivo de proteger al Binomio Madre-Niño, elabora la Norma de Atención y dispone los Servicios de Salud en función de la misma. Entre sus componentes está la Atención al Parto y el Recién Nacido, reconociéndose -- así que las condiciones en que se desarrolla esta Atención es uno de los factores que influye en la Morbilidad y Mortalidad Materna y del Recién-Nacido.

Para esta morbi-mortalidad existe un conjunto de factores tanto biológicos como sociales (2), que en última instancia determinan el riesgo con que la madre se presenta a la concepción, embarazo, parto y puerperio. -- Así como este conjunto de factores propios de la Madre son determinantes para la salud del producto de la concepción. De ahí que la atención al Parto sea un factor más que debe ser ponderado para la Salud de la Madre y el Recién Nacido.

Se pretendió conocer como se realiza la Atención Médica del Parto Hospitalario estudiando elementos relacionados con ella, como son: Recursos Humanos, Recursos Materiales, Normas de Atención al Parto, Recuperación de la Madre y el Recién Nacido.

El tema de investigación es de una amplitud tal que supera los objetivos planteados por los investigadores. La limitación al estudio de algunos factores de la Atención Médica se debió a la factibilidad dada por el número de investigadores y el tiempo de la investigación.

¿Cuál es el comportamiento de la Atención Médica Hospitalaria del Parto a través de la relación con Recursos Humanos, Recurso Material, Norma de Atención, Recuperación de la Madre y el Recién Nacido en la Sala de La -

bor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque Región III, Managua en el mes de Septiembre de 1987?.

III. ANTECEDENTES JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

- 3.1 El método Epidemiológico es utilizado con frecuencia para llevar a cabo evaluaciones de los Servicios de Salud en general o para medir el comportamiento de decisiones administrativas. Esta Evaluación - puede hacerse de diversos ángulos, desde el punto de vista de la Población, interesa la cobertura, la proporción Médicos - Población - etc., constituyendo indicadores muy generales pero útiles sobre la situación de Salud existente. Una Evaluación cuantitativa no permite conocer la magnitud del esfuerzo realizado Considerablemente - más compleja resulta la Evaluación de Calidad de la Atención Médica (1) Esta ha sido estudiada desde diversos enfoques, siendo su mayor problema sobre lo que debe ser evaluado, tomando en cuenta que un - Sistema de Salud es: Un Conjunto de Elementos Técnicos, Humanos, - Financieros, Sociales y Políticos que interactúan para mantener la Salud, prevenir la enfermedad y recuperar la Salud, evidenciándose la variedad de Elementos que participan, así como resultados que se pretendan alcanzar (3).
- 3.2 Revisando la Literatura Mundial se encontró que estudios de la Cali dad de Atención Médica, han sido desarrollados en aquellos Países - donde el crecimiento tecnológico incrementó sustancialmente los costos de los Servicios de atención, así como las consecuencias para - el Individuo y la Sociedad. En la Década del 50 aparece en Estados Unidos e Inglaterra los Comités de Cuidados de la Atención Médica, - que vinieron a contribuir a la reglamentación de la Atención en sus Países. Anteriormente en Estados Unidos con los Estudios de ---- LEE JONES (1933) Se inician las primeras conceptualizaciones técni cas sobre la Calidad de Atención Médica (4).
- 3.3 En Nicaragua estudios cualitativos de la Atención Médica están ini ciándose. Es a partir de los resultados de dicha atención que nor malmente se hacen inferencias de calidad. Estas pueden ser las Ta sas de Morbilidad y Mortalidad de la Población en general, o de al gún grupo especial.

En investigaciones hechas por la Dirección Materno-Infantil se han obtenido Tasas de Morbilidad Puerperal para la Mujer de 14.9 por --

100 Partos observados. Tasas de Mortalidad Perinatal de 2.3 por -- 100 Recién Nacidos observados. Estos datos se refieren al Hospital Bertha Calderón Roque en 1985 (5). Lo que se consideró representativo para la Población que recibe atención en dicho Centro y tiene una ponderación importante para el Conjunto de Hospitales en Nicaragua, ya que en este Hospital se atiende alrededor del 25% de los Partos Hospitalarios del País.

En la VII Jornada Científica Nacional de Salud Año 1987 en relación a "Calidad de Atención Médica" se presentaron algunas investigaciones: "Estudio de la Atención que se brinda en relación a los factores de riesgo obstétrico asociados a la Mortalidad perinatal, en el Hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque durante el período Enero Junio 1986 y "Elementos que originan las Infecciones cruzadas en pacientes quirúrgicos de los Servicios y Anexos de Cirugía General y Gineco-Obstetricia en los Hospitales: BC, MM y ALF en el Primer Semestre de 1987". Ambos Estudios abordaron el comportamiento de algunos elementos de la Norma de Atención Médica y los resultados obtenidos coinciden en señalar el amplio incumplimiento de los procedimientos y técnicas normados.

Estos datos han constituido un Elemento de preocupación en relación al Estado de Salud del Binomio Madre - Niño y punto de partida para esta y futuras investigaciones que aporte elementos para que contribuyan a modificar la Atención Ofertada, así como disminuir los riesgos a que están expuestos este Grupo Poblacional.

- 3.4 En Nicaragua transcurridos ocho (08) Años de transformaciones revolucionarias, en el Campo de la Salud ha ocurrido un desarrollo ascendente de la Atención en sus niveles Primario y Secundario, existiendo a su vez constante preocupación por la medida en que los resultados de esta atención modifica el Estado de salud de la Población. El Estado revolucionario considera al Binomio: Madre - Niño como suma prioridad para su atención integral tanto a nivel Primario como Secundario.

Los Estudios sobre la Calidad de la Atención, son necesarios porque

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer el proceso de Atención Médica del Parto Hospitalario, estableciendo su relación con elementos propios de los Recursos Humanos, Recursos Materiales, Norma de Atención del Parto, en la Sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el cumplimiento de la norma de Atención en los Ingresos a la Sala de Labor y Parto según el Turno de Atención.
- Determinar la calificación del Recurso Humano en la Atención de los Ingresos a la Sala de Labor y Parto, según la forma de terminación del embarazo, Paridad, Norma de Atención y Turno de Atención.
- Identificar la suficiencia del Recurso Material necesario para la atención de los Ingresos en la Sala de Labor y Parto, según Diagnóstico del Parto y Turno de Atención.
- Relacionar la Recuperación de la Madre y el producto del Parto, a través del destino de los Egresos de la Sala de Labor y Parto, según la calificación del Recurso Humano, Diagnóstico del Parto, Norma de Atención al Parto y Turno de Atención.

V. MARCO TEORICO

5.1 INTRODUCCION

El desarrollo de la Salud y de sus practicas propias están condi -- cionadas por la formación Económica-social de la Sociedad en que se localice y por lo tanto tiene una relación directa.

Así en la Nicaragua actual, este desarrollo y practicas de Salud, -- están determinadas por el Proyecto Revolucionario a través de la -- creación y consolidación del Sistema Nacional Unico de Salud ----- (S.N.U.S.) a partir del ocho de Agosto de mil novecientos setenta y nueve.

5.2 PRINCIPIOS

Es el Estado Revolucionario el que define a partir de qué princi -- pios se desarrollarán las acciones en Salud. Se define la Atención de Salud como: Responsabilidad del Estado, la accesibilidad de la Población a los servicios de Salud, el carácter integral de ellos, -- la formación de equipos multidisciplinarios para dirigir y enfren -- tar científicamente las acciones en Salud y la responsabilidad del Pueblo organizado, como participantes conscientes en la resolución de los problemas de Salud.

5.3 POLITICAS

A lo largo de los años las Políticas Materno-Infantil han estado di -- rigidas a reducir la Morbi-Mortalidad Materna e Infantil.

Para 1987 las Políticas que se plantean son:

- Reducir la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal.
- Readecuar el Programa Materno Infantil de acuerdo a los resul -- tados del Estudio Enfoque de Riesgo, mejorando la calidad del control Prenatal y atención del Parto y el Recién Nacido.

- Organizar el Sistema de atención domiciliar del Parto de bajo-riesgo adecuadamente articulado con los servicios de Salud.
- Contribuir a disminuir el riesgo reproductivo y la Mortalidad y Morbilidad Materna con la planificación familiar y la Educación Sexual.
- Contribuir a disminuir la Morbilidad y Mortalidad por Cáncer del Cuello Uterino. (6)

5.4 ORGANIZACION

Es el Ministerio de Salud (MINSA) quien se convierte en el rector del Sistema Nacional Unico de Salud (S.N.U.S.). Se establece la Regionalización del MINSA acompañando la Organización Político-Administrativa: Nivel Central, Nivel Regional, Nivel Operativo, formado este último por Hospitales, Areas de Salud y Unidades Docentes.

La complejidad de la atención en Salud se da en dos niveles: El Primario constituido por Areas de Salud (Centros y Puestos de Salud), y un nivel Secundario formado por Hospitales. Estos dos niveles se articulan en una Red de Servicios, teniendo como finalidad, la prestación de acciones de carácter integral, de esta forma, fomentando, protegiendo, recuperando y rehabilitando la Salud.

Siendo el Area de Salud la encargada de realizar actividades básicas de Salud, con énfasis en el carácter preventivo de ellas. El Hospital proporciona atención de mayor complejidad, tanto curativo como preventivo. En ambos niveles se ejecutan los Programas de Salud y sus actividades normadas por el MINSA. El Hospital y el Area de Salud son también Centros de formación para los trabajadores en Salud, convirtiéndose en mayor medida, el Hospital en Unidad Docente Asistencial-Investigativa.

Los Hospitales se constituyen a partir de unidades dotados con servicios de internación (Camas) y Consulta Externa de especialidades. Se organizan por servicios en: Quirúrgicos, Clínicos, Materno-In -

fantiles, Pediátricos y Especialidades. En la actualidad se estudia la posibilidad de que tengan un perfil general. Por su área geográfica de trabajo en: Departamentales, Regionales, Nacionales.

Actualmente la Administración del Hospital depende Jerarquicamente de la Dirección Regional y se sitúa al mismo nivel que la Dirección de las Áreas de Salud.

5.5 ATENCION MATERNO INFANTIL

5.5.1 El Estado Revolucionario ha priorizado la atención a los grupos más vulnerables, es por ello que el MINSA ha seleccionado como los grupos más relevantes: La Mujer y el Niño, quienes representan el 70% de la totalidad de la población del país.

La atención Materno-Infantil se da en toda la Red de Servicios del S.N.U.S. Sus actividades son definidas por la Dirección Materno-Infantil, la cual define como propósito: "Contribuir a elevar el Estado de Salud en la Mujer y el Niño -- hasta los 15 años de Edad, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud, mediante acciones tendientes a aumentar la cobertura y calidad de la atención Materno-Infantil en los niveles de atención primaria, secundaria y en la comunidad, con la participación del Pueblo organizado".

5.5.2 Estas acciones se enmarcan en los Componentes del Programa:

5.5.2.1 Atención integral a la Mujer (8)

Atención Pre-Natal (Control Pre-Natal, Atención del Parto, Atención del Puerperio).

Lactancia Materna

Control de la Fertilidad

Detección oportuna del Cáncer del Cuello Uterino y de mamas.

Educación Sexual

Atención Ginecológica

5.5.2.2 Atención Integral del Niño (8)

Control de Crecimiento y Desarrollo

Prevención y tratamiento de la deshidratación por -
diarea.

Prevención, tratamiento y recuperación del déficit-
nutricional.

Morbilidad Pediátrica

5.5.3 Se ha definido la Atención Prenatal como una actividad que -
comprende el Control Pre-Natal, la Atención del Parto y del
puerperio, utilizando para ello la metodología de atención -
basada en riesgo, que permita la atención y detección oportu-
na del Alto Riesgo obstétrico (ARO), según el nivel de aten-
ción que le corresponda.

5.5.4 Se establece una técnica de priorización en la atención Ma -
terno-Infantil por medio del estudio de factores de riesgos-
que producen mayor daño en el Binomio Madre-Hijo y así se mo-
difican las normas de atención basadas en este enfoque y su-
organización por niveles de atención. Esto con el propósito
de racionalizar y optimizar los recursos que garanticen un -
mayor impacto en las tasas de Morbilidad y Mortalidad Mater-
no-Infantil.



La aplicación del enfoque de riesgo en la atención Perinatal
determinaron que el Control Pre-Natal, la Atención al Parto,
al Recién Nacido y del Puerperio se brinden en el nivel de -
complejidad que su grado de riesgo requiere.

5.5.5 El Control durante la gestación y el trabajo de Parto, en el
período de dilatación y expulsivo tiene como objetivo obser-
var la evolución del embarazo y del Parto a fin de diagnosti-
car precozmente desviaciones de los límites fisiológicos y -
actuar en consecuencia para prevenir riesgos mayores o daños.

Para lograr lo anterior se hace necesario desarrollar un --
equipo de Salud capaz de discriminar el alto y bajo riesgo -

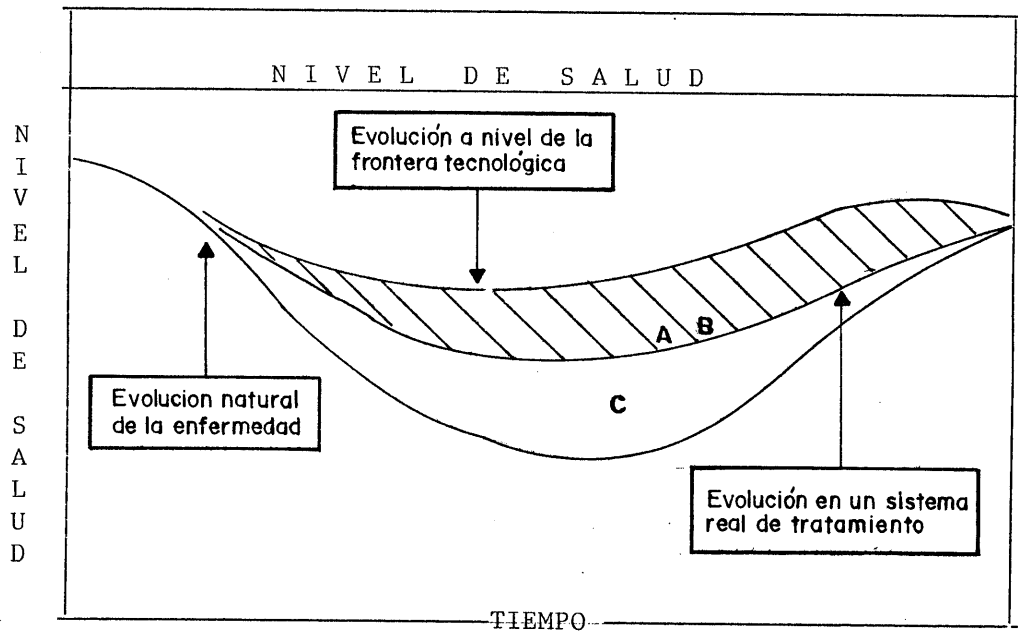
cumpliendo con lo normado según el caso, recursos materiales mínimos necesarios para el cumplimiento de las Normas (8), - derivación oportuna de la Madre y el Niño al nivel necesario (Referencia y Contra-Referencia).

- 5.5.6 El Programa Materno-Infantil en general mantiene como requisito fundamental para su mejoramiento, la evaluación de los diferentes componentes del mismo por niveles de atención.

5.6 EVALUACIONES DE LA CALIDAD DE LA ATENCION

- 5.6.1 La evaluación es un proceso sistemático, acumulativo, y continuo que valora integralmente en que grado se lograron los objetivos del sistema de atención según las características funcionales del mismo. Objetivos y características necesariamente relacionadas con el estado de Salud y satisfacción de la Población. La evaluación se orienta a hacer juicios - que permitan la intervención para resolver problemas detectados mediante el diagnóstico de situación. En un estudio de - calidad de atención, la base de estos juicios es lo que se - conoce a cerca del proceso de atención y sus consecuencias - para la Población. La Calidad de Atención es definida en -- primer lugar como comportamiento normativo derivado de la -- práctica Médica y de la Ciencia en un momento y lugar determinado de su desarrollo (4). La práctica Médica por parte - de líderes reconocidos de la Medicina es considerada como la Buena Calidad de Atención. A su vez determinada por el proceso de desarrollo de la Ciencia y la Tecnología y la relación que guarda con la Atención Médica y sus consecuencias.
- 5.6.2 El Estado de Salud de la Población es analizado en base a -- juicios de Calidad. En donde la posible evolución de un sis tema real de tratamiento vendría dado por los factores que ro dean a la estructura y el proceso de atención, y la Calidad- de Atención estaría dada por la diferencia entre resultados- alcanzables y los alcanzados (4).

Conceptos de Calidad ilustrados para los distintos cursos posibles de evolución de un padecimiento.



- A- Resultados no alcanzados debido a factores de estructuras y proceso.
- B- Calidad como la diferencia entre lo alcanzable y lo alcanzado.
- C- Beneficios de Salud atribuibles a la Atención prestada por los Servicios.

5.6.3 El enfoque de evaluación de la Calidad de Atención deberá de abordar tres elementos fundamentales relacionados funcionalmente, estos son: Estructura, Proceso, Resultados. Esta abstracción es en la realidad una sucesión de elementos en cadena bien menos diferenciados, pero causalmente relacionados. En esta cadena cada elemento es hasta cierto grado causa del elemento siguiente y a su vez efecto del elemento que le precede. En este triple enfoque las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención influye sobre el proceso de atención y en forma similar los

cambios en el proceso de atención, influyen en los resultados de la atención de Salud o bien sobre la población (4).

5.6.4 El termino Estructura es un concepto que se refiere a las -- características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos y de las formas organizacionales con que se trabajó, número, distribución, calificación -- del personal de Salud en función de la Población, presencia o ausencia de esfuerzos para la revisión de la calidad, así como sus características. La estructura además de su estabilidad relativa, funciona para producir atención, es un atributo del ambiente e influye en la Calidad de la Atención -- brindada. Su empleo como medida de calidad depende de la naturaleza de su influencia sobre la atención. Conociendose -- que determinada característica de la estructura tiene una -- influencia positiva sobre la atención, se toma ésta como una medida indirecta de buena calidad o viceversa. La estructura y su relación con la Calidad de Atención es de importancia en la planeación, diseño y puesta en marcha de programas, pero como medida de evaluación solo puede indicar tendencias generales, esto debido a lo poco que se conoce sobre la relación causal Estructura y Proceso de atención (4).

5.6.5 El termino Proceso esencialmente se refiere a las actividades que se llevan a cabo por Profesionales, entre ellos y -- los pacientes. Se fundamenta en la norma de atención, la -- cual no procede de la simple constatación de relaciones existentes si no de una categoría aparte que es la del "Debe -- ser", estableciendo reglas, rigiendo actividades y dando uniformidad al proceso. Estas propiedades y obligaciones son -- válidas aún cuando se violen o no se utilicen. Deben ser -- consideradas como una fuerza social poderosa que sirve al -- profesional para orientar sus actos.

Es el comportamiento de la Norma el principal elemento de la Calidad de Atención y su importancia la de prevenir y minimizar

zar las consecuencias adversas al mantenimiento de la Salud de la Población, convirtiéndose en el aspecto más discernible de la atención (4).

- 5.6.6 Los Resultados son vistos como cambios en el estado de Salud del individuo o de la Población. Además de los aspectos físicos y fisiológicos, es también el mejoramiento de la función social y del conocimiento que la población haya alcanzado sobre la Salud. Los Resultados como cambios en el estado de Salud, no pueden ser utilizados como medidas de Calidad de Atención, hasta que se identifique y conozca la influencia que tiene sobre ellos la presencia o ausencia de diversos factores y se pueda estar plenamente seguro que dichos resultados son consecuencia de determinado antecedente de atención. Es por eso que son considerados como medidas indirectas de Calidad de Atención. De ahí que la validez de los resultados como medidas de la Calidad de Atención, está en poder establecer una relación causal significativa para condiciones específicas y la validez atribucional de esta relación causal, estaría dada por esperar determinados resultados causados por antecedentes de atención en cualquier situación.

Los resultados son particularmente vulnerables a una pérdida de validez atribucional, principalmente porque intervienen factores que dan lugar a una especificación defectuosa de las condiciones bajo las cuales se ha medido la correlación-Proceso-Resultados. La especificidad de muchos resultados como base para hacer inferencias de Calidad de la Atención tiende a ser baja, debido a que muchos factores ajenos a la Atención Médica, influyen sobre la Salud en sentido general y más específicamente sobre la respuesta de Atención. La especificidad depende del establecimiento preciso de validez causal y atribucional, pero aún cuando un resultado puede ser atribuido por lo menos en parte a la Atención Médica previa, existe la dificultad posterior de determinar que elementos del proceso contribuyeron a no alcanzar los resultados -

esperados. Esta es un obstáculo importante cuando es necesario establecer la responsabilidad, a fin de mejorar el desempeño. Los resultados con mayor especificidad son las mediciones fisiológicas, que tienen una fuerte relación causal con tratamiento específicos y que están muy cerca de ellos en el tiempo. La sensibilidad de los resultados como mediciones de la Calidad de la Atención, depende de la manera de como responden a los cambios en el Proceso de Atención. Considerando la frecuencia con que se observa el cambio en el resultado y la magnitud del mismo (4).

5.6.7 Los elementos teóricos conceptuales para la Evaluación de la Calidad de Atención deben ser particularizados a la Atención Médica del Parto. Este tiene especificidades propias que se refieren tanto a los Recursos Humanos, y Materiales necesarios, así como el Proceso de Atención y sus Resultados. Estas especificidades están explicadas o definidas por el conjunto de las Ciencias Médicas, además en ciertos aspectos -- por las Ciencias Sociales.

5.6.8 Para comprender adecuadamente el Proceso de Atención Médica al Parto, los recursos que intervienen y la recuperación de la Madre y el Niño, es necesario hacer algunas definiciones acerca de ellos:

5.6.8.1 ORIGEN DEL PARTO

Permanece desconocido, existen teorías científicas que ayudan a su comprensión. Las explicaciones más aceptadas para su inicio son:

- La estimulación por la oxitocina
- La supresión de progesterona
- La del cortisol fetal y
- La del fosfolípido-ácido-araquidónico-prostaglandina de la membrana fetal (9).

5.6.8.2 FISILOGIA DEL PARTO

Se considera que el estímulo de las contracciones uterinas debe actuar sobre los elementos contractiles del útero, es decir el miometrio. Este mecanismo requiere de calcio libre elevado para actuar sobre las miofibrillas de los músculos lisos y del útero. Existen dos hechos que contribuyen a pensar lo anterior: es la comprobación de calcio almacenado en el reticulo sarcoplasmático, situado alrededor de las Miofibrillas y el ^{2do.} elemento es la comprobación de la existencia en el miometrio de la embarazada de un sistema de membrana liberadora de Calcio (9).

5.6.8.3 ETAPAS DEL PARTO (9)

El Parto se divide en tres etapas:

- 5.6.8.3.1 Primer etapa es la del borramiento cervical y dilatación. Inicia cuando las contracciones uterinas son suficientes en frecuencia, intensidad y duración para provocar el borramiento y dilatación del cuello, finalizando con la completa dilatación del mismo.
- 5.6.8.3.2 Segunda etapa es la expulsión del Feto - iniciándose con la dilatación completa del cuello y termina con el alumbramiento del Niño.
- 5.6.8.3.3 Tercer etapa es la separación y expulsión de la placenta, iniciando con el alumbramiento del Niño y finaliza con la expulsión de la placenta.

5.6.8.4 PARTO DE NULIPARA

Es el de una Mujer que nunca ha dado a luz el producto de la Concepción.

5.6.8.5 PARTO DE PRIMIPARA

Es el de una Mujer que ha dado a luz una vez a uno o varios Fetos que han alcanzado su fase de viabilidad.

5.6.8.6 PARTO DE SECUNDIPARA

Es el de una Mujer que ha dado a luz dos veces a -- uno o más Fetos que han alcanzado la fase de viabilidad.

5.6.8.7 PARTO DE MULTIPARA

Es el de una Mujer que ha dado a luz tres ^{veces o más} o más Fetos que han alcanzado la fase de viabilidad.

5.6.8.8 PARTO EUTOCICO

Es el que se desarrolla en condiciones fisiológicas y mecánicas normales, permitiendo su culminación en uno o más Recién Nacidos Sano y con ausencia de -- deterioro de la Salud de la Madre.

5.6.8.9 PARTO DISTOCICO

O parto difícil se caracteriza por una progresión -- anormalmente del Parto y es la consecuencia de cuatro anomalías distintas que pueden coexistir aisladamente o en combinación: Contracciones uterinas -- subnormales, presentación o desarrollo anormal, anomalías en el tamaño o características del canal del Parto, patologías directamente relacionadas con el Parto que pongan en peligro la vida de la Madre y --

el Feto.

5.6.8.10 NACIMIENTO VIVO

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la Madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción, que después de dicha separación respire o de cualquier otra señal de vida, tal como palpitations del Corazón, Pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un Niño vivo.

5.6.8.11 El producto de un Parto o Cesárea según su edad gestacional o peso al nacer se clasifica en Recién Nacido a: Término, Pretérmino, Postérmino, Bajo Peso, Macrosómico y de muy bajo Peso.

5.6.8.12 DEFUNCIÓN FETAL

Es la muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o la contracción completa del cuerpo de la Madre, independientemente de la duración del embarazo, indica la defunción la circunstancia de que después de la separación, el Feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como palpitations del Corazón, Pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

5.6.8.13 MORTINATO (NATIMORTO)

Es el nacimiento de un Feto que pesa más de 500 gramos y que no tiene evidencias de vida después de nacer. Para los propósitos del cálculo estandariza

zado de las tasas de mortalidad perinatal para la -
comparación internacional, se incluirán solamente -
aquellos Fetos muertos que pesan 1000 gramos o más -
al nacer.

5.6.8.14 TURNO DE ATENCION

Es el período de tiempo en que se brinda Atención -
en la Unidad Hospitalaria.

5.6.9 Para la reglamentación y uniformidad del proceso de Atención se ha creado la "Norma de Atención Prenatal" que incluye la normación de las actividades del Parto Hospitalario, permitiéndole a través de criterios de riesgos distinguir a las --- gestantes que necesitan mayor Atención, ubicándolas en el ni vel de resolución correspondiente. La búsqueda de la unifor midad en las acciones que se deben cumplir para lograr los - objetivos, tienen el propósito de mejorar la Calidad de la - Atención y proporcionarle al trabajador de Salud, un instru- mento dinámico que permita alcanzar el bienestar de la Madre y el Niño (7).

5.6.9.1 Las condiciones Socio-Económicas de la Madre: Inclu- yen los aspectos como son: El estado civil, nivel- de instrucción de la Madre y conyuge, tareas del -- hogar, ocupación, esfuerzo físico, vivienda, agua,- excretas.

5.6.9.2 Los antecedentes Familiares y Hereditarios: Inclu- yen información referente a los Padres, Hermanos -- principalmente causas de muerte, existencia de en - fermedades crónicas como diabetes, obesidad, hiper- tensión arterial, epilepsia, oligofrenia, enfermeda des mentales y malformaciones.

5.6.9.3 Los antecedentes Personales: Incluyen las enferme- dades anteriores al actual embarazo, cardiopatías,- hipertensión crónica, diabetes, infección urinaria,

TBC Pulmonar, intervenciones quirúrgicas, patolo --
gías psiquiátricas, lues, anèmia falciforme, anemia
(Otras) toxoplasmosis.

5.6.9.4 Los antecedentes Ginecológicos:

Deberá ser investigado ritmo menstrual, tratamiento
de esterilidad, operaciones ginecológicas, patalo -
gías en embarazos anteriores.

5.6.9.5 Los antecedentes obstétricos:

Incluyen gestaciones y Partos anteriores prematuros
y a término, utilización de forceps, abortos espon-
táneos y provocados, operaciones ginecoobstétricas,
toxemia durante el embarazo, peso de hijos al na --
cer, obitos y su causa.

5.6.9.6 Historia Clínica del embarazo actual:

Incluye controles prenatales, inmunizaciones, exáme
nes de laboratorio, Patologías durante el embarazo.

5.6.9.7 El Exámen Físico General:

se realizará como cualquier otro exámen físico ruti
nario, haciendo énfasis en la edad, peso y talla, -
examinando además cabeza, ojos, nariz, boca, control
odontológico, cuello, torax, pulmones, corazón, ex-
tremidades, signos vitales, debiéndose examinar el
sistema o sistemas que se haya reflejado en el estu
dio de los antecedentes personales, enfermedades --
agregadas y complicaciones del embarazo.

Se realizará el exámen físico obstétrico que inclu-
ye contractilidad uterina, frecuencia cardíaca fe -
tal, características del cervix, membranas ovulares,

presentación, detección de hemorragia genital, líquido amniótico meconial.

- 5.6.9.8 La Higiene, Asepsia y Antisepsia: En el parto deberá incluir el baño de la parturienta, enema evacuante, higiene perineal (Lavado de vulva y periné con solución apropiada), lavado de manos y antebrazo -- del Médico o Enfermera, uso de ropa apropiada en la Sala de Parto (Gorro, Mascarilla, Bata Estéril y Botas).
- 5.6.9.9 El Diagnóstico: Se establece a partir de la Historia Clínica de la Madre y el Exámen Físico efectuado, pudiendo ser un Parto de tipo Eutócico o Distócico.
- 5.6.9.10 El Recurso Humano que realiza o supervisa el Parto es considerado según su calificación académica, -- existiendo la posibilidad de que en el Parto pueda participar el Médico de Base o especialista en Ginecoobstetricia, el Médico Residente en la especialidad de Ginecoobstetricia que según los años de estudio de la especialidad pueden ser Residente I, II, III y el estudiante del Curso de Medicina General -- que según el año académico en que se encuentre puede ser Médico Interno (6to. Año) o Pre-interno --- (5to. Año).
- 5.6.9.11 El Recurso Material necesario para la realización -- del Parto, está condicionado por el diagnóstico del Parto, pudiendo existir recursos comunes.
- 5.6.9.111 La Maleta de Parto:

Es el conjunto de perneras, campos de diversos tamaños, sábana, ropa para uso de la Madre y el Recién-Nacido.

5.6.9.12 La Recuperación de la Madre:

Es vista a través del puerperio, el cual es considerado a partir del alumbramiento de la placenta. En el caso en que la Madre no presente o no se sospeche alguna patología, será enviada a Sala de Puerperio Fisiológico, en caso contrario será enviada a Sala de Puerperio Patológico.

5.6.9.13 La Recuperación del Recién Nacido:

Es vista a través del traslado a Sala de alojamiento conjunto de Recién Nacidos en que no existen patologías o no se sospecha de su existencia, en caso contrario son enviados a la Sala de Cuidados Intermedios o Cuidados Intensivos. A Sala de observación pueden ser trasladados Recién Nacidos con eventos que no ponen en peligro la Salud y la vida del Recién Nacido o porque la Madre fué trasladada a Puerperio Patológico y/o Sala de Cesareadas.

VI. HIPOTESIS

Las diferentes calificaciones del Recurso Humano, presencia del Recurso Material y cumplimiento de la Norma de Atención varían según Turno de Atención en los ingresos a la Sala de Labor y Parto.

VII. METODICA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo transversal y analítico.

7.2 UNIVERSO

Las mujeres embarazadas en trabajo de Parto, que ingresaran a la -- Sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón, atendiendo a la demanda espontánea del servicio.

7.3 MARCO MUESTRAL

7.3.1 Unidad de Análisis:

Mujeres embarazadas en trabajo de parto que ingresaron a la Sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón, el pro - ducto de esos Partos, vistos a través del Recurso Humano, Re curso Material, Norma de Atención, Recuperación de la Madre - y el Recién Nacido.

7.3.2 Determinación de la Muestra:

La muestra fue establecida considerando el número de ingre-- sos con Normas de Atención completas, según Turno de Atención, obteniéndose un tamaño de muestra de 184 observaciones a rea lizar. Este número fue distribuido proporcionalmente por - Turno de atención y recolectado de forma secuencial.

7.3.3 Delimitación en Tiempo y Espacio:

Se realizó durante el mes de Septiembre de 1987 en la Sala - de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque.

7.3.4 La Evaluación de la Atención de los Ingresos a la Sala de -- Labor y Parto, fue considerada a partir de el proceso de ---

atención, en el que intervienen factores estructurales del - servicio, así como elementos biológicos de la Madre, determi - nando ambos los resultados expresados en Mortalidad, Morbili - dad o Recuperación de la Madre y el Recién Nacido.

La Metodología utilizada fue la observación directa de las - actividades que se realizan durante el trabajo de Parto, en - la Sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque, considerando el cumplimiento o no de la Norma de Atención -- que reglamenta estas actividades, la calificación del Recur - so Humano que intervino en dicha atención, la suficiencia -- del Recurso Material, la Recuperación de la Madre y el Re -- cién Nacido por Turno de Atención, quedando así constituídas las variables a ser medidas.

El ingreso a la Sala de Labor y Parto es precedido por la - atención brindada en Sala de Emergencia, en donde se elabora la nota de Ingreso y luego es trasladada La Madre en camilla a la Sala de Labor y Parto, en donde se completa el Expe -- diente Clínico. Las actividades de Atención al trabajo de - Parto son hechas en un ambiente para el período de dilata -- ción y un otro para el período expulsivo. Ambas Salas son - consideradas áreas restringidas, contando la Sala de Labor = con Camas para las Madres, Servicio Higiénico y Estación de Enfermería, la Sala de Expulsivos cuenta de cuatro (4) ambien - tes con Mesa de Partos, Lavabo para las Manos, Estación de - Enfermería y un pequeño espacio con una Cuna Térmica.

7.3.5 PROCESO DE RESULTADOS

Fue hecho en una Computadora Olivety M-24 - Disco duro 20 Me - gabits D' Base III en SPSS y el análisis en SPSS / P C.

VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

8.1 CONSIDERACIONES GENERALES

El presente estudio consideró como elemento importante para su realización, lo factible en términos de tiempo y recursos necesarios, tomando en cuenta la amplitud de las Investigaciones de Calidad de Atención Médica, incluyendo su complejidad e indefinición producto de los múltiples factores que intervienen, así como del estudio del conocimiento que se posee acerca de ellos, en muchos casos insuficiente en relación a su influencia sobre la Calidad de Atención y en consecuencia sobre el Estado de Salud de la población. Es por esto que se limita la investigación a la observación de los ingresos a la Sala de Labor y Parto que en general son de Mujeres en trabajo de Parto, presentándose en período de dilatación o en período expulsivo.

Fueron hechas pruebas pilotos para definir el instrumento de recolección de la información (Anexo # 1). A partir de esto se recolectó la información referente al Recursos Humano y Material de cada una de las observaciones hechas, así como las actividades de la atención consignadas en la Norma y las de Recuperación fisiológica o nó de la Madre y el Recién Nacido. Se contó además con una casilla de "Observaciones" en donde se anotó los elementos que llamaron más la atención en cada una de las observaciones hechas en relación a la Norma de Atención.

La multiplicidad de factores que intervienen en la Atención Médica del Parto indicaron la necesidad de limitar la investigación, así como plantean un mayor número de recursos y tiempo si se desea observar el estudio de otros elementos, además de los abordados en la presente investigación.

TABLA No. 1

Se observaron durante el período de investigación 247 ingresos a la Sala de Labor y Parto, distribuidos en tres Turnos de Atención: El

Matutino 32%, Vespertino 40% y el Nocturno 28%. En relación a la forma de terminación del embarazo, 72% fueron partos Eutócicos, 14% partos Distócicos y 14% Cesáreas. No se observó significancia estadística en la relación Turno y forma de terminación del Embarazo.

8.2 ANALISIS POR OBJETIVOS

8.2.1 OBJETIVO ESPECIFICO # 1

8.2.1.1 TABLA # 2 DIAGRAMA DE BARRA # 1

En relación al cumplimiento o no de la Norma de Atención en los ingresos observados, estos tuvieron comportamiento variable según cada uno de los componentes de la Norma. El porcentaje de incumplimiento fue para Anamnesis e Historia Clínica del embarazo actual 54%, Exámen Físico 66%, Partograma 39%, Enema 21%, Higiene Perineal 27% y Ropa Médico el 31%. La información proveniente de Partos expulsivos y Cesáreas fue excluida en donde se consideró necesario según las características de los elementos de la Norma.

8.2.1.2 TABLA # 3. DIAGRAMA DE BARRA # 2

En relación al cumplimiento o no de Anamnesis, Historia Clínica del embarazo actual y Exámen Físico en forma simultánea, el incumplimiento fue de 68%. En las medidas Higiénicas, Asépticas fue del 60%. En conjunto las Normas de Atención fue incumplida en el 87% de los ingresos. La información proveniente de los ingresos en períodos expulsivos y cesáreas fue excluida según características de los elementos de la Norma.

8.2.1.4 TABLA # 4

Se observó el cumplimiento o no de la Norma de Aten

ción, en los elementos Anamnesis, Historia Clínica-del embarazo actual y Exámen Físico y su distribución por Turno de Atención. En el Matutino presentó 47% de cumplimiento y este fue del 21% en el Nocturno. Estas diferencias tienen significancia estadística ($P < .05$). Es de señalar el bajo porcentaje de cumplimiento de elementos importantes para la discriminación del Riesgo obstétrico. Fue excluida la información proveniente de expulsivos.

8.2.1.4 TABLA # 5

En relación al cumplimiento o incumplimiento de la Norma de Atención en los elementos de Higiene, Asepsia y Antiseptia y su distribución por Turno de Atención. En el Matutino presentó 65% de cumplimiento, este fue de 0% en el Nocturno. Estas diferencias tienen significancia estadísticas ($P < .05$). El Lavado de manos antes del tacto vaginal y del parto no se realizó en un 100% de los ingresos. Es importante señalar las técnicas de Higiene, Asepsia y Antiseptia para el control y eliminación de infecciones causadas por gérmenes patógenos. Fue excluida la información proveniente de expulsivos y cesáreas.

8.2.1.5 TABLA # 6

El incumplimiento de la Norma de Atención en su conjunto fue en el 87% de los ingresos observados. Según Turno de Atención fue del 72% en el Matutino y de 100% en el Nocturno. Las diferencias encontradas tienen significancia estadística ($P < .05$). Resalta el bajo cumplimiento de la Norma de Atención-Médica en el conjunto de ingresos observados, así como el absoluto incumplimiento en el Turno Nocturno. Fue excluida la información proveniente de expulsivos y cesáreas.

8.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO # 2

8.2.2.1 Los Recursos Humanos fueron clasificados según su formación académica en: MB - R III, R II - R I, -- MI - PI.

8.2.2.2 TABLA # 7

En relación a la calificación del Recurso Humano se observó que el 17% fue atendido por MB - R III, 19% por R II - R I, 64% por MI - PI. Según Turno de atención en el Matutino el 22% fue atendido por --- MB - R III y en el Nocturno únicamente el 9% por es te mismo recurso. Las diferencias encontradas tienen significación estadística. ($P < .05$).

8.2.2.3 TABLA # 8

En cuanto calificación del Recurso Humano y la forma de terminación del embarazo. Las diferencias en en contradas en tienen significación estadística ---- ($P < .05$). Señalando que la atención al Alto Riesgo Obstétrico es hecha en proporciones mayores por el Recurso Humano menos calificado, quien atendió - el 50% de los partos distócicos.

8.2.2.4 TABLA # 9

La Calificación del Recurso Humano en relación a -- la paridad de los ingresos fue en el 28% de Nuliparas y 6% de Primiparas atendidas por MB - R III, -- 52% de Nuliparas y 72% de Primiparas atendidas por MI - PI. Las diferencias tienen significancia esta dísticas ($P < .05$) advirtiéndose que no existe correspondencia entre el riesgo dado por la paridad y la calificación del Recurso Humano.

8.2.2.5 TABLA # 10

En relación a calificación del Recurso Humano y Norma de Atención en sus elementos Anamnesis, Historia Clínica del embarazo actual y Exámen Físico fue cumplida en un 51% de los ingresos atendidos por MB - R III, en 19 y 30% por R II - R I y MI - PI respectivamente, estas diferencias tienen significancia estadística ($P < .05$), muestra la existencia de un bajo cumplimiento independientemente de la calificación del recurso, fueron excluidos los partos expulsivos. Fueron los recursos de menor calificación R II, R I, MI - PI quienes incumplieron en mayor proporción la Norma de Atención.

8.2.2.6 TABLA # 11

En cuanto a calificación del Recurso Humano y Norma de Atención en sus elementos Higiene, Asepsia y Antiseptia no se observaron diferencias estadísticas significativas ($P > .05$), encontrándose un cumplimiento proporcionalmente bajo y uniforme independientemente a la calificación del Recurso Humano. Fue excluida la información proveniente de expulsivos y cesáreas. No se observó cumplimiento del lavado de manos en un 100% de los ingresos atendidos.

8.2.2.7 TABLA # 12

Se observó la calificación del Recurso Humano y la Norma de Atención en conjunto. Las diferencias obtenidas no tienen significancia estadísticas ($P > .05$). Llama la atención este resultado, cuando debiera esperarse un mayor cumplimiento de la Norma por parte de los recursos de mayor calificación. Fue excluida la información proveniente de expulsivos y cesáreas.

8.2.3 OBJETIVO ESPECIFICO # 3

El Recurso Material necesario considerado fue la Maleta de Parto.

8.2.3.1 TABLA # 13

En relación a la presencia de la Maleta de Parto -- solo en un 25% de los ingresos se encontró. Según el Turno de atención estuvo presente en el Matutino y Vespertino en el 30% y en el Nocturno en 10%, las diferencias tienen significancia estadísticas ---- ($P < .05$), es de señalar la pobre presencia de este recurso en general y la ausencia casi total en el Nocturno. Fue excluida la información proveniente de ingresos terminados en cesáreas.

8.2.3.2 TABLA # 14

En cuanto al Diagnóstico de los ingresos y la presencia de la Maleta de Parto, las diferencias no -- fueron significativas ($P > .05$), llama la atención que no existen criterios de priorización según el diagnóstico. Señalando un comportamiento uniforme de la presencia de este recurso, independientemente del diagnóstico del parto. Fue excluida la información proveniente de cesáreas.

8.2.4 OBJETIVO ESPECIFICO # 4

Se consideró el destino de la Madre y el Recién Nacido, para determinar su recuperación.

8.2.4.1 TABLA # 15

En relación al destino de la Madre, el 90% fue trasladada a Puerperio Fisiológico y el 10% a Puerperio

Patológico. Atendiendo al diagnóstico se observó - que un 56% de los partos distócicos fueron enviados a Puerperio Fisiológico. Las diferencias tienen -- significancia estadística ($P < .05$). Llama la aten- ción estos resultados que posiblemente indiquen de- ficientes criterios, tanto para el diagnóstico del Parto como para la derivación hacia el Puerperio. - Fue excluída la información proveniente de cesáreas.

8.2.4.2 TABLA # 16

Se observó el Destino de la Madre y Turno de aten- ción, no encontrando diferencias significativas --- ($P > .05$). Indicando estos resultados que el desti- no de las Madres no se vió influído por el Turno de atención. Se excluyó la información proveniente de cesáreas.

8.2.4.3 TABLA # 17

La calificación del Recurso Humano y el destino de las Madres no mostró diferencias significativas --- ($P > .05$), era de esperarse la posibilidad que el - destino de la Madre estuviera influído por la cali- ficación del Recurso Humano, indicando esto crite- rios deficientes para la atención del Parto y Puer- perio según riesgos. Fue excluída información pro- veniente de cesáreas.

8.2.4.4 TABLA # 18

El destino de egreso de la madre y el cumplimiento- o nó de la Norma de Atención mostró diferencias no significativas ($P > .05$), señalando un incumplimien- to de la Norma por igual, independientemente del -- destino de egreso de la Madre. Fue excluída la --- información proveniente de expulsivos y cesáreas.

8.2.4.5 TABLA # 19

El 79% de Recién Nacidos egresaron a Alojamiento -- Conjunto, el 18.5% al servicio de Neonatología y hubo un 2.5% de Mortinato. En relación al destino -- del R.N y diagnóstico del Parto se observó que el 36% de productos de Partos distócicos fue hacia Alojamiento Conjunto. Las diferencias tienen significancia estadística ($P < .05$). Este resultado puede indicar que los productos de Partos Distócicos no son evaluados correctamente para su derivación. -- Fue excluída la información proveniente de cesáreas.

8.2.4.6 TABLA # 20

No se observó diferencias significativas ($P > .05$)-- en relación al destino del Recién Nacido y el Turno de Atención. Fue excluída la información proveniente de cesáreas.

8.2.4.7 TABLA # 21

En relación al destino del Recién Nacido y calificación del Recurso Humano se encontró diferencias significativas ($P < .05$). Fue excluída la información proveniente de Cesáreas.

8.2.4.8 TABLA # 22

No se observó diferencias significativas ($P > .05$)-- en la relación destino del Recién Nacido y la Norma de Atención. Indicando un comportamiento igual en relación al cumplimiento o nó de la Norma independientemente del destino del Recién Nacido. Fue --- excluída la información proveniente de expulsivos y cesáreas.

TABLA No. 1

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN LA FORMA DE TERMINACION DEL EMBARAZO Y EL TURNO DE ATENCION. SEPTIEMBRE 1987.

TURNO	EUTOCICO	DISTOCICO	CESAREA	TOTAL	%
T 1 ...	60	12	8	80	32
T 2 ...	70	13	16	99	40
T 3 ...	49	9	10	68	28
TOTAL	179 (72%)	34 (14%)	34 (14%)	247	100

$$X^2 = 1.5$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE
RECOLECCION

$$GL = 4$$

$$(P > .05)$$

TABLA No. 2

INGRESO EN LA SALA DE LABOR Y PARTO SEGUN CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE --
NORMA DE ATENCION, SEPTIEMBRE 1987.

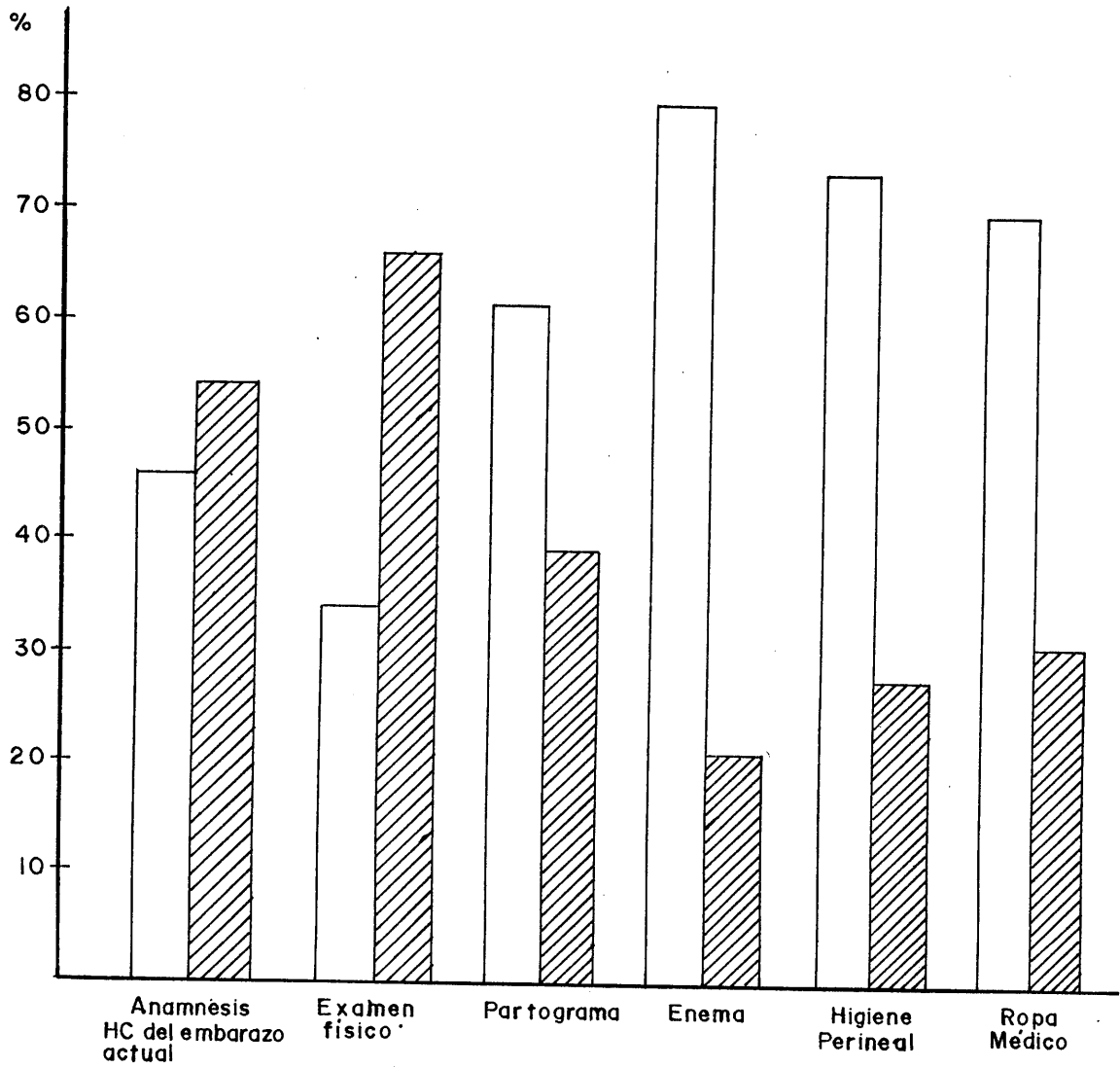
NORMA DE ATENCION	NUMERO	PORCENTAJE
ANAMNESIS HISTORIA EMBARAZO ACTUAL		
SI	100	46
NO	119	54
TOTAL	219	
EXAMEN FISICO		
SI	74	34
NO	145	66
TOTAL	219	
PARTOGRAMA		
SI	94	61
NO	60	39
TOTAL	154	
ENEMA		
SI	126	79
NO	33	21
TOTAL	159	
HIGIENE PERINEAL		
SI	122	73
NO	44	27
TOTAL	166	
ROPA MEDICO		
SI	92	69
NO	41	31
TOTAL	133	

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

DESCONOCIDOS: PARTOGRAMA- 65
ENEMA - 60
H.PERINEAL -53
R. MEDICO - 80

DIAGRAMA N° 1

INGRESO EN LA SALA DE LABOR
Y PARTO SEGUN CUMPLIMIENTO O IN-
CUMPLIMIENTO DE NORMA DE ATENCION
SEPT. /87



Fuente: Instrumento de recolección

Leyenda

- SI
- NO

TABLA No. 3

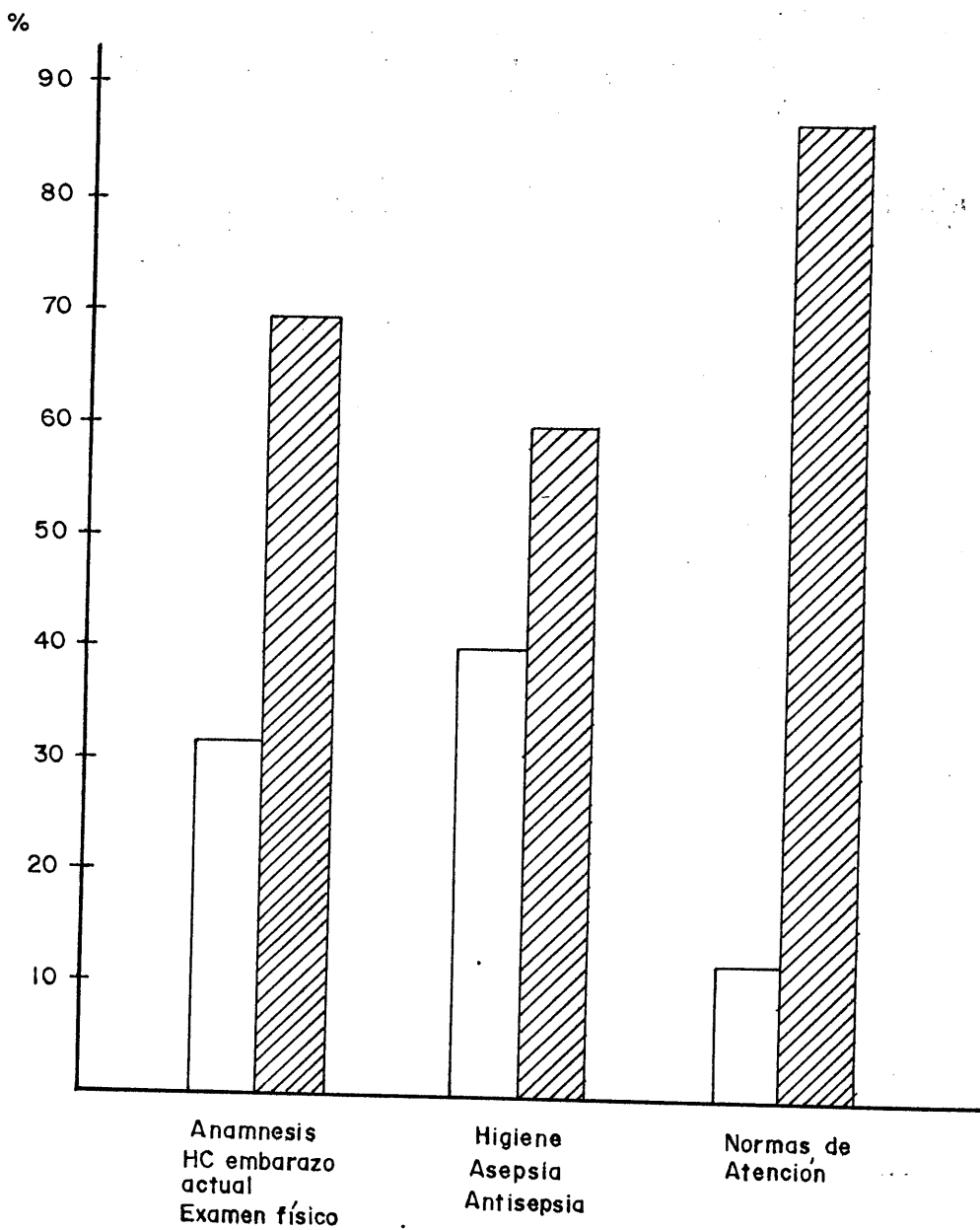
INGRESOS OBSERVADOS SEGUN CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE NORMA DE ATENCION- EN CONJUNTO. ANAMNESIS, HISTORIA CLINICA DEL EMBARAZO ACTUAL, EXAMEN FISICO, HIGIENE - ASEPSIA Y ANTISEPSIA. SEPTIEMBRE 1987.

NORMA DE ATENCION	NUMERO	PORCENTAJE
ANAMNESIS HISTORIA CLINICA DEL EMBARAZO ACTUAL Y EXAMEN FISICO.		
SI	70	32
NO	149	68
TOTAL	219	
HIGIENE ASEPSIA ANTISEPSIA		
SI	74	40
NO	111	60
TOTAL	185	
NORMA DE ATENCION CONJUNTO		
SI	24	13
NO	161	87
TOTAL	185	

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

DIAGRAMA N° 2

Ingresos observados según cumplimiento o incumplimiento de norma de atención en conjunto, Anamnesis, historia clínica del embarazo actual, examen físico, Higiene aseptia y antiseptia.
SEP / 87



Fuente: Instrumento de recolección

Leyenda



-  SI
-  NO

TABLA No. 4

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN EL CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE NORMA DE ATENCION: ANAMNESIS, HISTORIA CLINICA DEL EMBARAZO ACTUAL, EXAMEN FISICO, SEGUN-DISTRIBUCION POR TURNO DE ATENCION. SEPTIEMBRE 1987.

TURNO	SI	%	NO	%	TOTAL
T ₁	35	47	40	53	75
T ₂	23	26	66	74	89
T ₃	12	21	43	79	55
TOTAL	70	32	149	68	219

$$\chi^2 = 21.25$$

$$GL = 2$$

$$(P < .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

TABLA No. 5

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN EL CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE: NORMA DE ATENCION: HIGIENE, ASEPSIA - ANTISEPSIA, SEGUN SU DISTRIBUCION POR TURNO DE ATENCION. SEPTIEMBRE 1987.

TURNO	SI	%	NO	%	TOTAL
T ₁	44	65	24	35	68
T ₂	30	42	42	58	72
T ₃	0	0	45	100	45
TOTAL	74	40	111	60	185

$$\chi^2 = 47.3$$

$$GL = 2$$

$$(P < .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

TABLA No. 6

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN EL CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE --
 ATENCION EN SU CONJUNTO, SEGUN SU DISTRIBUCION POR TURNO DE ATENCION. SEPTIEM
 BRE 1987.

TURNO	SI	%	NO	%	TOTAL
T ₁	19	28	49	72	68
T ₂	5	7	67	93	72
T ₃	0	0	45	100	45
TOTAL	24	13	161	87	185

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

$$X^2 = 22.5$$

$$GL = 2$$

$$(P < .05)$$

TABLA No. 7

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN CALIFICACION DEL RECURSO HUMANO Y TURNO DE ATENCION.-
SEPTIEMBRE 1987.

TURNO	MB- R III	%	R II-RI	%	MI-PI	%	TOTAL
T ₁	17	22	16	20	46	58	79
T ₂	20	20	11	11	68	69	99
T ₃	6	9	19	28	43	63	68
TOTAL	43	17	46	19	157	64	246

$$X^2 = 11.08$$

$$GL = 4$$

(P < .05)

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

DESCONOCIDOS: 1

TABLA No. 8

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN LA FORMA DE TERMINACION DEL EMBARAZO Y CALIFICACION -
DE RECURSO HUMANO. SEPTIEMBRE 1987.

TERMI NACION DEL EMBA RAZO	MB- R III	%	R II - R I	%	MI - PI	%	TOTAL
EUTO CICO	7	4	31	17	141	79	179
DISTO CICO	10	31	6	19	16	50	32
CESA REA	26	76	8	24	0	0	34
TOTAL	43	18	45	18	157	64	245

$$X^2 = 120.2$$

$$GL = 4$$

$$(P < .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

DESCONOCIDOS: 2

TABLA No. 9

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN PARIDAD Y CALIFICACION DEL RECURSO HUMANO. SEPTIEM - BRE 1987.

PARI- DAD	MB- R III	%	R II- R I	%	MI- PI	%	TOTAL
NULI PARA	23	28	17	20	43	52	83
PRI MIPA RA	2	6	8	22	26	72	36
SECUN DIPA- RA	4	11	5	13	29	76	38
TRES O MAS	10	15	12	17	47	68	69
TOTAL	39	17	42	18	145	65	226

$$\chi^2 = 13.2$$

$$GL = 6$$

$$(P < .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

DESCONOCIDOS : 21

TABLA No. 10

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN LA CALIFICACION DEL RECURSO HUMANO, NORMA DE ATENCION: ANAMNESIS, HISTORIA CLINICA DEL EMBARAZO ACTUAL, EXAMEN FISICO. SEP - TIEMBRE 1987.

RECURSOS HUMANOS	SI	%	NO	%	TOTAL
MB-R III	21	51	20	49	41
R II - R I	8	19	34	81	42
MI-PI	40	30	95	70	135
TOTAL	69	32	149	68	218

$$\chi^2 = 10.6$$

$$GL = 2$$

$$(P < .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION
DESCONOCIDOS: 1

TABLA No. 11

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN LA CALIFICACION DEL RECURSO HUMANO Y NORMA DE ATENCION: HIGIENE, ASEPSIA Y ANTISEPSIA. SEPTIEMBRE 1987.

RECURSOS HUMANOS	SI	%	NO	%	TOTAL
MB R III	6	50	6	50	12
R II- R I	13	38	21	62	34
MI-PI	55	41	80	59	135
TOTAL	74	41	107	59	181

$\chi^2 = .49$
 GL = 2
 (P > .05)

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION
 DESCONOCIDOS: 4

TABLA No. 12

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN LA CALIFICACION DEL RECURSO HUMANO Y NORMA DE ATENCION EN CONJUNTO. SEPTIEMBRE 1987.

RECURSOS HUMANOS	SI	%	NO	%	TOTAL
MB-RIII	2	17	10	83	12
R II R I	5	15	29	85	34
MI-PI	17	13	118	87	135
TOTAL	24	13	157	87	181

$$\chi^2 = .23$$

$$GL = 2$$

$$(P > .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

DESCONOCIDOS: 4

TABLA No. 13

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LA MALETA DE PARTO Y ---
 TURNO DE ATENCION. SEPTIEMBRE 1987.

TURNO	SI	%	NO	%	TOTAL
T ₁	22	30	51	70	73
T ₂	26	31	56	69	82
T ₃	6	10	52	90	58
TOTAL	54	25	159	75	213

$$\chi^2 = 9.56$$

$$GL = 2$$

$$(P < .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

TABLA No. 14

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LA MALETA DE PARTO Y ---
DIAGNOSTICO. SEPTIEMBRE 1987.

DIAGNOS TICO	SI	%	NO	%	TOTAL
EUTO CICO	46	26	133	74	179
DISTO CICO	8	24	26	76	34
TOTAL	54	25	159	75	213

$$X^2 = .074$$

$$GL = 1$$

$$(P > .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

TABLA No. 15

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN EL DESTINO DE LA MADRE Y EL DIAGNOSTICO. SEPTIEMBRE 1987.

DIAGNOSTICO	P.FISIOLOGICO	%	P.PATOLOGICO	%	TOTAL
EUTOCICO	172	96	8	4	180
DISTOCICO	18	56	14	44	32
TOTAL	190	90	22	10	212

$$X^2 = 45.3$$

$$GL = 1$$

$$(P < .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

DESCONOCIDOS: 1

TABLA No. 16

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN DESTINO DE LA MADRE Y TURNO DE ATENCION. SEPTIEMBRE 1987.

TURNO	PUERPERIO FISIOLO- GICO	%	PUERPERIO PATOLOGI- CO	%	TOTAL
T ₁	66	92	6	8	72
T ₂	73	89	9	11	82
T ₃	51	88	7	12	58
TOTAL	190	90	22	10	212

$$\chi^2 = .51$$

$$GL = 2$$

$$(P > .05)$$

FUENTE INSTRUMENTO DE RECOLECCION

DESCONOCIDOS: 1

TABLA No. 17

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN DESTINO DE LA MADRE Y CALIFICACION DEL RECURSO HUMANO. SEPTIEMBRE 1987.

RECURSOS HUMANOS	P. FISIO LOGICO	%	P. PATO LOGICO	%	TOTAL
MB- R III	15	83	3	17	18
R II- R I	33	87	6	13	39
MI-PI	142	92	13	8	155
TOTAL	190	90	22	10	212

$$X^2 = 2.6$$

$$GL = 2$$

$$(P > .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION
DESCONOCIDOS: 1

TABLA No. 18

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN DESTINO DE LA MADRE Y CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ATENCION EN CONJUNTO. SEPTIEMBRE 1987.

PUERPE RIO	SI	%	NO	%	TOTAL
FISIOLO GICO.	24	15	141	85	165
PATOLO GICO	0	0	19	100	19
TOTAL	24	13	160	87	184

$$\chi^2 = 3.10$$

$$GL = 1$$

$$(P > .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION
DESCONOCIDOS: 1

TABLA No. 19

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN DESTINO DE RECIEN NACIDO Y DIAGNOSTICO DEL PARTO. SEPTIEMBRE 1987.

DIAGNOSTICO	A. CON JUNTO	%	OBS.	%	C. IN TERM.	%	UCI	%	OBITOS	%	TOTAL
EUTO CICO	156	87	13	7	7	4	3	1.5	1	.5	180
DISTO CICO	12	36	13	39	2	6.5	2	6.5	4	12	33
TOTAL	168	79	26	12	9	4	5	2.5	5	2.5	213

$X^2 = 53.4$
 $GL = 4$
 $(P < .05)$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

TABLA No. 20

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN DESTINO DEL RECIEN NACIDO Y TURNO DE ATENCION. SEPTIEMBRE 1987.

TURNO	A CON JUNTO	%	OBS	%	C IN TERM.	%	U C I	%	OBITO	%	TOTAL
T 1	57	79	8	11	4	6	1	1	2	3	72
T 2	64	77	11	13	3	4	4	5	1	1	83
T 3	47	81	7	12	2	3.5	0	0	2	3.5	58
TOTAL	168	79	26	12	9	4	5	2.5	5	2.5	213

$$\chi^2 = 5.4$$

$$GL = 8$$

$$(P > .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

TABLA No. 21

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN DESTINO DEL RECIEN NACIDO Y CALIFICACION DEL RECURSO HUMANO. SEPTIEMBRE 1987.

R. HUMA NO	A. CON JUNTO	%	OBS.	%	C. IN. TERM	%	U C I	%	OBITO	%	TOTAL
MB- R III	9	45	6	30	2	10	2	10	1	5	20
R II R I	31	82	2	5	1	2.5	1	2.5	3	8	38
MI-PI	128	83	18	11.5	6	4	2	1	1	.5	155
TOTAL	168	79	26	12	9	4	5	2.5	5	2.5	213

$$X^2 = 28.1$$

$$GL = 8$$

$$(P < .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

TABLA No. 22

INGRESOS OBSERVADOS SEGUN DESTINO DEL RECIEN NACIDO Y NORMA DE ATENCION. SEPTIEMBRE 1987.

NORMA	A. CON JUNTO	%	OBS.	%	C. IN	%	U C I	%	OBITO	%	TOTAL
SI	20	83	3	13	0	0	1	4	0	0	24
NO	126	78	19	12	8	5	3	2	5	3	161
TOTAL	146	79	22	12	8	4	4	2	5	3	185

$$\chi^2 = 2.52$$

$$GL = 4$$

$$(P > .05)$$

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

IX. CONCLUSIONES

9.1 CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

9.1.1 Durante el mes que duró la investigación fueron observados - 247 ingresos a la Sala de Labor y Parto, distribuidos en -- tres Turnos de Atención: Matutino 32%, Vespertino 40% y -- Nocturno 28%. En relación a la forma de terminación del embarazo: Partos Eutócicos 72%, Partos Distócicos 14% y Cesárea 14%. Como era de esperarse, no fue observada diferen -- cias significativas en la relación Turno de Atención y forma de terminación del embarazo ($P > .05$) tabla #1. Por lo tanto se requiere una distribución uniforme del recurso humano y material.

9.1.2 En relación al cumplimiento de la Norma de Atención en los - ingresos observados este fue: Anamnesis e Historia Clínica del embarazo actual 46%. Exámen Físico 34%, Higiene-Asepsia y Antisepsia 40%, obtuviéndose para el conjunto de elementos que forman la Norma de Atención 13% de cumplimiento, tabla - # 2 y # 3 y Diagrama # 1 y 2, sin duda alguna los resultados alcanzados influyeron en la elaboración del diagnóstico basado en criterios de riesgos, así también en la uniformidad de procedimientos y técnicas, pudiendo convertirse dicho incumplimiento en factor de importancia que ponga en riesgo la salud de la Madre y Recién Nacido. Se realizó la comprobación de la Norma de Atención según Turno de Atención, observándose ser el Matutino en donde existió un cumplimiento propor - cionalmente mayor: Anamnesis, Historia Clínica del embarazo actual, Exámen Físico 47%, Higiene-Asepsia y Antisepsia 65%, en el Turno Nocturno se obtuvo 21% y 0% respectivamente. Las diferencias encontradas tienen significación ($P < .05$), ta - bla # 4 y 5, señalando el desconocimiento o insuficiente do - minio de las Normas. Así como la distribución desigual del cumplimiento de la Norma de Atención por Turno, indica defi - ciencia en su Sistema de Atención basado en Normas.

La relación Norma de Atención en todos sus elementos y Turno de Atención, muestra diferencias estadísticamente significativas, ($P < .05$), tabla # 6. El Turno Matutino fue de 28%, en el Nocturno fue de 0%. Es de suponer que la relación encontrada tenga su explicación en las mismas razones señaladas anteriormente.

- 9.1.3 En relación a Calificación del Recurso Humano y Turno de Atención fue el Matutino en donde hubo mayor participación directa u orientadora por parte del MB- R III 22%, y en el Nocturno se encontró una participación en el 9% de los ingresos. El MI-PI tuvo una participación proporcional semejante a través de los diferentes Turnos de Atención. Las diferencias tienen significación estadística ($P < .05$) tabla # 7. La menor oferta proporcionada por el Recurso Humano de mayor calificación posiblemente esta dada por su distribución desigual y escaso número a través de los Turnos de Atención, en consecuencia es el recurso menos calificado el que atiende el mayor número de ingresos.

En cuanto a la forma de terminación del embarazo y calificación del Recurso Humano, fueron observadas diferencias significativas ($P < .05$) tabla # 8, llama la atención ser el Recurso Humano de menor calificación MI-PI quien atiende el 50% de los ingresos concluidos en partos Distócicos, lo que posiblemente estaría dado tanto por la escases del Recurso Humano de mayor calificación así como por la insuficiente utilización de la Norma de Atención o por su desconocimiento. Impidiendo así la discriminación adecuada del Riesgo Obstétrico.

En relación a calificación del Recurso Humano y Paridad de los ingresos, se encontró diferencias estadísticamente significativas ($P < .05$) tabla # 9 llamando la atención el ser el recurso de menor calificación quien atendió a 52% de las Nullíparas y 72% de las Primíparas ingresadas. Probablemente los resultados encontrados sean debido a las mismas razones señaladas en el párrafo anterior.

En la relación calificación del Recurso Humano y cumplimiento de la Norma de Atención en sus elementos Anamnesis, Historia Clínica del embarazo actual y Exámen Físico se obtuvo diferencias significativas ($P < .05$) tabla # 10. Se observó ser el MB-R III quien cumple proporcionalmente mayor dichos elementos. Este comportamiento diferenciado desaparece en la comprobación de la Norma de Atención en sus elementos Higiéne-Asepsia y Antisepsia, así como en el Cumplimiento del conjunto de elementos que componen la Norma, no existiendo significancia estadística ($P > .05$) tablas # 11 y 12, pudiendo tener explicación en el desconocimiento o insuficiencia del mismo por parte de las diversas calificaciones del Recurso Humano.

- 9.1.4 En la relación presencia de la Maleta de Parto y Turno de Atención mostró diferencias significativas ($P < .05$) tabla # 13, fue en el Turno Matutino donde se encontró en proporción mayor este recurso 30% de los ingresos. Se observó una distribución desigual por Turno de Atención, en el Turno Nocturno 10% de los ingresos terminados en parto, tuvieron presente la Maleta de parto. Señalando los resultados anteriores, un abastecimiento insuficiente con una distribución por Turno de Atención desigual de Recurso Material.

En la comprobación de la presencia del Recurso Material y Diagnóstico del parto no se encontraron diferencias con significancia estadística ($P > .05$) tabla # 14. Señalando uniformidad en su distribución independiente del Diagnóstico del parto. Posiblemente este explicado por la baja proporción de partos con presencia del Recurso Material, además de ser la maleta de parto recurso indispensable para la atención, independientemente del Diagnóstico.

- 9.1.5 En cuanto al Diagnóstico del parto y el Destino de egreso de la Madre fueron observadas diferencias estadísticamente significativas ($P < .05$), tabla # 15. Llamando la atención que los partos distócicos 56% fueron enviadas a Puerperio Fisio-

lógico, lo que pudiera estar dado por un inadecuado diagnóstico del parto como de la conducta establecida al egreso de la sala, originado en la utilización insuficiente de la Norma de Atención.

En relación al Destino de Egreso de la Madre y el Turno de Atención, no se observó diferencias significativas ($P > .05$) tabla # 16. Esto sugiere la necesidad de una distribución uniforme de los Recursos Humanos y Materiales.

Se observó la relación calificación del Recurso Humano y Destino de egreso de la Madre, no encontrándose diferencias significativas ($P > .05$), tabla # 17. La uniformidad encontrada sugiere la baja utilización del Recurso Humano más calificado, así como el ineficiente uso de criterios de egreso.

En relación al Destino de egreso de la Madre y Norma de Atención, no se encontró diferencias significativas ($P > .05$), tabla # 18. Estos resultados son originados en el desconocimiento o insuficiente uso de la Norma de Atención que permita la identificación adecuada del Riesgo Obstétrico.

En la relación Destino del Recién Nacido y Diagnóstico del parto, fueron encontradas diferencias significativas ($P < .05$), tabla # 19. Los resultados muestran una insuficiente correspondencia en la relación estudiada, pudiendo ser consecuencia de una inadecuada elaboración del Diagnóstico del parto, producto de la baja utilización de la Norma de Atención así como de una conducta normada en relación a los egresos.

La relación Turno de Atención y Destino de egreso del Recién Nacido, no mostró diferencias significativas ($P > .05$), tabla # 20, indicando una distribución uniforme, en esta correspondencia y la necesidad de una distribución igual del Recurso Humano y Material.

En la relación Destino de egreso del Recién Nacido y calificación del Recurso Humano, se encontraron diferencias significativas ($P < .05$), tabla # 21. Estos resultados señalan una insuficiente correspondencia entre la calificación del Recurso Humano y el riesgo en el Recién Nacido dado por el destino de egreso. Además reflejan una subutilización del recurso de mayor calificación, así como la no utilización de criterios que norman la evaluación del egreso de mayor riesgo por ese recurso.

La relación Destino de egreso del Recién Nacido y Norma de Atención no mostró diferencias estadísticas con significancia ($P > .05$), tabla # 22. Señalando que los bajos cumplimientos de la Norma de Atención al parto se distribuyeron uniformemente en las diferentes alternativas de egreso del Recién Nacido. En consecuencia la posibilidad de la determinación preventiva del riesgo es prácticamente inexistente.

9.2 CONCLUSIONES FINALES

- 9.2.1 Los bajos cumplimientos de la Norma de Atención al Parto no posibilitan la determinación del riesgo obstétrico, influyendo negativamente en la formación de criterios de riesgo en relación al Recién Nacido.
- 9.2.2 Los Recursos Humanos que intervienen en la atención al parto desconocen o tienen un conocimiento insuficiente de la Norma de Atención al Parto, independientemente de su calificación.
- 9.2.3 La distribución desigual del Recurso Humano y los bajos cumplimientos de la Norma de Atención al Parto impiden una utilización adecuada de estos. En consecuencia el Recurso Humano de mayor calificación oferta poca atención a los ingresos de mayor riesgo obstétricos, siendo estos atendidos por los Recursos Humanos de menor calificación.
- 9.2.4 La maleta del Parto, recurso indispensable fue insuficiente y tuvo una distribución desigual por Turno de Atención. In-

fluyendo negativamente en la atención ofertada

X. RECOMENDACIONES

- 10.1 Revisar los Planes de Formación del futuro Personal de Salud en los Institutos Politécnicos de Salud, Facultad de Medicina, así como en la Especialidad de Ginecoobstetricia a fin de destacar la Norma de Atención Materno Infantil.
- 10.2 Revisar los aspectos administrativos del Servicio de Ginecoobstetricia en lo que se refiere a:
 - 10.2.1 Planificación, Organización y Distribución del Recurso Material Necesario por Turno de Atención y según Riesgos obstétricos.
 - 10.2.2 Planificación, Organización y Distribución del Recurso Humano, considerando las diversas calificaciones tanto para la atención directa como para supervisión según Turno de Atención.
 - 10.2.3 Información continua y veraz a cerca de la aplicación de la Norma de Atención, que permita a la Dirección tomar decisiones que estimulen o corrijan la buena o deficiente atención.
- 10.3 Revisar los aspectos docentes en el Servicio de Ginecoobstetricia, permitiendo establecer:
 - 10.3.1 Ejecución del Plan de Estudio conforme lo establecido, especialmente en lo que se refiere a la Norma de Atención del Parto.
 - 10.3.2 Evaluación sistemática, continua, acumulativa del conocimiento y aplicación de la Norma de Atención del Parto Hospitalario por parte del Personal del Servicio, especialmente al que se encuentra en formación.
- 10.4 Realizar investigaciones que permitan abordar los principales problemas de salud del Servicio de Obstetricia, sistematizando y divulgando

gando la información.

- 10.4.1 Ejecutar Investigaciones Clínico-Epidemiológicas que consideren las conductas terapéuticas en el Parto y la atención inmediata del Recién Nacido. Así como la revisión de las condiciones de Salud de la Madre y el Recién Nacido posterior a su egreso del Hospital. Enfatizando los aspectos relacionados a la Calidad de Atención.
- 10.4.2 Realizar Investigaciones de carácter administrativo que abarquen aspectos de Planificación, Organización y distribución de recursos Humanos y Materiales en el servicio de Ginecoobstetricia.
- 10.5 Promover el conocimiento sobre la Salud Materno-Infantil en la Comunidad, convirtiendo esto en elemento de Control Social sobre las Acciones en Salud.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Guerrero González Medina. Epidemiología. México 1985, Página 188-189.
2. Alderegura Henrique Jorge. Higiene Social. La relación de lo biológico y lo social. I.D.S. La Habana, Cuba - 1982.
3. Armando Condera Manuel Bobenrieth. Administración del Sistema de Salud, Tomo II, México 1983. Páginas 535 y 545.
4. Donabedian Avedis. La Calidad de Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. U.S.A. 1986, Cap. II, Páginas 95-96, 98 a -- 101, 108, 111, 112, 116, 124 a 127, 139, 142, 147.
5. Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil MINSA. 1986. Pag. # 59.
6. Plan de Salud 1987. Nicaragua.
7. González M. Salamanca P. Mayorga o. Algunos Elementos de la Eficiencia y Eficacia que intervienen en la Atención Materno Infantil. - C I E S- 1986.
8. Normas de Atención Prenatal (Embarazo, Parto y Puerperio Normal y - Bajo Riesgo). MINSA 1987.
9. Williams Obstetricia. España 1980. Páginas: 294, 295, 297, 474.
10. Salud Perinatal. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) OPS/OMS. Montevideo, Uruguay. Vol. 2. No. 4 1985.
11. Estudio de la Mortalidad en niños de 0 a 27 días en el Hospital Bertha Calderón Roque, Región III Managua, Período 1983-1985. C I E S 1986 (Tabla # 9).

12. La evaluación de los Programas de Salud en la Atención Primaria. -
Revista Cubana de Medicina General Integral, Vol. No. 3 1984. Cuba.
13. Nociones de Higiene MINSAP. Cuba 1985.
14. Pavón H. Evaluación de Servicios de Salud. Cali-Colombia. 1981.
15. Breith J. Granda E. Marco Teórico, sus determinantes en la Mortalidad. Ecuador.
16. Merger Roberto. Manuel de Obstetricia. Edición Toray Masson S.A. --
España 1964.
17. Plan Nacional de Salud 1986. MINSA, Nicaragua.
18. Reglamento y Normas Nacionales para la Prevención y Control de las-
Infecciones Hospitalarias. MINSAP-Cuba 1984.
19. Comportamiento de la Mortalidad Infantil en Costa Rica, OPS.OMS.
20. Normas de Atención Materno-Infantil, Ecuador 1982.
21. Investigaciones Perinatales MINSAP. Cuba 1979.
22. Normas de Atención Materno Infnatil. Cuba 1986.
23. El concepto de Riesgo y el Cuidado de la Salud. CLAP. OPS/OMS. --
PUB. Científica 10007. Montevideo-Uruguay.
24. Suarez Ojeda E.N. El Enfoque de Riesgo en la Atención Perinatal y
M.I Boletín OPS/OMS Junio 1982.
25. Plan de Salud 1988-1990. MINSA - Nicaragua.

XII ANEXOS

A N E X O # 1

12.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Este instrumento es el producto de tres pruebas pilotos, realizados en - los Hospitales Fernando Velez Paiz y Bertha Calderón Roque, Región III - Managua.

1. Número de Expediente: Se transcribirán directamente los dígitos -- que aparecen en el Expediente de cada Paciente Observado.
2. Fecha: Se anotará el día, mes y año en que ocurrió el ingreso en - la Sala de Labor y Parto.
3. Turno: Se anotará el Turno de ingreso en la Sala de Labor y Parto- de acuerdo a:
 - 3.1 Matutino
 - 3.2 Vespertino
 - 3.3 Nocturno
4. Anamnesis e Historia Clínica del embarazo actual. Se anotará com - pleta cuando sean investigados todos sus componentes y parcial cuan - do el llenado sea incompleto.
 - 4.1 Completa
 - 4.2 Parcial
5. Exámen Físico: Se anotará completa cuando sea realizado totalmente y parcial cuando sea incompleto
 - 5.1 Completo
 - 5.2 Parcial

6. Higiene - Asepsia - Antisepsia: Se anotará completa cuando sea realizada totalmente y parcial cuando sea imcompleta.
 - 6.1 Completa
 - 6.2 Parcial

7. Diagnóstico: Se anotará el diagnóstico establecido en la Historia Clínica así:
 - 7.1 Eutócico
 - 7.2 Distócico

8. Calificación del Recurso Humano: Se anotará en la casilla correspondiente de acuerdo a Calificación del recurso que atiende:
 - 8.1 MB-R III
 - 8.2 R II - R I
 - 8.3 MI-PI

9. Recurso Material: Se anotará en la casilla correspondiente:
 - 9.1 Si existe
 - 9.2 Si no existe

10. Destino de la Madre: Se anotará en la casilla correspondiente de acuerdo al lugar a donde egresa la Madre;
 - 10.1 Puerperio Fisiológico
 - 10.2 Puerperio Patológico

11. Destino del Recién Nacido: Se anotará en la casilla correspondiente de acuerdo al lugar a donde egresa:
 - 11.1 Alojamiento Conjunto
 - 11.2 Observación
 - 11.3 Cuidados Intermedios
 - 11.4 Cuidados Intensivos
 - 11.5 Obitos

12. Observaciones, se anotará:

- 12.1 Paridad
- 12.2 Partograma
- 12.3 Enema
- 12.4 Higiene Perineal
- 12.5 Lavado de Manos
- 12.6 Ropa Médico
- 12.7 Embarazo terminado en Cesárea.

MINISTERIO DE SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

XIII RESUMEN
EVALUACION DE LA ATENCION MEDICA AL PARTO HOSPITALARIO
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE

PRESENTADO POR: DR. VICENTE AMADO GAVIDIA MEDINA
LIC. MARTHA URBINA ARROLIGA

MANAGUA, NICARAGUA
FEBRERO 1988

I N T R O D U C C I O N

En Nicaragua en el año 1986, se consideró ser componentes importantes de la elevada tasa de Mortalidad Infantil (64.5 por 10^3 N.V), ocupando la segunda y cuarta causa respectivamente la Muerte Neonatal y Septicemia. La Muerte Neonatal y sus causas principales: Crecimiento Fetal Lento, Desnutrición Fetal, Inmadurez Fetal y Fundamentalmente las Hipoxias y Asfixias presentaron un incremento del 53% en relación al año 1983 en términos absolutos y un incremento de su tasa específica del 38%, además los egresos hospitalarios por esta causa representaron el 3.3% del total de egreso en 1983, llegando a 4.2% en 1986. De tal forma que la tendencia es a incrementarse y persistir como problemas relacionados con la atención al parto la hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del producto de la Concepción. La Septicemia mostró una tendencia a disminuir en cuanto a su frecuencia, sin embargo mantiene altas tasas de Letalidad a nivel hospitalario (633.3 por 10^3), muchos de estos casos se encuentran asociados a infecciones intrahospitalarias como consecuencia de las malas condiciones higiénico-sanitarias en las Unidades de Salud (25).

En relación a los problemas obstétricos principales: Otras causas obstétricas directas, hemorragias del embarazo y parto, parto prematuro y toxemia del embarazo representaron en conjunto el 7.44% de los egresos en 1983 incrementándose a 8.57% en 1986. Su tendencia es al incremento principalmente a expensas de otras causas obstétricas directas y toxemias del embarazo. La Mortalidad Hospitalaria debido a causas obstétricas se ha mantenido estable, presentó una discreta disminución en la tasa de Letalidad de 2 por 10^3 en 1983 a 1.9 por 10^3 en 1986 (25).

El sustrato básico de las Muertes Neonatales, Mortalidad Hospitalaria y problemas obstétricos causantes de la Morbi-Mortalidad Materna, se encuentra en las malas condiciones socio-económicas y del Nivel de Vida de amplias capas de las poblaciones urbana y rural del país. Contribuyen también aquellos factores que restan eficacia a las acciones en salud destinadas a reducir el Riesgo Obstétrico y atender adecuadamente el Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido.

La Calidad de Atención es el resultado de la evaluación del grado de concordancia entre dos situaciones: La que ocurre en la realidad y la deseable-

a ocurrir, ésta última explicitada en la Norma. Se busca descubrir las áreas de buena y deficiente práctica de la Atención, identificando los elementos -- eficaces que merecen apoyo y aquellos que necesitan de corrección y mejoramiento (1). Es a su vez resultado de la interacción de los Recursos Humanos y Recursos Materiales con que cuenta el Sistema de Salud.

La atención al Parto Hospitalario fue escogida por ser aspecto de primera importancia aunque no es el único con influencia directa en la Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal. Considerando que en la medida que se alcance uniformidad de criterios y de cumplimiento de acciones, mejorará la Calidad de Atención y en consecuencia disminuirán los riesgos de enfermar o morir para la Madre y el Recién Nacido.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es el comportamiento de la Atención Médica Hospitalaria del Parto a través de la relación con Recursos Humanos, Recurso Material, Norma de Atención, recuperación de la Madre y el Recién Nacido en la Sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque, Región III-Managua en el mes de Septiembre de 1987?.

H I P O T E S I S

Las diferentes calificaciones del Recurso Humano, presencia del Recurso-Material y cumplimiento de la Norma de Atención varían según Turno de Atención en los ingresos a la Sala de Labor y Parto.

O B J E T I V O S

OBJETIVO GENERAL: Conocer el proceso de Atención Médica del Parto Hospitalario, estableciendo su relación con elementos propios de los Recursos Humanos, Recursos Materiales, Norma de Atención del Parto, en la Sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el cumplimiento de la Norma de Atención en los Ingresos a la Sala de Labor y Parto según el Turno de Atención.

- Determinar la calificación del Recurso Humano en la Atención de los Ingresos a la Sala de Labor y Parto, según la forma de terminación del embarazo, Paridad, Norma de Atención y Turno de Atención.
- Identificar la suficiencia del Recurso Material necesario para la atención de los Ingresos en la Sala de Labor y Parto, según Diagnóstico del Parto y Turno de Atención.
- Relacionar la Recuperación de la Madre y del producto del Parto, a través del destino de los Egresos de la Sala de Labor y Parto, según la calificación del Recurso Humano, Diagnóstico del Parto, Norma de Atención del Parto y Turno de Atención.

M E T O D I C A

TIPO DE ESTUDIO	Transversal y Analítico.
UNIVERSO	Mujeres embarazadas en trabajo de Parto, que -- ingresaron a la Sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque.
TIEMPO Y ESPACIO	Se realizó durante el mes de Septiembre de 1987. En la Sala de Labor y Parto del Hospital Bertha-Calderón Roque.

Se estudiaron 247 Ingresos a la Sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón, las variables controladas fueron: Cumplimiento de la Norma de Atención, Calificación del Recurso Humano, la suficiencia del Recurso Material, la Recuperación de la Madre y el Recién Nacido por Turno de Atención.

Se utilizó la observación directa de las actividades que se le realizaron a la Madre tanto en la Sala de Labor como en Expulsivo, anotando en un formato previamente elaborado y codificado: (Anexo # 1 y 2).

- No. de Expediente
- Fecha
- Turno

- Anamnesis-Historia Clínica del embarazo actual.
- Exámen Físico
- Higiene - Asepsia - Antisepsia
- Diagnóstico
- Recurso Humano
- Recurso Material
- Destino Madre
- Destino Recién Nacido
- Observaciones

En cada uno de los ingresos observados se anotó la información en el orden correspondiente según el Modelo establecido. Los datos recogidos fueron procesados en computadora. Los resultados son presentados en cuadros confeccionados al efecto.

La información proveniente de ingresos en períodos expulsivo y/o embarazos terminados en cesárea, aparece únicamente en los cuadros apropiados para ello.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Durante el mes que duró la investigación fueron observados 247 ingresos a la Sala de Labor y Parto, distribuidos en tres Turnos de atención: Matutino 32%, Vespertino 40% y Nocturno 28%. En relación a la forma de terminación del embarazo: Partos Eutócicos 72%, Partos Distócicos 14% y Cesáreas 14%. Como era de esperarse, no fue observada diferencias significativas en la relación Turno de atención y forma de terminación del embarazo ($P > .05$) tabla # 1. Por lo tanto se requiere una distribución uniforme del recurso humano y material.

En relación al cumplimiento de la Norma de Atención en los ingresos observados este fue: Anamnesis e Historia Clínica del embarazo actual 46%. Exámen-Físico 34%, Higiene-Asepsia y Antisepsia 40%, obtuyéndose para el conjunto de elementos que forman la Norma de Atención 13% de cumplimiento, tabla # 2 y # 3 y diagrama # 1 y # 2 sin duda alguna los resultados alcanzados influyeron en la elaboración del diagnóstico basado en criterios de riesgos, así también en la uniformidad de procedimientos y técnicas, pudiendo convertirse-

dicho incumplimiento en factor de importancia que ponga en riesgo la Salud de la Madre y Recién Nacido se realizó la comprobación de la Norma de Atención -- según Turno de Atención, observándose ser el Matutino en donde existió un cumplimiento proporcionalmente mayor: Anamnesis, Historia Clínica del embarazo-actual, Exámen Físico 47%; Higiene-Asepsia y Antisepsia 65%, en el Turno Nocturno se obtuvo 21 y 0% respectivamente. Las diferencias encontradas tienen significación ($P < .05$), tabla # 4 y 5, señalando el desconocimiento o insuficiente dominio de las Normas. Así como la distribución desigual del cumplimiento de la Norma de Atención por Turno, indica deficiencia en un Sistema de Atención basado en Normas.

La relación Norma de Atención en todos sus elementos y Turno de atención, muestra diferencias estadísticamente significativas ($P < .05$), tabla # 6. El Turno Matutino fue de 28%, en el Nocturno fue de 0%. Es de suponer que la -- relación encontrada tenga su explicación en las mismas razones señaladas anteriormente.

En relación a Calificación del Recurso Humano y Turno de Atención fue el Matutino en donde hubo mayor participación directa u orientadora por parte -- del MB-R III 22%, y en el Nocturno se encontró una participación en el 9% de los ingresos. El MI-PI tuvo una participación proporcional semejante a través de los diferentes Turnos de Atención. Las diferencias tienen significación estadística ($P < .05$), tabla # 7. La menor oferta proporcionada por el Recurso Humano de mayor calificación posiblemente esta dada por su distribución desigual y escaso número a través de los Turnos de atención, en consecuencia es el recurso menos calificado el que atiende el mayor número de ingresos.

En cuanto a la forma de terminación del embarazo y calificación del Recurso Humano, fueron observadas diferencias significativas ($P < .05$) tabla -- # 8 llama la atención ser el Recurso Humano de menor calificación MI-PI quien atiende el 50% de los ingresos concluidos en partos Distócicos, lo que posiblemente estaría dado tanto por la escases del Recurso Humano de mayor calificación así como por la insuficiente utilización de la Norma de Atención o por -- su desconocimiento. Impidiendo así la discriminación adecuada del Riesgo Obstrético.

En relación a Calificación del Recurso Humano y Paridad de los ingresos, se encontró diferencias estadísticamente significativas ($P < .05$) tabla # 9, llamando la atención el ser el recurso de menor calificación quien atendió a 52% de las Nulíparas y 72% de las Primíparas ingresadas. Probablemente los resultados encontrados sean debido a las mismas razones señaladas en el párrafo anterior.

En la relación calificación del Recurso Humano y cumplimiento de la Norma de Atención en sus elementos Anamnesis, Historia Clínica del embarazo actual y Exámen Físico se obtuvo diferencias significativas ($P < .05$) tabla # 10. Se observó ser el MB-R III quien cumple proporcionalmente mayor dichos elementos. Este comportamiento diferenciado desaparece en la comprobación de la Norma de Atención en sus elementos Higiéne-Asepsia y Antisepsia, así como en el cumplimiento del conjunto de elementos que componen la Norma, no existiendo significancia estadística ($P > .05$) tablas # 11 y 12, pudiendo tener explicación en el desconocimiento o insuficiencia del mismo por parte de las diversas calificaciones del Recurso Humano.

En la relación presencia de la Maleta de Parto y Turno de Atención mostró diferencias significativas ($P < .05$) tabla # 13, fue en el Turno Matutino donde se encontró en proporción mayor este recurso 30% de los ingresos. Se observó una distribución desigual por Turno de atención, en el Turno Nocturno 10% de los ingresos terminados en parto, tuvieron presente la Maleta de parto. Señalando los resultados anteriores un abastecimiento insuficiente con una distribución por Turno de atención desigual del Recurso Material.

En la comprobación de la presencia del Recurso Material y Diagnóstico del Parto no se encontraron diferencias con significancia estadística ($P > .05$), tabla # 14. Señalando uniformidad en su distribución independiente del Diagnóstico del parto. Posiblemente este explicado por la baja proporción de partos con presencia del Recurso Material, además de ser la maleta de parto recurso indispensable para la atención, independientemente del Diagnóstico.

En cuanto al Diagnóstico del parto y el Destino de egreso de la Madre fueron observadas diferencias estadísticamente significativas ($P < .05$), tabla # 15. Llamando la atención que de los partos distócicos 56% fueron enviadas a Puerperio Fisiológico, lo que pudiera estar dado por un inadecuado diag

nóstico del parto como de la conducta establecida al egreso de la sala, originado en la utilización insuficiente de la Norma de Atención.

En relación al Destino de Egreso de la Madre y el Turno de Atención, no se observó diferencias significativas ($P > .05$) tabla # 16. Esto sugiere la necesidad de una distribución uniforme de los Recursos Humanos y Materiales.

Se observó la relación calificación del Recurso Humano y Destino de egreso de la Madre, no encontrándose diferencias significativas ($P > .05$) tabla # 17. La uniformidad encontrada sugiere la baja utilización del Recurso Humano más calificado, así como el ineficiente uso de criterios de egreso.

En relación al Destino de egreso de la Madre y Norma de Atención, no se encontró diferencias significativas ($P > .05$), tabla # 18. Estos resultados son originados en el desconocimiento o insuficiente uso de la Norma de Atención que permita la identificación adecuada del Riesgo Obstétrico.

En la relación Destino del Recién Nacido y Diagnóstico del parto, fueron encontradas diferencias significativas ($P < .05$), tabla # 19. Los resultados muestran una insuficiente correspondencia en la relación estudiada, pudiendo ser consecuencia de una inadecuada elaboración del Diagnóstico del parto, producto de la baja utilización de la Norma de Atención así como de una conducta normada en relación a los egresos.

La relación Turno de Atención y Destino de egreso del Recién Nacido, no mostró diferencias significativas ($P > .05$), tabla # 20, indicando una distribución uniforme en esta correspondencia y la necesidad de una distribución igual del Recurso Humano y Recurso Material.

En la relación Destino de egreso del Recién Nacido y Calificación del Recurso Humano, se encontró diferencias significativas ($P < .05$) tabla # 21. -- Estos resultados señala una insuficiente correspondencia entre la calificación del Recurso Humano y el Riesgo en el Recién Nacido dado por el destino de egreso. Además reflejan una subutilización del recurso de mayor calificación, así como la no utilización de criterios que normen la evaluación del egreso de mayor riesgo por ese recurso.

La relación Destino de egreso del Recién Nacido y Norma de Atención no -
mostró diferencias estadísticas con significancia ($P > .05$), tabla # 22. Se-
ñalando que los bajos cumplimientos de la Norma de Atención al parto se dis-
tribuyeron uniformemente en las diferentes alternativas de egreso del Recién-
Nacido. En consecuencia la posibilidad de la determinación preventiva del --
Riesgo es prácticamente inexistente.

CONCLUSIONES FINALES

- Los bajos cumplimientos de la Norma de Atención al Parto no posibilitan-
la determinación del riesgo obstétrico, influyendo negativamente en la-
formación de criterios de riesgo en relación al Recién Nacido.
- Los Recursos Humanos que intervienen en la atención al parto desconocen-
o tienen un conocimiento insuficiente de la Norma de Atención al Parto,-
independientemente de su calificación.
- La distribución desigual del Recurso Humano y los bajos cumplimientos de
la Norma de Atención al Parto impiden una utilización adecuada de estos.
En consecuencia el Recurso Humano de mayor calificación oferta poca aten-
ción a los ingresos de mayor riesgo obstétrico, siendo estos atendidos -
por los Recursos Humanos de menor calificación.
- La maleta del Parto, recurso indispensable fue insuficiente y tuvo una -
distribución desigual por Turno de Atención. Influyendo negativamente -
en la atención ofertada.

RECOMENDACIONES

- Revisar los Planes de Formación del futuro Personal de Salud en los Ins-
titutos Politécnicos de Salud, Facultad de Medicina, así como en la Espe-
cialidad de Ginecoobstetricia a fin de destacar la Norma de Atención Ma-
terno Infantil.
- Revisar los aspectos administrativos del Servicio de Ginecoobstetricia -
en lo que se refiere a:
 - * Planificación, Organización y Distribución del Recurso Material Ne-
cesario por Turno de Atención y según Riesgo obstétricos.

- * Planificación, Organización y Distribución del Recurso Humano, considerando las diversas calificaciones tanto para la atención directa como para supervisión según Turno de Atención.
 - * Información continua y veraz acerca de la aplicación de la Norma de Atención, que permita a la Dirección tomar decisiones que estimulen o corrijan la buena o deficiente atención.
- Revisar los aspectos docentes en el Servicio de Ginecoobstetricia, permitiendo establecer:
- * Ejecución del Plan de Estudio conforme lo establecido, especialmente en lo que se refiere a la Norma de Atención del Parto.
 - * Evaluación sistemática, continua, acumulativa del conocimiento y -- aplicación de la Norma de Atención del Parto Hospitalario por parte del Personal del Servicio, especialmente al que se encuentra en formación.
- Realizar investigaciones que permitan abordar los principales problemas de salud del Servicio de Obstetricia, sistematizando y divulgando la información.
- * Ejecutar Investigaciones Clínico-Epidemiológicas que consideren las conductas terapéuticas en el Parto y la atención inmediata del Recién Nacido. Así como la revisión de las condiciones de Salud de la Madre y el Recién Nacido posterior a su egreso del Hospital. Enfatizando los aspectos relacionados a la Calidad de Atención.
 - * Realizar Investigaciones de caracter administrativo que abarquen aspectos de Planificación, Organización y distribución de recursos -- Humanos y Materiales, en el servicio de Ginecoobstetricia.
- Promover el conocimiento sobre la Salud Materno-Infantil en la Comunidad, convirtiendo esto en elemento de Control Social sobre las Acciones en Salud.

