



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO

DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

***LAS TRES DEMORAS DE LAS COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS, HOSPITAL REGIONAL***

Dr. ERNESTO SEQUEIRA BLANCO, BLUEFIELDS, RAAS,

FEBRERO-JULIO 2007

Autora

Walkiria Wong Sánchez

Tutora: Dra. Martha A. González Moncada, MSC. Ph D

Bluefields, Nicaragua

Febrero 2008

INDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	4
III. Justificación.....	9
IV. Planteamiento del problema.....	10
V. Objetivos.....	11
VI. Marco conceptual y de referencia.....	12
VII. Diseño metodológico.....	27
VIII. Resultados.....	28
IX. Discusión de resultados.....	37
X. Conclusiones.....	42
XI. Recomendaciones.....	44
XII. Referencia bibliográfica.....	46
Anexos.....	

Dedicatoria

Al saber y saber hacer porque es el tesoro mas hermoso de ser.

Agradecimiento

A mis hijos que con su paciencia supieron esperar el poco tiempo que pude darles en estos dos breves años y largos muy largos para ellos.

A las personas que accedieron a participar y me permitieron relatar sus experiencias, a otras personas que sin mencionar sus nombres saben que me brindaron su apoyo incondicional.

A todos los docentes del CIES que con sus conocimientos y gran experiencia supieron darnos las herramientas básicas para incursionar en el mundo de la Salud Pública, a las autoridades del SILAIS y del HRESB, que se arriesgaron en realizar este proyecto.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo identificar los factores relacionados con las tres demoras de las complicaciones obstétricas que ingresan al hospital regional de la RAAS de febrero a julio del 2007. Al mismo tiempo describir las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, las razones de demora en tomar la decisión de buscar ayuda, las causas de demora en llegar a la unidad de salud, valorar cumplimiento de protocolos de atención, MINSA, Dic. 2006 y identificar la percepción de la atención recibida. El estudio es descriptivo con técnica cuantitativa y cualitativa, basado en el modelo de las tres demoras de las complicaciones obstétricas. Se aplicó una entrevista a la mujer o sus acompañantes, un cuestionario al expediente clínico, se aplicó la lista de chequeo para la monitorización de cumplimiento de los protocolos. Para el análisis cualitativo se realizaron matrices y se agruparon las respuestas por similitud. Se incluyeron en el estudio 31 mujeres que fueron ingresadas por una complicación obstétrica y que aceptaron Participar del estudio. Las mujeres provenían del área rural, sin escolaridad, sus conyugues tenían trabajos informales y temporales y con bajo ingreso. Además habían incurrido en gastos durante el traslado.

La mayoría eran de edad reproductiva, primigestas y multigestas/grandes múltiparas, la mayoría no planificaba, habían asistido a menos de 4 controles Prenatales. La Preclampsia grave/sus complicaciones derivadas fue la complicación mas frecuente. La influencia de la familia, el desconocimiento de un estado de gravedad así como la participación de la partera como primer contacto en la atención hace que se condicione una primera demora, la inaccesibilidad geográfica y económica así como el involucramiento en la atención del parto de una partera favorece una segunda demora. Se pudo constatar que el sistema de referencia funciona. Hay un bajo cumplimiento de las normas y protocolos de atención de las complicaciones principalmente en los acápites de medidas generales por el personal hospitalario lo que hace se favorezca una tercera demora. La percepción de la mujer y sus acompañantes acerca de la atención recibida fue de buena a excelente basado en calidez.

I. Introducción

La mortalidad materna es un indicador del desarrollo de una nación, es una señal acerca de la disparidad e inequidad en la distribución de la riqueza entre países y dentro de ellos mismos, entre hombres y mujeres, así como también brinda una señal del sitio que ocupa la mujer en una sociedad (1).

Cada minuto muere una mujer por complicaciones del embarazo o el parto en el mundo. Por cada mujer que muere, hay 30 más que presentan secuelas de las complicaciones de este periodo, sin mencionar el serio impacto que se genera sobre la salud de los recién nacidos. Los hijos de madres que fallecen por problemas relacionados con el embarazo, parto o puerperio tienen 10 veces más riesgo de morir que los recién nacidos de madres que sobreviven.

Cada año muere en el mundo 585 mil mujeres en edades comprendidas entre 15 y 49 años por complicaciones derivadas del embarazo y del parto. Lo trágico del caso es que esas mujeres no mueren de enfermedad sino durante el proceso de procreación normal. La mayor parte de estas muertes ocurren debido a complicaciones obstétricas hemorragia el 25%, Sepsis 15%, hipertensión durante el embarazo 12%.(1)

La probabilidad de muerte por causas maternas a nivel mundial ha venido modificando a lo largo del tiempo. Para el año 2004 se estimó un riesgo de 1 en 2,800 para países más desarrollados y en América Latina y el Caribe aun se conserva un riesgo de 1 en 160. En Centro América Nicaragua y Guatemala tienen las más altas 1 en menos de 111.3

Ante este grave problema y como respuesta para reducir los daños causadas por la morbimortalidad materna, en el año 1987 diferentes organismos internacionales y diversos gobiernos de más de 45 países reunidos en Nairobi pusieron en marcha el programa para una Maternidad segura, cuyo objetivo principal fue reducir Enfermedades y defunciones maternas en un 50% para el año 2000.(4)

Nicaragua fue uno de los primeros países en incorporar la reducción de la mortalidad materna como una de las prioridades del plan de salud desde 1988. (5)

Dentro de los compromisos del milenio se plantea para el 2015 reducir las tres cuartas partes del indicador alcanzado en 1990 de 160 a 40 X 100.000 nv (3)

En Nicaragua la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública existen muchos factores causales, pobreza, analfabetismo, bajo estatus de la mujer, higiene y nutrición deficiente, medios de transporte precarios y servicios médicos inadecuados.

Aun cuando los esfuerzos emprendidos por el Ministerio de Salud y la cooperación internacional durante las últimas décadas han contribuido a reducir las cifras de este problema pasando desde una tasa de 159 en el año 1989 a 119 x 100.000 nv en el año 2005. Sin embargo el esfuerzo es insuficiente ya que mueren anualmente un promedio de 144 mujeres en edad reproductiva sin incluir un importante subregistro de casos, que se calculan en un 50%. (6)

Los principales departamentos del país afectados son Jinotega, RAAN, RAAS y Chontales. Siendo las principales causas de mortalidad materna hemorragia posparto 48%, Sepsis puerperal 15%, eclampsia 14%. Con una cobertura del parto institucional en el 2004 de 51.6% (7).

En la RAAS ha habido incremento de las tasas de mortalidad materna pasando de 165 X100.000 nv para el año 2003 a 385 X100.000 nv para el 2006. Presentándose el mismo

comportamiento que el resto del país donde las mujeres en edad reproductiva son las más afectadas, la mayoría mueren en su casa y son atendidas por personal no capacitado y la principal causa de muerte es por hemorragia posparto, hipertensión en el embarazo.(8)

En Nicaragua Recientemente se ha sugerido un nuevo modelo para diseñar y evaluar los programas para reducir la mortalidad y discapacidad materna basado en al cadena causal que vincula las muertes maternas con las actividades de los programas. La modelo de las “tres demoras” específica que la decisión de buscar ayuda es el primer paso a dar si una mujer con una complicación quiere recibir cuidados obstétricos de emergencia. Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la unidad de salud donde se brinden cuidados obstétricos de emergencia. Finalmente, la provisión de cuidados obstétricos de emergencia de calidad en las unidades de salud (9).

La presente investigación pretende reconocer cuales son algunas de las razones de demora a las que se enfrentan las mujeres que presentan una complicación obstétrica y que son atendidas en nuestro hospital y que de alguna manera pueden estar determinando el incremento de los casos de muerte materna en la región.

II. ANTECEDENTES

Alrededor de 50 millones de mujeres en el mundo experimentan una complicación seria en su embarazo, y más de medio millón muere (FCI, 2002) como consecuencia de que la complicación obstétrica, que padecen no es atendida o lo que es peor de manera tardía e inapropiada. Así mismo, cada año en el mundo¹, 2 millones de recién nacidos/as mueren por complicaciones durante el parto OMS, 2002.(1)

Iniciativa Mundial por una Maternidad Segura

Realizada en Nairobi 1987 y convocada por la OMS/OPS donde se contempla el desarrollo de un Plan de Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. La mayoría de los gobiernos de América asumen en compromiso dentro de ellos Nicaragua. (10)

El Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad materna y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Apoyan los esfuerzos de los países de Latinoamérica y el Caribe para lograr la reducción de la mortalidad materna. El Grupo de Trabajo promueve y facilita la comunicación Interagencial tanto a nivel regional como global.

El Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna elaboró el documento Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe.

En la declaración conjunta a favor de la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas emitida en Washington, D.C., el 20 de febrero de 2004, todas las agencias miembros convienen, priorizar intervenciones claves dirigidas a reducir la mortalidad materna en la región: asegurar la asistencia calificada del parto con especial atención a comunidades rurales y desprotegidas; fortalecer y/o asegurar la provisión de cuidados obstétricos esenciales en el primer nivel de referencia; y asegurar el acceso a consejería y servicios de planificación familiar.(1)

En ese esfuerzo por reducir la mortalidad materna Nicaragua se comprometió a:

Formación de enfermeras obstetras en las escuelas de enfermería

Proyecto fue planteado por el descenso en la cobertura prenatal la captación precoz estática, y la no mejora de las tasas de parto institucional, en un contexto de mortalidad materna en aumento. El objetivo es formar enfermeras obstetras con un perfil académico práctico que les permita un desempeño con calidad y calidez durante la atención a la mujer en su ciclo de vida, con énfasis en el periodo reproductivo, en los municipios de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) con mayor mortalidad materna. Se espera formar 350 enfermeras obstetras entre 2003 y 2007, en las cinco escuelas de enfermería que tiene el país. Para ello, el proyecto capacita al personal docente de las escuelas de enfermería en tecnologías innovadoras para elevar la capacidad científica / técnica y pedagógica, y dotar a las escuelas de enfermería del equipamiento didáctico, infraestructura y bibliografía que garantice la calidad de la formación de la enfermera obstetra. (1)

En Nicaragua para el 2000 dentro del componente de fortalecimiento de la atención primaria en salud, se inicia la construcción de casas maternas. En La Costa Caribe inició en el 2001, para el 2006 existían, 5 casas maternas en toda la R.A.A.S, las cuales se ubican en Bluefields (1), Kukra Hill (1), Pueblo Nuevo laguna de Perla (1) Tortuguero (1) y la Cruz de Río Grande (1,8)

Recientemente se hizo la Declaración conjunta a favor de la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna. Nicaragua, 22 de Junio de 2004. Esta declaración se desarrolla con el fin de unificar esfuerzos, entre las principales Agencias Internacionales de salud en el país con el Ministerio de Salud. Dentro de los compromisos están:

Definir un conjunto integral de medidas necesarias para reducir la Mortalidad Materna, haciendo hincapié en los cuidados obstétricos esenciales, la atención calificada del parto y

acceso a la planificación familiar.

Aumentar la demanda pública de servicios de salud de alta calidad, asequible y accesible y desarrollar la capacidad de las comunidades para tener acceso a estos servicios.

Crear asociaciones y alianzas entre organismos en los planos nacionales e internacionales. (11)

Política Nacional de Salud 2004 – 2015:

La Política Nacional de Salud, considera que “Algunos grupos de madres y de la niñez, siguen siendo los mas vulnerables de la población Nicaragüense, lo que se asumen como prioridad para el sector salud en el corto y mediano plazo.

Plan Nacional de Salud 2004 – 2015:

El Plan Nacional de Salud establece 12 problemas de salud, los cuales son prioritarios; de esto 5 tienen íntima relación con las Salud Materna Infantil, esta son: Mortalidad Materna, Mortalidad Infantil, Altas Tasa de fecundidad y natalidad, Desnutrición crónica infantil, Alta prevalencia de las IRAs y ERAs.

Algunas de las intervenciones contempladas en el Plan para la promoción de la salud encontramos:

- Impulsar acciones de auto cuidados de las comunidades y de sensibilidad social a la salud, nutrición en general.
- Fortalecer el desarrollo de la participación comunitaria en las acciones de salud, en especial la de agentes y líderes comunitarios.(5)

La importancia de tratar a tiempo las complicaciones obstétricas

Las muertes maternas responden en un 80% a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; es decir, las que ocasionan las denominadas defunciones obstétricas directas. Algunas veces las complicaciones obstétricas pueden derivar en emergencias obstétricas: “una complicación clínica o accidente que aparece de forma más o menos intempestiva en una mujer embarazada, parturienta o puérpera, como resultado de complicaciones del proceso de gestación, omisiones y/o errores asistenciales, que ponen en riesgo la salud y vida de la madre y el feto y que requieren atención sanitaria inmediata y apropiada”(2)

“La historia indica que la clave para reducir la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible” (1)

Todo lo anterior está en relación con el enfoque de las Tres Barreras o Demoras: enfoque con el que están trabajando varios países como Bolivia, Ecuador, Perú, Guatemala y Nicaragua, y que sirve para analizar los factores u obstáculos que propician las muertes maternas y neonatales, tal como se aprecia en la figura (3).

Es decir, hay estrategias específicas para prevenir y reducir un importante porcentaje de decesos maternos. La situación es diferente cuando la complicación aparece en el domicilio que cuando ocurre en una instalación de salud. En el primer caso, la familia y la mujer embarazada tienen que superar tres barreras o demoras: i) la demora en tomar la decisión de buscar ayuda; ii) la demora en trasladarse y acceder a la asistencia necesaria; y iii) la demora en recibir la atención sanitaria apropiada. Cuando la complicación aparece en un establecimiento de salud, sólo la tercera demora puede suponer un obstáculo al adecuado tratamiento de la emergencia obstétrica⁴; y está vinculada a la capacidad resolutoria y a la calidad de los servicios. (9)

Aproximadamente el 80% de las muertes maternas ocurren alrededor del parto⁵. Por esto, cualquier demora que impida el acceso de una mujer con una complicación a Atención calificada y servicios con capacidad resolutive, puede ocasionarle la muerte. Las mujeres con complicaciones obstétricas no atendidas mueren generalmente en un plazo de 48 horas.(1)

En Nicaragua La mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud publica aun cuando los esfuerzos han contribuido a reducir las cifras de este problema desde una tasa de 159 en el año 1989 a 119 x100, 000 en el 2005. El 70% de las muertes provienen del área rural y casi la mitad de las mujeres tienen de 20 a 34 años (3).

Desde 2000 al 2006 la RAAS ha mantenido una tasa de mortalidad materna de 100 a más x 100.000nv. Situación de salud RAAS 2006: existen 5 casas maternas ,28 puestos de salud y 7 centros de salud, con un déficit de recursos humanos calificados de menos 11 para la Cruz de Rio Grande , de menos 10 para el Tortuguero como ejemplos. Con un estimado de 203 Parteras para todos los siete municipios de la región, donde un 57% corresponde a la Cruz de Rio Grande y un 37% al Tortuguero. Con una tasa de mortalidad materna de 385 x100,000 n.v, donde en 80% las mujeres morían en el domicilio y un 40% fueron atendidas por parteras y en 20% por sus familiares, el momento de la muerte en su mayoría ocurrió en el parto con siendo en su mayoría analfabetas en 46.6% y tenían en 53.3% controles prenatales. Se estimo que para el 2005 el promedio de hijos por mujer en la RAAS era de 3.9 por mujer, siendo para el Tortuguero y la Cruz de Rio grande de 6.5 hijos por mujer. Con una cobertura del parto institucional de 48% y de atención prenatal del 48% Endesa 2006. (8, 12,13)

Evaluación de las necesidades en los servicios de salud de emergencia obstétricas (basado en el modelo de las tres demoras) año 2001. Se realizó en 10 departamentos del país (RAAN, Boaco, Chontales, Estelí, Jinotega, Madriz, Managua, Matagalpa, Nueva Segovia, Río San Juan) donde se evaluó las necesidades en los servicios de emergencia obstétricas, donde se reporta que el 59.3% de los casos de muerte materna procedían del área rural. El 63.6% de las mujeres fallecidas buscaron atención. El 38.1% buscaron atención en las primeras 24 horas de iniciado los síntomas, un porcentaje similar lo hizo entre 1-3 días, el 9.5% entre los 4 y 7 días y el 14.3% más de 7 días después de comenzar los síntomas. El 45.4% acudieron espontáneamente al centro donde se produjo la muerte, el 54.5% llegaron referidas, un 42.4% de las mujeres eran recibidas graves en peligro para la vida. El principal problema por el que fueron transferidas fue por retención placentaria, Preclampsia y aborto séptico. En relación al proceso de atención, la primera asistencia en emergencia fue brindada por personal médico en el 93.7%. En cuanto al diagnóstico inicial fue: 15.1% hemorragia, eclampsia 15.1%, complicaciones del parto 12.2%, Preclampsia 9% y aborto complicado 9%. El 46.2% de las pacientes comenzaron a recibir tratamiento después de la primera hora de internamiento. Entre las causas básicas de muerte son relacionadas con urgencias obstétricas, las más frecuentes fueron 39% hemorragia, 27% eclampsia, aborto y sus complicaciones 9% y síndrome séptico 6%(7).

III. JUSTIFICACIÓN

Sabiendo que la RAAS ocupa el tercer lugar de la mortalidad materna a nivel nacional y donde las tres principales causas de mortalidad materna se vinculan a complicaciones obstétricas, interesa conocer cuáles son las condiciones de demora, que enfrentan las mujeres que ingresan al hospital regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco; con una complicación obstétrica: hemorragia posparto, Sepsis puerperal y Preclampsia severa, Eclampsia, Aborto complicado etc. y que influyen en la rapidez con que una mujer pueda recibir una atención. Al mismo tiempo pretendemos que los resultados de esta investigación contribuyan de alguna manera, con el proceso de reducción de la morbilidad y mortalidad maternas en la RAAS.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta del estudio

¿Cuáles son los factores que intervienen en las tres demoras de mujeres con complicaciones obstétricas que ingresan al hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco Bluefields, RAAS, de febrero a julio 2007?

Otras interrogantes del estudio:

¿Cuáles serían las características sociodemográficas y antecedentes obstétricos de mujeres con complicaciones obstétricas que acudieron al hospital en el período de estudio?

¿Porqué las pacientes con complicaciones obstétricas que ingresan al Hospital regional Ernesto Sequeira Blanco demoran en la decisión de buscar atención en salud?

¿Cuáles son las condiciones que demoran la llegada de las pacientes con complicaciones obstétricas a la unidad de salud?

¿Cuál es la proporción de cumplimiento de los estándares en la atención de las complicaciones obstétricas del MINSA?

¿Cómo perciben las mujeres en estudio y sus acompañantes la atención recibida durante su hospitalización por la complicación obstétrica?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

Identificar los factores relacionados con las tres demoras de mujeres con complicaciones obstétricas que ingresaron al hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS
Febrero - julio 2007

5.2 Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y antecedentes obstétricos de mujeres con complicaciones obstétricas que ingresaron al hospital en el período en estudio.
2. Conocer las razones de demora en la decisión de buscar ayuda de las mujeres con complicaciones obstétricas.
3. Identificar las causas de demora en llegar a la unidad de salud de las mujeres con complicaciones obstétricas.
4. valorar el cumplimiento de los estándares acorde a lo normado por el Ministerio de Salud para la atención de las complicaciones obstétricas, MINSA, Dic 2006.
5. Describir la percepción de las entrevistadas sobre el trato dado por el personal de salud, durante la atención de la complicación obstétrica.

VI.MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

A partir de 1987 al comenzar la iniciativa de la mortalidad segura, se definieron acciones simultáneas en tres fuentes, con el fin de garantizar su ejecución.

a-Reducir el numero de embarazos no deseados y de alto riesgo.

b-Reducir el numero de complicaciones obstétricas.

c-reducir la tasa de mortalidad en las mujeres que presenten complicaciones obstétricas.

Como una respuesta a estos objetivos se definieron algunas estrategias de intervención entre las cuales se destacan: el aumento de la disponibilidad y el acceso a la información sobre los servicios de planificación familiar; el acceso a servicios de atención prenatal de calidad, al parto limpio y seguro; y el acceso a cuidados obstétricos de emergencia (COE) para embarazos de alto riesgo y con complicaciones. (4)

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

Todavía la gran mayoría de las complicaciones y muertes se presentan durante e inmediatamente después del parto y a causa de complicaciones repentinas e inesperadas. Los estudios muestran que la mayor parte de las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse o evitarse, sin embargo pueden ser tratadas, siempre y cuando se tenga acceso a cuidados obstétricos de emergencia (COE). La atención oportuna en unidades que brindan COE puede salvar muchas vidas.

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

COE básico se define cuando se administra antibióticos, oxitócicos, anticonvulsivantes por vía parenteral y cuando se realiza retiro manual de placenta y de productos retenidos, así como el parto vaginal asistido.

COE Completo se define cuando además de las funciones de de COE básico, se suministra sangre y se realiza cesárea.

En general se espera que a nivel de centro de salud se brinde los servicios de COE básicos y que los hospitales brinden los servicios COE completos.

El seguimiento a la implementación de los COE se realiza mediante indicadores de proceso

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

(6)

Mientras que los servicios de COE son necesarios si se quiere reducir la mortalidad materna, puede que no sean suficientes. Incluso cuando los servicios están funcionando bien, las mujeres con complicaciones obstétricas enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlas. Algunas de las cuales son económicas, geográficas, culturales. Cualquier cosa que cause demora en que la mujer reciba un tratamiento adecuado le puede costar la vida. (4)

Distancia y costo de movilización de la sede a los Municipios, RAAS:

El acceso en el área urbana hasta el hospital regional es de 60 minutos a pie desde el barrio mas periférico de la ciudad, esto debido a que en algunos barrios no existe calles o si existen están en mal estado, en vehículo pueden dilatar 10 minutos.

En el área rural mas aleadaña se tarda unos dos días a pie o lomo de bestias hasta las cabeceras municipales, donde toman una panga hasta la ciudad, el traslado en panga lo asume el MINSA si es una emergencia obstétrica donde puede dilatar de 5-8 horas. La Cruz de Río Grande 5 a horas, Corn Island 15 minutos en avión, laguna de Perla 45-60 minutos, Kukra Hill 30-45 minutos, Tortuguero de 4-5 horas y Karawala de 3-4 horas. (8)

El modelo de las tres demoras:

Demora 1-Tomar la decisión de buscar ayuda

La decisión de buscar ayuda es el primer paso si una mujer con una complicación quiere recibir cuidados obstétricos. Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores. Primero, que la mujer o su familia o la partera tengan la capacidad de reconocer que tiene una complicación que amenaza la vida de la mujer. También debe saber donde acudir en busca de ayuda. El personal médico frecuentemente asume que la falta de información en la comunidad es el mayor obstáculo para obtener tratamiento.

En una situación dada, esto puede que no sea verdad. Puede ser que las personas saben cuando buscar ayuda, pero escogen no ir a un hospital, por que saben que no hay médicos con habilidades obstétricas. Los factores culturales juegan un papel importante en tomar la decisión de buscar ayuda.

Los principales factores para esta demora son:

La distancia: Muchas personas no toman la decisión de buscar atención médica, ya que largas distancias, asociados a falta de transporte y caminos en mal estado, las desmotivan.

El costo: Este factor se relaciona a los gastos del transporte, de algunos medicamentos o exámenes de laboratorio, de la estancia de los familiares, etc. que a veces están fuera del alcance de la familia e impide la búsqueda oportuna de la atención.

La calidad de la atención: Este se relaciona con la percepción y el grado de confiabilidad que tenga la comunidad y la familia de los servicios de salud.

Los factores relacionados con la enfermedad:

Reconocimiento: saber que la mujer esta enferma.

Gravedad: comprende que además de enferma esta grave.

Etiología: confundir la causa de la enfermedad y minimizarla.

Condición de la mujer: abarca su situación educacional, cultural, económica, jurídica y política en una sociedad determinada. En algunos la toma de decisión de buscar la ayuda no depende de la mujer, sino del cónyuge o miembro de al familia con mas autoridad.

Situación económica: las mujeres con menos posibilidad económica son la que presenta mayores dificultades para la tomar la decisión de buscar atención calificada, por la suma de múltiples factores.

Demora 2: Traslado al establecimiento medico

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la instalación donde se le puede brindar ayuda obstétrica. La accesibilidad a las instalaciones de salud por lo tanto influenciará la demora en este paso. La accesibilidad es una función de distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo. La accesibilidad puede ser también, función de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud. Por ejemplo, la distancia a una unidad de salud que brinda atención obstétrica aumenta, si el personal de salud no puede ofrecer servicios básicos en atención obstétrica. Determina el tiempo que se tarda en llegar a un establecimiento una vez tomada la decisión de buscar atención, identificar:

- La ubicación de los establecimientos de salud.
- La distancia que hay que recorrer como consecuencia de esta distribución.
- Medios de transporte necesarios para recorrerla

Demora 3: Tratamiento adecuado

Es importante recordar que la mayoría de las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobre pasado las barreras de las demoras 1 y 2. La provisión de la atención obstétrica de

emergencia depende de un número de factores, incluyendo el número de personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros y la condición general de la instalación. Además existe un elemento crucial, el de la administración. Una instalación puede tener todo su personal y suministros requeridos y aun así brindar un mal servicio.

- El numero de personal capacitado.
- Actitud y aptitud del personal de salud
- La condición general de la instalación
- Sistema de referencia y contra referencia funcionando
- Organizaron de los servicios de salud

Señales de gravedad en una paciente obstétrica

Es importante que todo el personal de al salud conozca e identifique de forma inmediata la señales (signos) de gravedad, para brindar la atención sin demoras también es importante reconocer las formas populares de nombrarlos en la localidad para su identificación precoz.

Perdida del conocimiento:

La paciente es traída en brazos o en camilla, no responde a estímulos verbales, se observan las extremidades en estado de flacidez, los ojos generalmente cerrados, y las pupilas ligeramente dilatadas. Este signo puede hablar de shock y/o daño cerebral causado por hemorragia severa, estado infeccioso grave o edema cerebral por eclampsias le conoce popularmente como desmayo o pérdida del sentido.

Palidez y/o sudoración profusa

La persona muestra extrema palidez pudiendo llegar a mostrar cianosis distal y/o peribucal. Estos signos no hablan de una posible hemorragia severa.

Dolor intenso

La persona generalmente manifiesta un dolor localizado a un área anatómica específica, tiene dificultad para la marcha. El dolor intenso sostenido puede hablar de lesión en un órgano específico. En el caso de inminencia de eclampsia, se manifiesta dolor intenso en el cuadrante superior derecho del abdomen. Las personas pueden reconocerlo como cólico, retortijón o movimiento alterado.

Fiebre o hipertermia

La persona se observa decaída, con las mejillas enrojecidas, puede presentar escalofríos y puede sentirse la variación de la temperatura al tacto. Normalmente se presenta en casos de infección post-aborto. Se le conoce como, calentura o irritación.

Hemorragia:

Perdida de sangra vía vaginal en cualquier cantidad, en cualquier momento del embarazo debe considerarse emergencia. Antes de las 20 semanas, es señal de amenaza de aborto o aborto, embarazo molar o embarazo ectópico, en la segunda mitad del embarazo esta relacionada con placenta previa, DPPNI (desprendimiento de placenta normal inserta). Durante el trabajo de parto se relaciona con ruptura uterina, placenta previa, desgarro del útero o retención placentaria post-parto. El post-parto puede ser causado por atonía uterina, acretismo placentario o resto post-parto. Popularmente se le conoce como: Perdida de sangra, sangrado y/o hemorragia.

Convulsiones:

La persona muestra, o los familiares refieren, movimientos involuntarios o agitación total o de las extremidades. Se relaciona principalmente con eclampsia, asociada a hipertensión arterial. En nuestro medio, se presentan con frecuencia casos de epilepsia conocidos previamente. Se le conoce como: ataques. (6,9)

Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas

La presente tiene como objetivo establecer los criterios y pautas para vigilar y atender la salud de la mujer embarazada que presente complicaciones durante el embarazo.

El cumplimiento de la norma es de carácter obligatorio y será aplicada en todas las unidades privadas y públicas del país.

Protocolo de atención del Síndrome Hipertensivo Gestacional

Constituye una complicación de la gestación ya que afecta al 5-10% de las embarazadas en el país es la segunda causa de muerte materna.

Factores de riesgo:(algunos)

Edad menor de 20 y mayor de 35 años.

Ganancia exagerada de peso mayor a dos Kilogramos por mes.

Bajo nivel socio económico

Nuliparidad

Definición:

Gestación mayor de 20 semanas

Hipertensión arterial, toda embarazada con presión mayor o igual a 140/90mmhg en posición sentada, luego de reposo por 10 minutos en 2 oportunidades con intervalo de 4 horas.

Proteinuria.

Preclampsia grave:

En paciente con presión arterial no conocida

Tensión diastólica mayor o igual de 110mmhg en dos ocasiones con intervalo de 4 horas.
Considerar también cuando la tensión arterial media es mayor de 126mmhg.

En paciente con presión conocida

Sistólica mayor o igual de 60mmhg, o diastólica mayor o igual de 30mmhg de al tensión arterial basal en dos tomas consecutivas con intervalos de 4 horas.

Proteinuria hasta de tres o mas cruces en pruebas de cinta reactivas o es mayor de 5 gramos /litro en orina de 24 horas.

Signos y síntomas de peligro e indicadores de inminencia de eclampsia:

- Cefalea fronto-occipital que no cede con analgésico

- Visión borrosa, escotomas
- Acufenos
- Oliguria
- Epigastralgia
- Hiperreflexia

Eclampsia

- Hipertensión arterial
- Proteinuria
- Convulsiones o coma

Manejo de al Preclampsia grave y la Eclampsia

Primer nivel de atención (COE parcial)

- Referir a la unidad de mayor capacidad resolutive
- Canalizar vena bránula 16 o mayor calibre y administrar líquidos (Solución salina o Ringer)
- Mantener vías aéreas permeables
- Administrar tratamiento antihipertensivo y anticonvulsivante
- Estabilizar hemodinámica mente

- Avise y coordine previamente con la unidad de salud de referencia (COE COMPLETO)
- La paciente deberá ser acompañada de un recurso de salud que pueda atender el caso.
- Atención en el secundó nivel de atención (COE completo)
- Coloque granula 16 o de mayor calibre y administre solución salina o ringer IV a fin de estabilizar hemodinámica mente
- Cateterice vejiga con sonda foley No 18 para medir orina y la proteinuria.la diuresis no debe estar por debajo de 25ml/hora.
- Medir ingeridos y eliminados, si la producción de orina es menor a30ml por hora, restringir el sulfato de magnesio e infunda líquidos IV de un litros para cada 8 horas.
- Vigilar signos vitales, reflejos y la frecuencia cardiaca fetal cada hora.
- Mantener vías aéreas permeables
- Auscultar tórax cada hora para detectar estertores que indiquen edema de pulmón, de auscultar estertores restringir líquidos y administrar 40 MG de furosemida IV única dosis
- Realice biometría temática completa, examen general de orina, proteinuria con cinta, tiempo de protombina, tiempo parcial de torboplastina, recuento de plaquetas, glucosa, creatinina y ácido úrico.
- Oxigeno a 4 litros por minutos por catéter nasal y 6 litros por minutos con mascara.
- Vigilar signos y síntomas de inminencia de Eclampsia.

Tratamiento antihipertensivo

Si la presión diastólica se mantiene en o por encima de los 110mmHg, administre medicamentos antihipertensivos y reduzca la presión diastólica a menos de 100mmhg pero no por debajo de 90 mmHg para prevenir un hipo perfusión placentaria y la hemorragia cerebral.

Hidralazina 5mg IV lento cada 5 minutos hasta que disminuya al P/A repita cada hora si según sea necesario o administre Hidralazina 10 mg IM cada 12 horas según respuesta.

Si no dispone de Hidralazina administre Labetalol 10mg IV o Nifedipina 5mg sublingual

Si la respuesta del Labetalol es inadecuada, (la P/A diastólica se mantiene en o encima de 110mmhg después de 10 minutos administre Labetalol 20mg IV: aumente la dosis a 40mg y luego a 80mg si no se obtiene una respuesta satisfactoria después de 10 minutos de administrada cada dosis.

Si utiliza Nifedipina y la respuesta es inadecuada después de 10 minutos, adminístre 5 mg adicionales sublinguales. Continúe administrando Nifedipina 10mg vía oral cada 4 horas para mantener la presión arterial diastólica entre 90 y 100mm/ Hg

Tratamiento de las convulsiones:

- Unidad de cuidados intensivos
- Sujetar a la paciente e inmovilizarla
- Mantener vías aéreas permeables, aspirar secreciones oro faringees
- Oxígeno por cateter nasal o mascara de 4-6 litros por minuto
- Canalizar con granula de mayor calibre (dos vías) y solución salina o ringer.

Iniciar o continuar tratamiento con sulfato de magnesio (esquema Zuspan) 4 g de sulfato de magnesio al 10% IV diluido en 200ml de solución salina normal o ringer a pasar en 15 minutos. Mantenimiento 1gm por hora IV durante 24 horas después de la ultima convulsión.

- Si no desaparecen las convulsiones o se vuelven recurrentes a pesar de la terapia con sulfato de magnesio. Aplicar un segundo bolo de sulfato de magnesio: 2gm IV en 100ml de DW5% o solución salina normal IV en aprox.5min.
- En caso de no contar con Sulfato de Magnesio puede administrarse.
- Fenitoina 15mg/Kg inicial, luego 5mg/ Kg. a las 2 horas. Mantenimiento 200mg oral o IV C/ d 3-5 días (esquema Ryan)
- El nacimiento debe tener lugar tan pronto se ha estabilizado el estado de la mujer. El nacimiento debe producirse independiente de al edad gestacional.

Verificación de la información para el cumplimiento de la norma de Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG)

Dimensión de la calidad:

Oportunidad: (indicador) % de personal de salud que realice referencia oportuna ante la presencia de retardo del crecimiento intrauterino, al nivel de mayor resolución UMBRAL: 80-90%.

Eficiencia:(indicador) % de Personal de salud que realiza estabilización de la embarazada con convulsiones y coma y refiere oportunamente a la unidad de mayor nivel de resolución. UMBRAL 90-100%

Eficiencia:(indicador) % de personal de salud que realiza las pruebas de apoyo diagnosticas según lo establecido en el protocolo de atención. UMBRAL 80-90%

Satisfacción del usuario:(indicador) % de usuarias que expresan sentirse satisfechas por la atención recibida. UMBRAL 80-90%.

Hemorragia posparto

El sangrado puede llegar a constituir uno de los procesos mas graves que afecta a la mujer en el estado puerperal. Cada año son muchas las muertes maternas por esa causa, se considera que representa el 25% de los casos.

Factores de riesgo: primigestas, granmultigesta, macrosomía, polihidramnios, SHG, anemia, parto domiciliario, inducción y conducción con oxitocina, parto prolongado, parto precipitado, entre otros

Definición:

Se define como la pérdida de sangre por vía vaginal durante las primeras 24 horas después del parto de más de 500cc y de más de 1000cc por vía cesárea.

Prevención de la hemorragia posparto deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer periodo del parto cuyos componentes más importantes son.

- Administración de oxitocina IM
- Pinzamiento y sección inmediata del cordón umbilical
- Tensión controlada del cordón umbilical acompañado de masaje uterino

Manejo en el primer nivel de atención para la hemorragia posparto

Cuando no existen condiciones según el caso en el primer nivel de atención debe referirse a una unidad de mayor capacidad resolutive (COE completo)

Condiciones de traslado

- Canalice con bránula No 16 o mayor calibre con 1000cc de solución salina al 0.9% o Hartman a 60 gotas por minuto
- Oxitocina 20 UI en 1000 ml de solución salina al 0.9% o ringer IV a 60 gotas por minuto.
- Informar al hospital de referencia sobre el caso
- Explicar a la familia la importancia de su referencia
- Gestionar el transporte adecuado a la unidad de referencia

- Enviar al paciente con personal de salud capacitado en la atención
- Buscar donadores

Manejo intrahospitalario (II nivel de atención COE completo)

Atonía uterina

- Realice masaje uterino externo constante
- Verifique que la placenta y sus anexos fueron expulsados o extraídos completamente
- Administre oxitocina, 20 UI en 100cc de solución salina o ringer, IV a 60 gotas por minuto modifique según respuesta.

Si pasados 5 minutos el sangrado y atonía no cede:

- Realizar biometría hemática completa y preparar y realiza prueba cruzada para transfundir sangre total o paquete globular si es necesario.
- Vigilar signos y síntomas de shock
- Practicar masaje uterino interno combinado con masaje uterino externo.
- Si no cede administre un bolo de 10 UI de oxitocina IV. Lento, diluidos en 10 de agua destilada
- Si no cede practique compresión de al aorta abdominal
- Si persiste la atonía y el sangrado continúa, proceda a realizar,
- laparotomía exploradora

Alternativas

- Ligadura de arteria uterina y uteroovárica
- Histerectomía abdominal subtotal o abdominal

Desgarro del cuello uterino, la vagina o el perineo

Examinar a la mujer, identifique el sitio del sangrado si se descarta atonía o hipotonía y retención parcial de placenta y anexos. Suture el desgarro Si el sangrado continua evalúe el estado de al coagulación.

Retención de placenta:

Retención total de placenta

- Valorar el estado general
- Estime la cantidad de sangre perdida
- Canalice vena con granula No 16 o de mayor calibre, administre lactato de ringer a 40 gotas por minuto
- Si la placenta no se ha expulsado, administre 10 UI de oxitocina en 1000 ml de solución salina a 20 gotas por minutos, de masaje externo e incremente el goteo para provocar contracciones.

Mantener

- Si la placenta no se logra expulsar, realiza maniobras de Credé
- Si no se logra la expulsión prepare condiciones para extracción manual

- Si no se logra extracción manual indique laparotomía para realizar histerectomía subtotal o total.
- Indique antibiótico

Retención parcial de la placenta:

- Proceda a realizar extracción de restos de cotiledones o membranas retenidas y si es necesario practique legrado digital o instrumental.
- Si no es posible extraer restos y se pinza en al posibilidad de acretismo placentario, preparar para realizar laparotomía (histerectomía subtotal o total)
- Si el sangrado persiste investigar una cuagulopatía
- Indique antibiótico

Inversión uterina:

Su restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación o anestesia general con Halotano (si no esta contraindicado, antes de que se forme el anillo de contracción. Si no se restituye el útero realizar laparotomía exploradora restitución quirúrgica del útero.

Verificación de la información para el cumplimiento de la norma de Hemorragia Posparto (HPP)

Dimensión de la calidad:

Seguridad: (indicador) % de personal de salud que da respuesta oportuna da las complicaciones ante la presencia de las hemorragias. UMBRAL 80-90%.

Eficacia:(indicador) % de personal que aplica medidas terapéuticas oportunas, seguras y efectivas, cumpliendo con el protocolo de atención establecido. UMBRAL 60-70%.

Satisfacción de usuario: % de mujeres que expresan sentirse satisfecha por la atención recibida en las unidades de salud. UMBRAL 90-100%

Sepsis puerperal

Es una de las primeras causas de muerte materna en Nicaragua y se presenta con una frecuencia del 8% de todos los casos.

Factores de riesgo: Ruptura prematura de membranas (mayor de 6-8 horas), tacto repetidos, trabajo de parto prolongado, inadecuada asepsia y antisepsia, parto domiciliar entre otras.

Es la infección localizada inicialmente en el tracto genital femenino, que aparece como complicación, después del aborto o del parto. Puede propagarse por continuidad, contigüidad, vía hemática o linfática. Las infecciones por lo general son poli microbianas.

Clasificación

- Infección pélvica leve:
- Vulvitis, vaginitis, cervicitis, endometritis puerperal.
- Infección pélvica severa:
- Endometriitis, parametritis salpingo-ooritis, absceso pélvico, peritonitis, absceso intraabdominal con septicemia asociada y tromboflebitis pélvica.

Criterios de referencia:

- Carencia de unidad de cuidados intensivos
- Carencia de recursos humanos y materiales necesarios para dar respuesta a las demandas de atención
- Agravamiento del caso

Criterios de hospitalización:

- Presencia de fiebre de 39 a 40 grados centígrados
- Escalofríos
- Expulsión de loquios achocolatados o fétidos
- Dolor abdominal pélvico
- Taquicardia
- Presencia de un tumor blando o doloroso en el borde uterino

- Loquios purulentos
- Vómitos, meteorismo
- Dolor en miembros inferiores
- Disnea y postración

Verificación de la información para el cumplimiento de la norma de Sepsis puerperal

Dimensión de la calidad:

Seguridad: (indicador) % de personal de salud que realiza referencia de la mujer con riesgo de muerte. UMBRAL80-90%.

Eficacia:(indicador) % de personal de salud que asegura la atención, de acuerdo con los protocolos de atención establecidos. UMBRAL 80-90%.

Satisfacción:(indicador) % de usuarias, que expresan sentirse satisfecha por la atención recibida. UMBRAL 80-90%(11)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Descriptivo y de tipo cualitativo y cuantitativo, basado en el modelo de las tres demoras de la mortalidad materna, en la R.A.A.S, 2006-2007

Área de estudio:

El Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields, es un Hospital de segundo nivel de atención, COE completo, con una capacidad de 240 camas censables y 23 camas no censables, con 271 trabajadores, índice ocupacional de 65%. Brinda la atención en Ginecoobstetricia.

Universo y muestra: 31 mujeres que ingresaron al hospital regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco con una complicación obstétrica como: Preclampsia grave, Eclampsia, hemorragia posparto, Sepsis puerperal, shock hipovolémico, embarazo ectópico y aborto complicado y en el periodo de febrero a julio del 2007.

Unidad de análisis:

Las 31 mujeres que asistieron al hospital Ernesto Sequeira Blanco con diagnóstico de complicación obstétrica.

Unidad de observación: Hospital Ernesto Sequeira Blanco

Emergencia: Donde están ubicados tres médicos generales de presencia permanente y dos enfermeras, con capacidad para 5 pacientes de observación.

Servicio de Ginecoobstetricia: cuenta con 30 camas de las cuales 25 son para obstetricia, existen 12 enfermeras entre auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales las cuales cubren turno de día y noche, el personal médico cuenta con 4 Gineco-obstetras y un médico general, los cuales se distribuyen de acuerdo a un roll de turno.

Sala de labor y parto: existe capacidad para 4 pacientes, con dos expulsivos, donde laboran un médico general de presencia permanente de las 7 de la mañana y 3 de la tarde y 5 enfermeras entre auxiliares y profesionales las cuales realizan turno de día y noche cada 2 días una por turno, con un promedio de parto de 3.3 por día.

Variables y descriptores del objetivo 1

Características sociales y demográficas

- Edad
- Procedencia
- Escolaridad
- Ingreso familiar
- Ocupación de la paciente
- Ocupación del compañero

Antecedentes Obstétricos

- Tipo de complicación obstétrica
- Numero de controles Prenatales(CPN)
- Numero de embarazo
- Planificación familiar

Variables y descriptor del objetivo 2

Variable:

- Quien toma la decisión de buscar la atención

Descriptor

- Porque se toma la decisión de buscar atención

Variables y descriptor del objetivo 3

Variables:

- Distancia
- Gasto incurrido
- Medios de transporte

Descriptor

- Condiciones que demoran la llegada a la unidad de salud.

Variables del objetivo 4

Variables:

- Porcentaje de cumplimiento de normas y protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas del MINSA, Dic 2006.
- Promedio de cumplimiento por criterio para cada expediente clasificado como no cumple de complicación obstétrica
- Referencia

Objetivo 5

Descriptor

- Opinión de las mujeres o acompañantes, acerca de la atención recibida

Cruce de variables:

Procedencia por complicación obstétrica

Edad por complicación obstétrica

Control prenatal por complicación obstétrica

Numero de embarazo por complicación obstétrica

Transportación utilizada y distancia al establecimiento medico

Cumplimiento de protocolo y complicación obstétrica

Fuente de información:

Primaria: mediante la aplicación de una entrevista a La mujer con una complicación obstétrica y sus acompañantes.

Secundaria: se aplico un cuestionario al expediente clínico de cada mujer con diagnostico de complicación obstétrica. También se aplico la lista de chequeo de la monitorización de las complicaciones obstétricas a cada expediente.

Instrumento

Se elaboro un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, el cual se aplicara por el investigador a la paciente y sus acompañantes, en el momento del ingreso o durante su estancia en el hospital.

Se aplico instrumento de monitoreo (lista de chequeo) de las complicaciones Obstétricas basado en las normas y protocolos de atención de las complicaciones Obstétricas, MINSA, Dic.2006, a cada expediente de complicación obstétrica

Prueba piloto Se aplico el cuestionario pre elaborado, en el mes de enero para la validación del mismo.

Criterios de inclusión:

- Toda paciente que ingresa al hospital Ernesto Sequeira Blanco en el periodo de estudio, con una complicación obstétrica.
- Toda paciente con el diagnóstico de complicación obstétrica que desee participar del estudio.

Criterio de exclusión:

Toda paciente con diagnóstico de complicación obstétrica, en el periodo de estudio que no desee ser parte del estudio.

Plan de análisis:

Análisis cuantitativo: se creó una base de datos y los datos se agruparon en cifras absolutas y en porcentajes, para ello se utilizó el programa estadístico epi info. Versión 3.3.2.

Se aplicó a cada expediente la lista de chequeo por complicación, solamente si en el expediente se cumplieron todos los criterios, para obtener el promedio global, se obtiene de dividir en total de expedientes que cumplen, entre el total de expedientes monitorizados X100. De igual manera se obtiene un promedio por criterio de los criterios que no cumplen de cada acápite.

Para el análisis cualitativo se utilizará la técnica de baseado de las respuestas en matrices (técnica matricial) por cada descriptor, posteriormente se realizará un análisis para agrupar respuestas similares y en orden de frecuencia.

Consideraciones éticas: se pidió el consentimiento de forma verbal a las mujeres y sus acompañantes para ser incluidas en el estudio.

VIII.DESCRIPCION DE RESULTADOS.

Se entrevistaron 31 mujeres ingresadas al hospital regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields, RAAS, de febrero a julio del 2007, por complicaciones obstétricas.

Características sociales y demográficas:

El grupo de edad predominante de las mujeres ingresadas por una complicación obstétrica fue el de 19-25 años y el de 26 – 34 años con 35.5%(11) cada uno. (anexo tabla 1)

En su mayoría 68%(21), las entrevistadas residían en comunidades rurales en mayor frecuencia las provenientes de la Cruz de Río Grande y Tortuguero con 16%(5) respectivamente. Las mujeres que provenían del área urbana representaban el 32%(10) todas ellas residentes de Bluefields. (Tabla 2)

El 39%(12) de las entrevistadas no habían cursado ningún grado de escolaridad y el 22% tenían primaria no cumplida. (Anexos tabla3)

Antecedentes obstétricos:

El 52%(16) habían asistido entre 1 y 3 controles prenatales (CPN) y solo el 32%(10) de las mujeres tenía cuatro control prenatal (CPN). El 55%(17) eran primigesta y el 32%(10) tenían mas de cuatro embarazo, el 64%(20) no estaban planificando (anexos grafico 1)

La Complicación mas frecuente fue la Preclampsia grave y sus complicaciones derivadas en 68%(21), siendo esta complicación la que predomino en un 100% en las mujeres que

provenían del municipios de Corn Island (3) y Rama Kay (2). También la Preclampsia y sus complicaciones derivadas se presento en el 90%(9) de las mujeres de Bluefields, y en 80%(4) para La Cruz del Río Grande. (Anexo grafico 2, tabla4)

Según el grupo de edad siempre la preclampsia grave /sus complicaciones derivadas fue lo mas frecuente, destacándose en el grupo de edad de 19 y 25 años con 91%(10), en contraste a las complicaciones del parto y puerperio que predomino entre las de 35 años a mas en 100%.(anexo grafico 2, tabla 5)

La Preclampsia grave/sus complicaciones derivadas se presentaron en 90% de mujeres con cuatro o mas controles prenatales. Esta patología también predomino en el total de Bigestas (2) y Trigestas (2). (Anexos tablas 6,7)

En relación al ingreso familiar el 42%(13) referían algún tipo de ingreso. Las familias Incurrieron en gasto durante el traslado de las mujeres con complicaciones obstétricas en el 65%(20), el promedio de gasto fue de 400.00 córdobas, con un gasto mínimo de 10.00 córdobas y un máximo de 1,200.00 córdobas. (Anexos tablas 8,9)

La ocupación de la mujer con complicación que predomino fue la de labores domesticas con 90.3%(28) y las ocupaciones mas frecuentes de los 27 cónyuges fueron las de agricultor con 37%(10), chambero 22 %(6) y pescador 19%(5). (Anexos tablas 10)

Demora en tomar la decisión de buscar ayuda

La decisión de buscar ayuda fue tomada en un 32%(10) por los familiares de la mujer, en un 26%(8) por ella misma y en el 19%(6) el cónyuges tomo la decisión. (Anexos grafico 3)

La razón mas frecuente de decidir buscar ayuda expresada, fue porque ella se puso grave y se la encomendamos al señor (11 de 31), la segunda razón mas común fue la partera no podía hacer nada (5 de 31), entre otras razones manifestaron, en igual relación 4 de 31, en el centro de salud me explicaron lo que me sucedía no era normal, me podía morir en mi casa, yo aguanto, cuando les digo que estoy enferma es porque estoy enferma.(Anexos Matriz 1)

Demoras en la llegada a la unidad de salud

El promedio de tiempo que demoraron las mujeres en llegar a la unidad de salud de su propio municipio fue de 180 minutos, con un tiempo mínimo de 10 minutos, y máximo de 540 minutos.

El 58%(18) de las mujeres se trasladaron en 10-30 minutos. Procedentes en su mayoría en 100% (10) del casos urbano de Bluefields, y del área rural en 100% de Corn Island, Kukra Hill y Laguna de Perla respectivamente. El medio de transporte mas utilizado fue carro 100%(4), y ambulancia 100%(4) y avión 100%(3).

El 26%(7) duraron en traslado entre 240-540 minutos, provenientes todos del área rural destacándose el Tortuguero con 80%(4) y la Cruz de Río Grande 40%(2).El medio de transporte mas utilizado fue 50%(5) lancha/panga y 33.3%(1) bestia/caballo.(anexo tabla 11,12,13)

Condiciones que demoran la llegada a la unidad de salud: 15 Mujeres /o acompañantes manifestaron algún tipo de atraso hasta su llegada a la unidad de salud de su municipio, (4 de 15) refirieron, se estaba atendiendo con la partera, pero no pudo hacer nada, la segunda mas común fue, estaba sola y mi marido entro de noche yo estaba cuidando a mis otros hijos (3 de 15), otras menos frecuentes fue la familia se oponía y mi marido decidió (2 de 15), no tenían dinero en el Centro de salud y un familiar/desconocido nos pago el traslado. (Anexo matriz 2)

Cumplimiento de los estándares normados para la atención de las complicaciones obstétricas, del MINSA

El 74%(23) de las mujeres fueron referida de una unidad de salud, de las cuales solo en 52%(16) se cumplió con el protocolo de atención, entre las de mayor cumplimiento esta la atención a la Preclampsia grave/ sus complicaciones derivadas con un 69%(11), seguido de las patologías del parto y puerperio con 31%(5). (Anexo tabla 14,15)

Del 48%(15) de expedientes que no cumplieron con las Normas y Protocolos de atención de las Complicaciones Obstétricas, 10 correspondían a Preclampsia grave y sus complicaciones derivadas, 2 a patologías del parto y puerperio, y 3 de patologías del I trimestre del embarazo. (Anexo tabla 15)

Los criterios evaluados como no satisfactorios o no cumplen fueron: para Preclampsia Grave, en el acápite de medidas generales, los criterios con mas bajo cumplimientos fueron, canalizo con bránula 16 o mayor en 0%, un 20% vigilo signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora, en 40% auscultar bases pulmonares en busca de estertores y el segundo acápite con menos cumplimiento fue, prevención de las

convulsiones: un 20% continuo con Sulfato de magnesio al 10% en infusión IV hasta 24 horas después del parto o cesárea.

Para Eclampsia: también el acápite con menor porcentaje de cumplimiento fue el de medidas generales, los criterios un 0% posiciono a la embarazada sobre su costado izquierdo y protegí a la mujer de traumatismo. El segundo acápite con menos cumplimiento fue Manejo de las convulsiones: el criterio, si la convulsión recurrió después de 15 minutos de la dosis de ataque de Sulfato de magnesio administró 2 g en 100cc SSN DW5% en 5 minutos con 0%.

Patologías del parto y puerperio:

Para hemorragia Posparto: el acápite de menor cumplimiento fue, uso de oxitócicos juntos o en secuencia, el criterio, si se requirió transfusión, se realizó la misma con 0%.

Sepsis puerperal: El acápite de menor cumplimiento fue, Medidas generales: criterios, Canalizo con bránula 16 e inicio infusión de SSN o lactato de Ringer, Aplicación de dosis de dT, Hemocultivo y cultivo de exudado vaginales o del foco séptico con 0% de cumplimiento.

Patología del I trimestre del embarazo: el acápite de menor cumplimiento fue, Medidas generales, los criterios, canalizo con bránula 16 e inicio infusión de SSN o lactato de Ringer, en dependencia del estado hemodinámico administrar paquete globular o sangre, Control de S/V cada 15 minutos, con un 0% de cumplimiento.

Aborto complicado: el acápite de menor cumplimiento fue, medidas generales, los criterios, Aplicación de dosis de antitetánica (dT), Canalizo con bránula 16 e inicio infusión de SSN o lactato de Ringer, Profilaxis en la atención Cefazolina 1 g IV ID con un 0% de cumplimiento.

Percepción de las/os entrevistados acerca de la atención recibida por el personal de salud, durante la complicación obstétrica.

La atención fue valorada como buena y excelente 27 de los 31 entrevistados, lo que expresaron fue: me atendieron rápido y estoy viva 9 de 31, me siento mejor 7 de 31, me trataron bien y con cariño 4 de 31.

Entre las que manifestaron una atención de regular a mala 4 de 31, refirieron Me explicaron poco de mi problema 3 de 4 y me molesto porque me decían que no era nada y que ellos valoran a sus pacientes 1 de 4.ver anexos Matriz 3.

IX.DISCUSION:

Características sociales y demográficas:

El grupo mayoritario de mujeres con complicaciones obstétricas fue el de mujeres en edad reproductiva por consiguiente, sin riesgo, según el enfoque de riesgo, basado en identificar a las mujeres con mayor probabilidad de sufrir complicaciones, ha demostrado ser poco costo –efectivo. La evidencia científica muestra que la detección potencial de riesgo en mujeres embarazadas son imprecisos (1) Esto es comparable al año 2005 en Nicaragua casi la mitad de las mujeres que fallecieron por complicación obstétrica tenían edades entre 20 y 24 años(6), al igual que en la RAAS para el 2006(8,13). Es importante señalar que en su mayoría las mujeres no tenían cuatro controles prenatales como mínimo durante el embarazo como se estipula en la normativa de MINSA semejante a lo reportado por ENDESA 2006 donde el 59% de las embarazadas de la RAAS habían recibido atención prenatal y para el 2006 donde el 53.3% de las muertes maternas si tenían controles Prenatales(13). Pudimos comprobar de manera general que en más del 80% las mujeres habían tenido contacto con una unidad de salud, antes de su complicación.

Fue evidente al analizar el número de embarazos, que el grupo de Primigestas fue el mayoritario, seguido por el de múltipara/gran multipara similar al número de embarazos de las muertes maternas ocurridas por complicación obstétricas en la RAAS en el 2006(8). Esta condición si es considerada y esta descrita como factor relacionado a complicaciones obstétricas (11). Es aun más preocupante ya que para el 2006 ENDESA reporto que el Tortuguero y la Cruz de Rio Grande eran uno de los municipios con el promedio de hijos por mujer más altos de la región. Esto es explicable al encontrar que la mayoría de mujeres no utilizaban método de planificación familiar, similar a los datos del 2006 en la RAAS donde del total de muertes maternas el 73.3% no practicaba planificación familiar.(8,13)

En relación a la complicación obstétrica mas frecuente se pudo apreciar que la Preclampsia /sus complicaciones derivadas fue la que predomino, esto coincidiendo con lo encontrado en el 2001 en 10 departamentos del país donde la Preclampsia y Eclampsia fueron dos de las complicaciones mas comunes (6), también es importante destacar que en nuestra región la segunda causa de muerte por complicación obstétrica para el 2006 fue la hipertensión en el embarazo (8). No hubo diferencia en su comportamiento en cuanto a edad, numero de embarazos, numero de CPN.

Las mujeres con complicaciones obstétricas se caracterizaban por no tener escolaridad, similar a lo encontrado para el 2006 donde el 46.6% de las muertes maternas eran analfabetas. El analfabetismo en la RAAS para el 2005 era de 36.3%(13), las características geográficas y climáticas, sociales, económicas y culturales de las regiones autónomas, así como una frágil infraestructura de transporte y comunicación, hacen que el acceso a educación en los municipios y comunidades rurales sea precario. Agravado a un mas con el incremento de la población y la falta de infraestructura, recursos humanos para educación (14)

Casi en su totalidad las mujeres se dedicaban a trabajos doméstico, menos de la mitad de las familias de estas mujeres tenían algún tipo de ingreso y la ocupación del compañero de vida eran trabajos informales y de temporada como la agricultura, la chamba y la pesca, Según encuesta de CASC/Ipade 2005 el 30% de la población costeña vive de la agricultura, un 17.6% oficios domésticos y un 12.5% de la pesca. Es evidente que la mayoría de las familias de estas mujeres son pobres. Para el 2001 doce de los 19 municipios de las regiones autónomas se reportaron en extrema pobreza. Con un Índice de desarrollo humano (IDH) en la RAAS 2005 0,454 considerado como bajo siendo entre otros para la RAAS los municipios con índice mas bajo Tortuguero, La cruz de Río Grande.(12,13,14)

De manera general nuestros datos coinciden con las investigaciones reportadas e nivel de Latino América y el Caribe donde la mayoría de muertes por complicaciones obstétricas ocurren en mujeres pobres, de área rural y de baja educación. (2)

Fue evidente encontrar la influencia de la familia al momento de tomar la decisión de si o no buscar ayuda. La mayoría de las mujeres fueron trasladada porque la familia a si lo decidió, esto nos demuestra que la mujer no esta empoderada, lo que propicia la adopción de decisiones no saludables para ella, pero al correlacionarlo con las razones que hicieron tomar esta decisión pudimos evidenciar que las mujeres se encontraban en un estado ya de mucha gravedad, como se ve reflejado en las contestaciones “**ella se puso grave y la encomendamos al Señor**”, lo que nos indica que existe un desconocimiento por la familia, la partera y la propia mujer sobre las condiciones de gravedad, esto coincide con lo reportado en 10 departamentos del país donde el 42.4% de las mujeres recibidas por una complicación fueron recibidas como graves y con peligro para la vida(6). Al mismo tiempo esta reflejado la búsqueda de ayuda primeramente en las parteras y después en personal de salud calificado” **‘la partera no pudo hacer nada’**. Esta razón evidencia el porqué para el año 2006 en la R.A.A.S las muertes maternas por complicaciones obstétricas fueron en 80% en el domicilio y donde en su mayoría los parto fueron atendidos por parteras y las familias. Se estima que el parto institucional en la RAAS para el año 2006 según ENDESA fue de 48% y un 48% atendido por personal calificado (13). Estas condiciones favorecen una primera demora, y nos permite conocer lo determinante que es para una mujer con complicación obstétrica el hecho de buscar ayuda más tempranamente

El promedio de tiempo que tuvo que recorrer una mujer con complicación obstétrica hasta llegar a una unidad de salud de su propio municipio fue de 180 minutos (3horas), lo que refleja la inaccesibilidad de las unidades a la población de manera general; ya que el

tiempo estipulado por el MINSA RAAS para llegar la hospital regional en el área urbana es de 60 minutos a pie y de 10 minutos en vehículo, no así para el área rural donde esta estipulado entre 5 a 8 horas (8).

Las mujeres que acudieron entre 10 a 30 minutos lo realizaron en carro, ambulancia y avión, proveniente en su mayoría del casco urbano de Bluefields, demuestra accesibilidad de su población pero no la hace menos susceptibles a complicaciones obstétricas.

Sin embargo el mayor tiempo durante el traslado hasta una unidad de salud de su propio municipio, fue para las comunidades del área rural como La Cruz del Río Grande, Tortuguero, Torsuany y Kukra River, donde la mayoría se traslado en panga /lancha, a pie/hamaca. Para el año 2001 en 10 departamentos de Nicaragua el 59.3% de las mujeres que murieron por complicación obstétrica eran del área rural(6). No esta demás mencionar que los municipios donde se reportaron mayor muerte materna para el año 2006 en la región es precisamente en estas comunidades(8,13).

Otras condiciones que demuestras el haber tenido una segunda demora en las mujeres con complicaciones, fue el hecho de que las mujeres acudieran primero a atenderse con una partera como lo manifestaron “**se estaba atendiendo con la partera pero no pudo hacer nada**”. Se estimo para el año 2005 en los siete municipios de la RAAS un total de 203 parteras y además no esta demás mencionar el déficit de personal calificado en los municipios como son la Cruz de Rio grande con menos 11 recursos y de menos 10 para el Tortuguero (13). Otras mencionaron “**estaba sola y mi marido entro de noche yo estaba cuidando a mis otros hijos**”, esto nos refleja que la mujer en su rol de madre, se sienta obligada a cuidar a toda la familia, aunque esto implique arriesgar su propia vida.

Esta inaccesibilidad geográfica para las comunidades rurales, la falta de unidades de salud, el déficit de recurso humanos calificados, se le suma aun más el hecho de que la mayoría de las familias tuvieron que incurrir en algún tipo de gasto durante el traslado de las mujeres a la unidad de salud. Como ya se menciona en su mayoría la población costeña y principalmente la del área rural son extremadamente pobres.

Tercera demora

En mas del 74% las mujeres fueron referida de una unidad de salud antes de su ingreso, muy por encima de lo que revelo el estudio de 10 departamentos de Nicaragua, donde solo el 54.5% de las mujeres llegaron referidas (6)

Al valorar el cumplimiento de la normativa para la atención de las complicaciones obstétricas, MINSA, Dic, 2006, se cumplió con un 52%, siendo en la Preclampsia grave y sus complicaciones derivadas donde mas se cumplió aunque muy por debajo de lo que exige el MINSA como eficiencia entre el 80 y 100 %(11).

Además al valorar expedientes que no cumplieron por criterios por cada complicación, se pudo observar de manera general un menor porcentaje de cumplimiento para el acápite de Medidas generales en casi todas las complicaciones lo que demuestra que existe una debilidad a nivel de la institución hospitalaria en cuanto al manejo inicial de las complicaciones obstétricas.

Para la Preclampsia grave /sus complicaciones derivadas se encontró deficiencia en cuanto a los acápites de prevención de convulsiones y manejo de las convulsiones. En patología del parto y puerperio y Patologías del I trimestre del embarazo dentro del acápite

de medidas generales destacar la falta de administración de sangre en este tipo de pacientes que esta mas que claro que lo ameritan de forma inmediata.

Esto nos evidencia que aunque muchas mujeres traspasan la primera y segunda demora, el solo hecho de no aplicar de forma eficaz las normas y protocolos de atención por el personal hospitalario que atiende a las mujeres con complicación genera una tercera demora y un mayor riesgo para la mujer (9)

A pesar de estos resultados obtenidos, la percepción de la atención recibida de parte del personal de salud según las pacientes o sus acompañantes fue de Buena y excelente en su mayoría. Expresando calidad en la atención al manifestar, rapidez, buen trato, cariño lo que hace pensar que la calidad de la atención recibida de las y sus acompañantes la perciben desde un punto de vista de la calidez y de la rapidez con que podemos resolver su problema. Y no de que si cumplimos a no con un protocolo de atención de manera eficaz.

X. CONCLUSIONES.

1-La mayoría de las mujeres que ingresan por una complicación obstétrica al hospital regional, Bluefields, RAAS, son de edad reproductiva, con bajo ingreso económico, con bajo nivel de escolaridad y sus parejas tienen ocupación informales y temporales, la mayoría provenía de el área rural principalmente de Cruz de Río Grande, el Tortuguero y del área rural del municipio de Bluefields. La mayoría de las mujeres eran nulíparas, no cumplían con la norma de tener cuatro controles prenatales, en su mayoría no planificaban, a pesar que en más del 80% habían tenido contacto con una unidad de salud.

2-La Preclampsia grave/sus complicaciones derivadas fue la complicación de ingreso mas frecuente y no hace distinción de edad, numero de controles prenatales, numero de embarazos ni procedencia.

3-La influencia de la familia en la toma de decisión de buscar ayuda y el desconocimiento de la condición de gravedad por la familia, la partera y la misma mujer, además de la participación de la partera como primera instancia de atención, hace que se condicione una primera demora.

4-La inaccesibilidad geográfica y económica de las mujeres y sus familias sobre todo del área rural y la participación de la partera como primer contacto en la atención, determina que se de una segunda demora.

5-El sistema de referencia funciona en nuestra región pero no en un 100 %, el bajo cumplimiento de las normas y protocolos de atención de las complicaciones obstétricas, y la deficiencia en el cumplimiento de los criterios de las medidas generales por el personal hospitalario hace que se favorezca una tercera demora.

6-Las mujeres y sus acompañantes perciben una atención de Buena a excelente, basándose en rapidez, buen trato y cariño.

XI. RECOMENDACIONES.

A autoridades de las comunidades rurales

Organizar a nivel comunitario, grupos de mujeres y hombres para que se realicen gestiones con autoridades del Ministerio de Educación Cultura y Deporte, y se refuerce la integración a la educación de adulto.

Al personal de las unidades de salud de los diferentes municipios.

Contribuir a reducir la primera demora, al reducir las oportunidades perdidas haciendo hincapié de forma permanente y continua en cada control prenatal, con cada paciente y sus familiares, en el simple hecho que toda mujer embarazada, independientemente de su edad, número de embarazos y procedencia, tiene un riesgo y hacer mayor énfasis en planificación familiar.

Elaborar un plan de actividades de manera continua y permanente de información y de orientación, con temas que permitan el reconocimiento, de signos de alarma, durante el embarazo, parto y puerperio, dirigido a la comunidad y con énfasis a parteras para crear un entorno que facilite el apoyo al proveedor de salud.

Autoridades del SILAIS, escuela de Enfermería y ente involucrados.

Fortalecer y dar continuidad al proyecto de formación de enfermeras obstetras priorizando los municipios de las zonas rurales.

Autoridades del Gobierno regional, municipal y autoridades comunitarias y de salud

Para la gestión y elaboración de proyectos encaminados a la construcción de casas maternas en las comunidades del área rural donde estas no existen y crear nuevas donde

ya existen y como en el Tortuguero, la Cruz de Rio Grande y comunidades del área rural del municipio de Bluefields.

A personal de salud de las comunidades rurales

Insistir con las mujeres y familiares, de hacer uso de las casas maternas, y de lo importante que es la atención calificada del parto.

A autoridades de Salud del primero y segundo nivel de atención

Una revisión inmediata de su personal tanto de centros de salud, puestos de salud y hospital sobre el conocimiento de los protocolos de atención de las complicaciones obstétricas.

A autoridades del hospital regional de Bluefields

Evaluar la monitorización continua que resulta de la aplicación de la lista de chequeo a expedientes con complicaciones obstétricas, elaborando algunas medidas de intervención inmediata dirigidas al personal involucrado en la atención de las complicaciones obstétricas.

Tomar algunas medidas a nivel hospitalario para asegurar la transfusión de sangre de forma más eficiente a las mujeres con una complicación obstétrica.

Utilizar los resultados de esta investigación para sensibilizar e incentivar al personal de salud sobre la necesidad de elevar la calidad de atención que estamos brindando a las mujeres que acuden al hospital regional de Bluefields por una complicación obstétrica.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna, universidad de Columbia Junio 1997
2. Estadísticas, AIMNA, SILAIS RAAS-MINSA, 2006
3. Indicadores básicos de salud, 2005, Gobierno de Nicaragua, MINSA
4. Maternidad segura, evaluación de necesidades en los servicios de emergencia Obstétricas, en diez departamentos de Nicaragua, MINSA-FNUAP, 2001
5. Modulo de maternidad segura II, Dirección de primer nivel de atención, MINSA ASDI-OPS-UNICEF, 2003
6. Modulo metodología de la investigación 2006, CIES-UNAN, Managua, Nicaragua, 2006
7. Objetivos de desarrollo del milenio, Nicaragua 2006
8. Políticas nacionales de salud, MINSA, Nicaragua, 2005

9. Normas y Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas
MINSA, Nicaragua, Dic. 2006

10. Plan Nacional de reducción de la Mortalidad Materna, Peri natal e Infantil,
agosto, 2003, MINSA-Nicaragua

11. Informe de desarrollo humano, 2005, las regiones autónomas de la costa
Caribe PNUD.

12. I foro inter agencial en salud RAAS, junio 2007, situación de salud en la
RAAS, SILAIS Situación de salud de la RAAS, OPS, OMS.

13. Plan parto para la maternidad segura , manual
operativo, MINSA; Managua, Nic. 2005

14. Consulta técnica regional atención calificada del parto en América Latina y el
Caribe, informe 2004.

15. Estudio de maternidad segura resultados del Ecuador, proyecto de garantía de
calidad, marzo 2004

Anexos

Las tres demoras de las complicaciones obstétricas del hospital regional Ernesto Sequeira
Blanco, Bluefields, RAAS, 2006-2007

INSTRUMENTO N01

Cuestionario

N0: _____

Fecha: _____

Diagnostico de ingreso _____

Procedencia _____

Edad _____

Numero de controles Prenatales _____

Numero de embarazos _____

Planificación familiar _____

I-Tomar la decisión de buscar ayuda:

¿Quien tomo la decisión de buscar ayuda? _____

¿Porque? _____

Condición, situación económica de la mujer en el hogar

Ocupación de la mujer_____

Ocupación del conyugue_____

Ingreso familiar_____

Escolaridad

Sin escolaridad____Primaria no completa____Primaria_____

Secundaria no completa____Secundaria____Universitaria no
completa____Universitaria_____

II-Llegada a Unidad de Salud

¿Porque se tardo en llegar a la unidad de salud?

Distancia a la unidad de salud: Dias____ Horas_____

El costo_____

Medio de transportación a la unidad de salud:

Caballo/bestia____Panga/lancha____apie/hamaca____carro____avión__otros____

—

III-Percepción y tratamiento adecuado

¿Que opinión tiene de la atención que se le brindo?

Regular___Mala___Buena___Excelente_____

¿Porque? _____

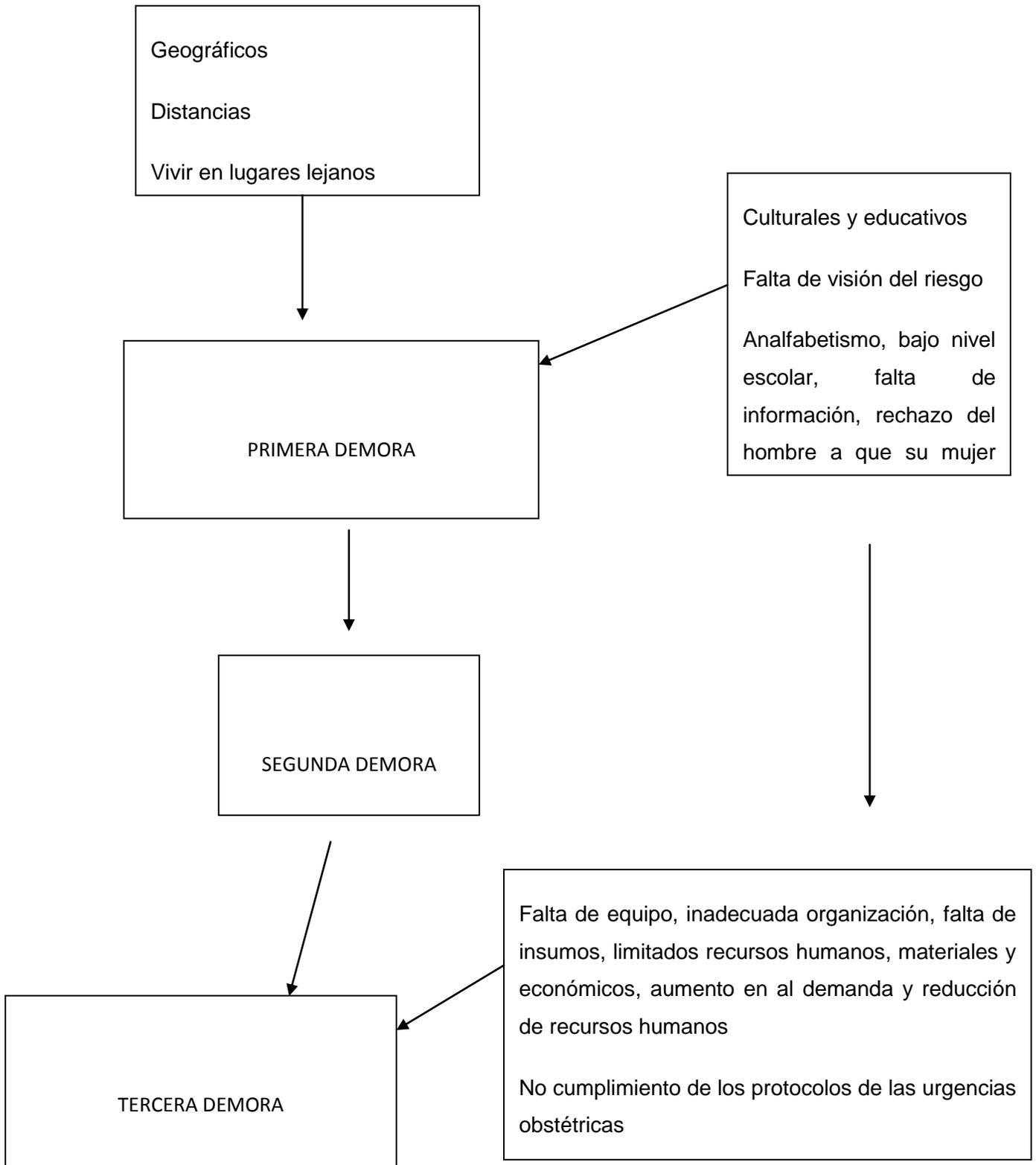
Referencia

Si_____No_____

Valoración del cumplimiento de protocolo de urgencia obstétrica según instrumentos propuestos por el MINSA:

Cumplido: SI_____NO_____ No cumple_____

Modelo explicativo



Operacionalización de variables		
Variable	Concepto	Valor
Edad	Numero de años cumplidos al momento del estudio	12 a 18años 19 a 25 años 26 a 34 años 35 años a mas
Procedencia	Según el municipio donde procede la mujer con la complicación	Bluefields Cruz de Rio Grande Corn Island Kukra Hill Laguna de perla Tortuguero
Tipo de complicación	Diagnostico con el cual ingresa la mujer al hospital	Preclampsia grave/sus complicaciones (Preclampsia grave, eclampsia) Patología del Parto/puerperio (hemorragia posparto y Sepsis puerperal) Patología del I trimestre(embarazo ectópico y aborto complicado)
Escolaridad	Mayor nivel de educación alcanzado	Sin escolaridad Primaria no cumplida Primaria Secundaria no cumplida Secundaria Universitaria
Empleo de la mujer	Empleo referido por la mujer	Tipo de empleo actual

Variable	Concepto	Valor
Empleo del compañero de vida	Empleo referido por el compañero o por la mujer	Tipo de empleo actual
Numero controles prenatales (CPN)	Número de controles prenatales registrados en el carnet perinatal	Ninguno 1-3 CPN 4 o mas CPN
Numero de embarazos	Numero de embarazos referidos por la paciente	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta- granmultigesta
Planificación familiar	Utilización de método de planificación familiar al momento de la entrevista	Si no
Quien tomo la decisión de buscar ayuda	Persona quien decidió llevar a la mujer a una unidad de salud	Ella misma El conyugue La familia La partera Personal de salud
Medio de transportación	Medio utilizados para llegar a la unidad de salud de su propio municipio	Lancha/panga Carro Ambulancia Bestia/caballo A pie/hamaca Avion
Gasto incurrido	Gasto en córdobas que incurrió la mujer o sus acompañantes para el traslado	Costo en córdobas referido por la mujer o sus acompañantes
Cumplimiento de protocolo	Numero de expedientes que cumplen con las normas y protocolos de las complicaciones obstétricas del MINSA, según lo establecido.	Numero de expedientes que cumplen Numero de expedientes que no cumplen
Referencia	Si la mujer con complicación fue referida o no corroborado con nota o formato de referencia	Número de mujeres con referencia Numero de mujeres sin referencia

Tablas de resultados

Características Socio-Demográficas y antecedentes obstétricos
de mujeres con Complicaciones Obstétricas.

Tabla 1 Número y porcentaje de edad en años de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas, hospital Regional, Bluefields, RAAS febrero-julio del 2007.

Grupo de Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 12 a 18 años	7	23
De 19 a 25 años	11	35,5
De 26 a 34 años	11	35,5
De 35 años a más	2	6
Total	31	100

Fuente: Primera entrevista, Secundaria expediente.

Tabla 2 Número y porcentaje de procedencia de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas, hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio del 2007.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	21	68
Urbano	10	32
Total	31	100
Bluefields	14	45
Cruz de Río G	5	16
Tortuguero	5	16
Kukra Hill	3	10
Corn Island	3	10
Laguna de Perla	1	3
Total	31	100

Fuente: Primaria entrevista, Secundaria: expediente.

Tabla 3 Número y porcentaje de escolaridad de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas, hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio del 2007.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	12	39
Primaria incompleta	8	26
Secundaria incompleta	8	26
Universitaria incompleta	2	6
Secundaria completa	1	3
Total	31	100

Fuente Primaria entrevista, secundaria: expediente.

Tabla 4 Número y porcentaje de Controles Prenatales (CPN) de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas al hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio del 2007.

Controles Prenatales CPN	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 CPN	16	5
4 ó más CPN	10	32
Ningún CPN	5	16
Total	31	100

Fuente: Primaria entrevista, secundaria: expediente.

Tabla 5 Planificación familiar de mujeres que ingresaron con complicación obstétrica hospital Regional, Bluefields, R.A.A.S, febrero-julio del 2007.

Planificación Familiar	Número	Porcentaje
Si	20	64
No	11	36
Total	31	100

Fuente: primaria entrevista

Tabla 6 Número y porcentaje de embarazos de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas al hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio del 2007.

Embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Primigestas	17	55
Bigestas	2	6,5
Trigestas	2	6,5
Multigestas y Gran Multigestas	10	32
Total	31	100

Fuente Primaria: entrevista, Secundaria: Expediente.

Tabla 7 Número y porcentaje de tipo de complicaciones obstétricas, que ingreso al hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio del 2007

Tipo de complicación	Frecuencia	Porcentaje
Preclampsia grave/ complicaciones	21	68
Patología del parto y puerperio	7	22
Patología del primer trimestre	3	10
Total	31	100

Fuente Primaria: entrevista, secundaria: expediente.

Tabla 8,9 Ingreso familiar y gasto incurrido en el traslado de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas al hospital Regional, Bluefields, R.A.A.S, febrero-julio del 2007.

Ingreso Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Sin Ingreso	18	58
Con Ingreso	13	42
Gasto en Córdoba	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	65
No	11	35
Total	31	100

Gasto incurrido en Córdoba			
Media	Mediana	Mínimo	Máximo
525	20	10	1,200

Fuente primaria: Entrevista.

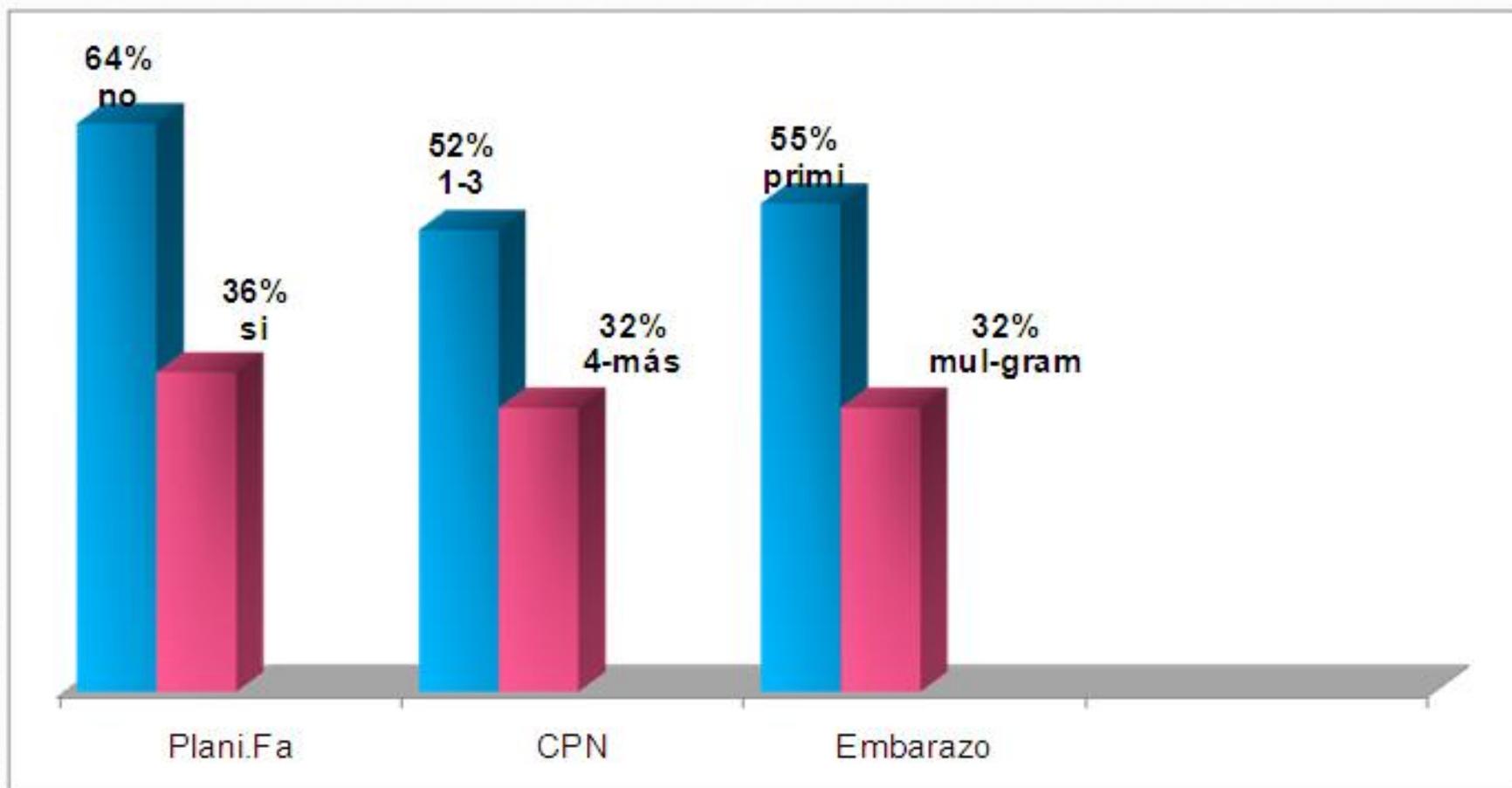
Tabla 10 Numero y porcentaje de la ocupación del compañero y de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas al hospital Regional, Bluefields, febrero-julio del 2007.

Tipo de Ocupación	De la Paciente		Del Compañero	
	No.	%	No.	%
Labores domésticas	28	90,3	-	-
Comerciantes	2	6,5	-	-
Oficinistas	1	3,2	-	-
Agricultor	-	-	10	37
Chambero	-	-	6	22
Ninguna	-	-	3	11
Pesca	-	-	5	19
Taxista	-	-	3	11
Total	31	100	27	100

Del total de Mujeres 4 de ellas no tenían compañeros. Fuente: primaria entrevista

Antecedentes obstétricos, complicaciones obstétricas hospital regional, Bluefields, febrero-julio 2007

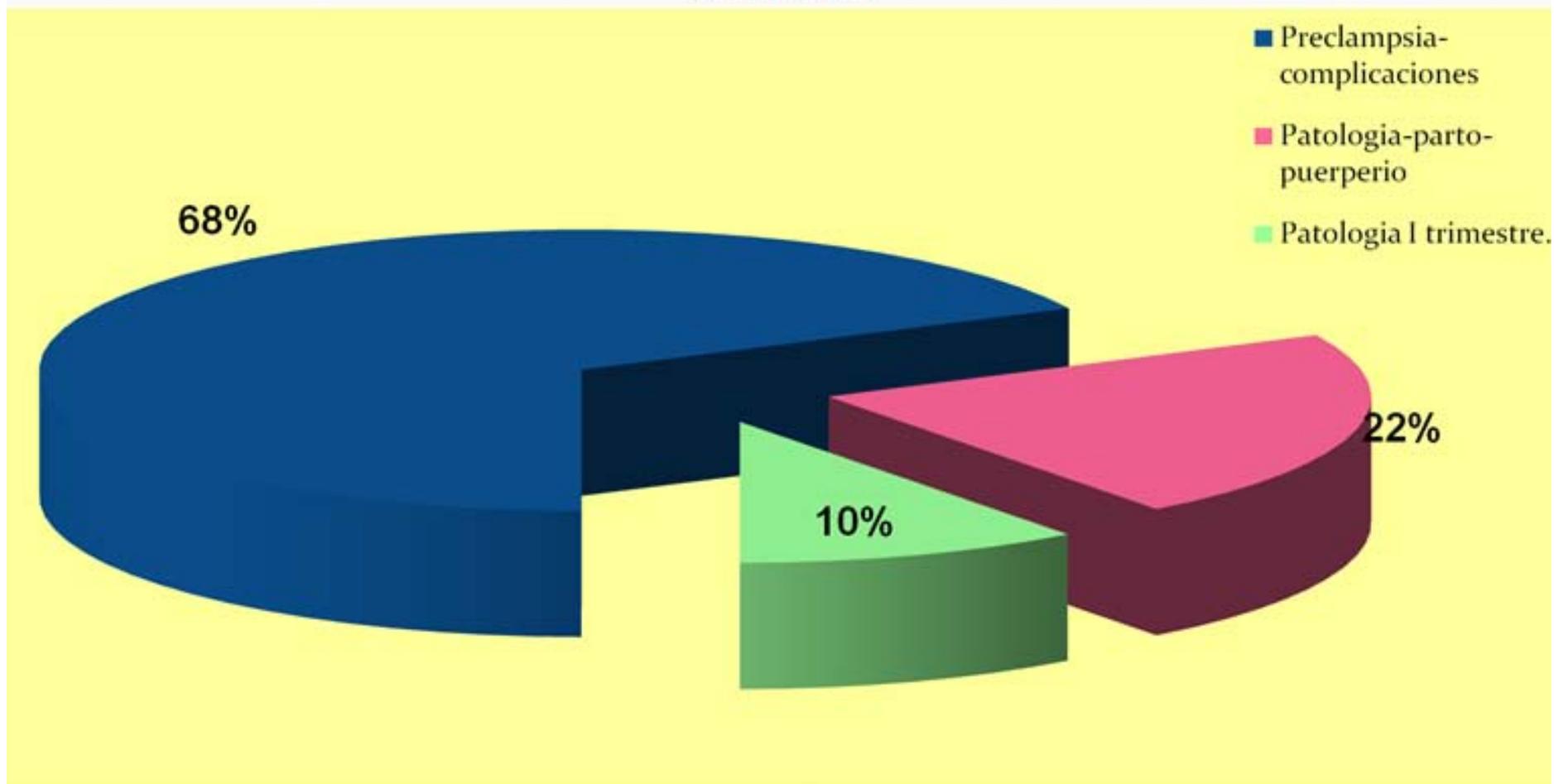
Gráfico 1



Fuente: expediente clínico

Tipo de complicación obstétrica, que ingreso al HERSB, RAAS, Bluefields febrero-julio 2007

Gráfico 4



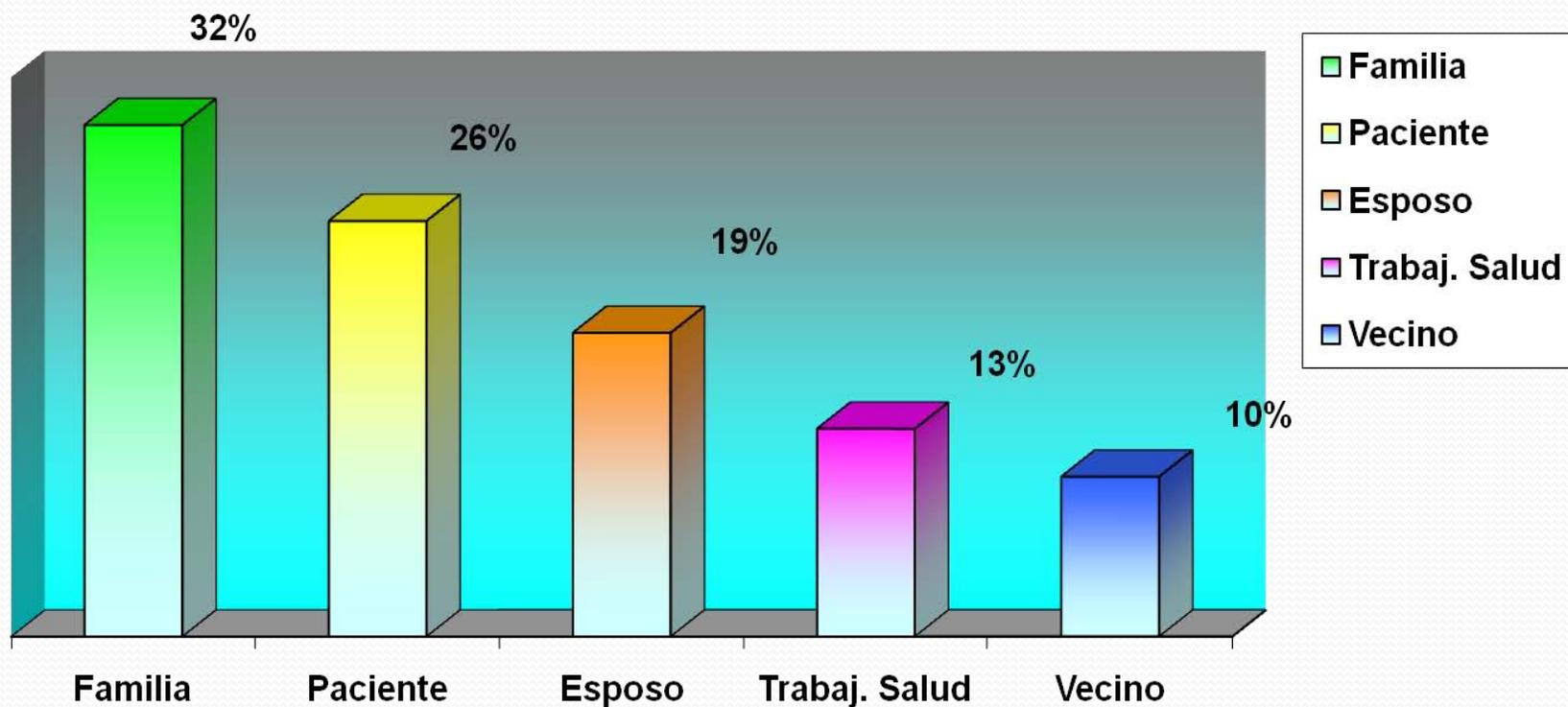
Fuente: expediente clínico

Tablas de resultados

Conocer las razones de demora en la decisión de buscar ayuda de las mujeres con complicaciones obstétricas.

Quien tomo la decisión de buscar ayuda en las complicaciones obstétricas que ingresaron al HRESB, RAAS, Bluefields febrero-julio 2007

Grafico 3



Fuente: entrevista

Matriz 1

Razones de porque se tomo la decisión de buscar ayuda:

<p>Descriptor: acerca de porque se busco ayuda</p>	<p>Porque ella se puso grave y se la encomendamos al señor (11-31)</p> <p>-En el Centro de Salud me explicaron, lo que me sucedía no era normal (5 de 31)</p> <p>Yo aguanto, cuando les digo que estoy enferma, es porque estoy enferma(4 de 31)</p> <p>-La partera no podía hacer mas (4-31)</p> <p>-Me podía morir en mi casa (4-31)</p> <p>-Una vecina nos dijo que me llevaran al hospital y que a su hija le paso igual (3-31)</p>
--	--

Tablas de resultados

Conocer las causas de demora en llegar a la unidad de salud de las mujeres con complicaciones obstétricas.

Tabla 11 Distancia en minutos, de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas, hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio del 2007

Total de muestra	Media	Mediana	Mínimo	Máximo
31	117	30	10	540

Fuente: entrevista, expediente clínico

Tabla 12 Distancia en minutos por transportación utilizada, de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas, hospital Regional, Bluefields, febrero-julio del 2007

Tipo de Transportación	10 a 30 min		60 a 180 min		240 a 540 min		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	Lancha / panga	3	30	2	20	5	50	10
A pie / hamaca	3	43	3	43	1	14	7	22
Carro	4	100	-	-	-	-	4	13
avión	3	100	-	-	-	-	3	10
Ambulancia	4	100	-	-	-	-	4	13
Bestia /caballo	1	33.3	-	-	2	33.3	3	10
Total	18	58	5	16	8	26	31	100

Fuente: secundaria expediente, primaria entrevista

Tabla 13 Distancia en minutos por procedencia, de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas, hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio 2007

Procedencia	10 a 30 minutos		60 a 180 minutos		240 a 540 minutos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bluefields	11	100	1	7	2	14	14	45
Cruz de R Gr	-	-	3	60	2	40	5	16
Tortuguero	-	-	1	20	4	80	5	16
Corn Island	3	100	-	-	-	-	3	10
Kukra Hill	3	100	-	-	-	-	3	10
Laguna Perla	1	100	-	-	-	-	1	3
Total	18	58	5	16	8	26	31	100

Fuente: primaria entrevista y secundaria expediente

Matriz 2

Condiciones que demora la llegada a la unidad de salud

<p>Descriptor:</p> <p>Condiciones que demora la llegada a la unidad de salud</p>	<p>-Estaba atendiendo la partera, pero no pudo hacer nada (4 de 15)</p> <p>-Estaba sola y mi marido entro de noche yo estaba cuidando a mis otros hijos (3 de 15)</p> <p>-La familia se opuso y mi marido decidió (2 de 15)</p> <p>-No tenían dinero en el Centro de Salud y un familiar/ desconocido nos pago el traslado(2 de 15)</p> <p>-Porque no sabíamos el teléfono del hospital y una vecina nos lo dio y por eso estuve convulsionando como una hora y media (2 de 15)</p> <p>No me dio tiempo de llegar al puesto de salud, era de noche y me atendió una partera(1de 15)</p> <p>-Porque me decían que era un cólico y estuve cinco días y fui dos veces al puesto de salud(1-15)</p>
--	---

Fuente: primaria entrevista

Tablas de resultados

Valorar el cumplimiento de los estándares acorde a lo normado por el Ministerio de Salud para la atención de las complicaciones obstétricas, MINSA, Dic 2006

Tabla 14 Numero y porcentaje de referencia y cumplimiento del protocolo, de mujeres que ingresaron con complicaciones obstétricas, hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio del 2007

Referencia				Cumplimiento de protocolo			
SI		NO		SI		NO	
N0	%	N0	%	N0	%	N0	%
23	74	8	26	16	52	15	48

Fuente: secundaria expediente

Tabla 15 Cumplimiento de protocolo por complicación obstétrica, de mujeres que ingresaron, hospital Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, febrero-julio del 2007

Complicación Obstétrica	Cumplimiento de protocolo			
	SI		NO	
	N0	%	N0	%
Preclamp grave/compl.	11	69	10	67
Patolo parto/puerp	5	31	2	13
Patolo I Trimestre	-	-	3	20
Total	16	100	15	100

Fuente: secundaria expediente

Tabla 16 Cumplimiento de Normas y protocolos por criterio de Preclampsia grave, Hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio del 2007

N= 7

Preclampsia grave	Promedio
<i>El diagnostico de Preclampsia grave se baso en</i> <i>Identificación de proteínas en cinta reactiva 3+ o más en 2 tomas consecutivas e intervalos de 4 horas</i>	60%
Medidas generales Vigilo signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora	0%
Canalizo con bránula 16 e inicio infusión de SSN o lactato de Ringer	0%
Ausculto bases pulmonares en busca de estertores	20%
Uso de antihipertensivo Mantuvo la PA diastólica entre 90 y 100 mm Hg	60%
Prevención de las convulsiones Continúo el Sulfato de magnesio al 10% en infusión IV hasta 24 horas después del parto/cesárea	20%

Fuente: secundaria expediente

Tabla 17 Cumplimiento de Normas y protocolos por criterio de Eclampsia, Hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio del 2007

N=3

Eclampsia: Criterios	Promedio
El diagnostico de Eclampsia se baso en: Identificación de proteínas en cinta reactiva 2+ o más	0%
Medidas generales Vigilo signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora	50%
Canalizo con bránula numero 16 e inicio infusión de SSN o lactato de Ringer	50%
Si respira: administro oxigeno 4-6 litros por minuto por mascara o catéter nasal	0%
Posiciono a la embarazada sobre su costado izquierdo	0%
Protegió a la mujer de traumatismos	0%
Uso de antihipertensivo Mantuvo la PA diastólica entre 90 y 100 mm Hg	50%
Manejo de las convulsiones Inicio con Sulfato de magnesio al 10% (8 g) en 420cc de SSN, Ringer o DW5% a 20 gotas por minuto	50%
Si la convulsión recurrió después de 15 minutos de la dosis de ataque de Sulfato de magnesio administró 2 g en 100cc SSN DW5% en 5 minutos	0%

Fuente: secundaria expediente (Preclampsia graves y sus complicaciones derivadas: Eclampsia)

Tabla 18 Cumplimiento de Normas y protocolos por criterio de de patologías del parto y puerperio, Hospital Regional, Bluefields, RAAS, febrero-julio del 2007

N= 2

Atonía Uterina: criterios	Promedio
Uso de Oxitócicos juntos o en secuencia Si, se requirió transfusión, se realizo la misma	0%
Sepsis puerperal: criterios	
Canalizo con bránula numero 16 e inicio infusión de SSN o lactato de Ringer	0%
Aplicación de dosis antitetánica (dT)	0%
Hemocultivo y cultivo de exudado vaginales o del foco séptico	0%

Fuente: secundaria expediente (patologías parto y puerperio: hemorragia posparto y Sepsis puerperal)

Tabla 19 Cumplimiento de Normas y protocolos por criterio de Embarazo ectópico aborto complicado, Hospital Regional, Bluefields, febrero-julio del 2006

N= 3

Embarazo ectópico: criterios	Promedio
Medidas generales	
Canalizo con bránula numero 16 e inicio infusión de SSN o lactato de Ringer	0%
En dependencia del estado hemodinámica administrar paquete globular o sangre	0%
Control de S/V cada 15 minutos	0%
Aborto complicado: criterios	
Aplicación de dosis de antitetánica (dT)	0%
Canalizo con bránula numero 16 e inicio infusión de SSN o lactato de Ringer	0%
Profilaxis en la atención Cefazolina 1 g IV ID	0%

Fuente: secundaria expediente, Patologías primer trimestre (Embarazo ectópico y aborto complicado)

Tablas de resultados

Describir la percepción de las/os entrevistados acerca de la atención recibida por el personal de salud, durante la complicación obstétrica.

Matriz 3

Percepción acerca de la atención recibida

<p>Descriptor</p> <p>Opinión acerca de la atención recibida</p>	<p>Buena y excelente 27 de 31</p> <p>Me atendieron rápido y estoy viva(9 de27)</p> <p>Me trataron bien y con cariño (8 de 27)</p> <p>Me siento mejor (6 de 27)</p> <p>Mi bebe esta bien y yo también (3 de 27)</p> <p>Me pasaron suero y sangre (1 de 27)</p> <p>Regular o mala 4 de 31</p> <p>Me explicaron poco de mi problema (3 de 4)</p> <p>Me molesto porque me decían que no era nada y que ellos valoran a sus pacientes (1de 4)</p>
---	---