



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2007-2009



INFORME DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

**CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN
DEL PARTO, PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO.
CLÍNICA MATERNO - INFANTIL TROJES.
EL PARAÍSO, HONDURAS.
SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2008**

AUTOR: MARCO ANTONIO IRIAS GOMES MD.

TUTOR: MANUEL MARTINEZ MOREIRA MSc
DOCENTE CIES UNAN-MANAGUA

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Junio 2009

INDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii

N° PÁGINAS

I.-INTRODUCCION.....	1
II.-ANTECEDENTES.....	2
III.-JUSTIFICACION.....	4
IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V.-OBJETIVOS.....	6
VI.-MARCO DE REFERENCIA.....	7
VII.-DISEÑO METODOLOGICO.....	66
VIII.-RESULTADOS.....	71
IX.-ANALISIS DE RESULTADOS.....	76
X.-CONCLUSIONES.....	81
XI.-RECOMENDACIONES.....	84
XII.-BIBLIOGRAFIA.....	85

ANEXOS

DEDICATORIA.

Al creador del universo, Señor y salvador de mi vida, fuente de inspiración y dador de toda gracia y en especial de sabiduría.

A mis dos lindas ángeles, que Dios me prestó por un momento y luego se las llevó para engalanar su trono; a ellas, a quienes dejaron una huella muy marcada en mi corazón, con todo cariño y con todo mi amor:

A mi madre, THELMA OTILIA GOMEZ Q.D.D.G. y a mi abuela, mi querida

“mamalinda”, como cariñosamente le llamaba, HIGINIA IRIAS Q.D.D.G.

Todo mi agradecimiento a estas dos lindas mujeres que siempre están presentes en mi mente y en mi corazón deseando que ellas pudieran haberme visto alcanzar mis sueños culminados.

A ellas, a su memoria, les dedico este trabajo

AGRADECIMIENTO

- A DIOS TODOPODEROSO:** Quien ha sido mi fortaleza y mi estandarte en todo momento ha estado a mi lado
- Al estado de Nicaragua:** Por haberme brindado espacio en su país de forma muy generosa y poder de esa manera realizar un sueño.
- A mis hermanos (as):** Trinidad Isabel Irías, Ana Belinda Irías Oswald Francisco Irías. Quienes de alguna forma Dios puso A mi lado para que disfrutara el compartir de su compañía
- A mis maestros del CIES:** Quienes con su paciencia y don de enseñanza pusieron en mi, retos que hoy se concretizan. En especial a la **Msc. Alma Lila Pastora Z.**
- A mis compañeros de estudio:** Con quienes disfrute y compartí momentos muy bonitos y agradables como en las horas de almuerzo.
- A mi asesor:** **El Msc. Manuel Martínez**, quien fue un amigo y compañero más dentro del grupo, con su experiencia multifacética y don, nos dio su valioso tiempo y conocimiento para luego ser entes proactivos

RESUMEN

El presente estudio es de tipo retrospectivo, sobre la calidad en la atención del parto, puerperio y recién nacido, en la clínica materno -infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, en el segundo semestre del año 2008, mediante el análisis, de una serie de variables extraídas de los protocolos que se manejan en dicha clínica; y que fueron los 74 expedientes de las mujeres embarazadas, haciendo énfasis desde el momento que llegaba a la Clínica , en busca de atención hasta el momento que se le daba de alta y todo ello reflejado en el protocolo existente en la clínica en estudio.

Se pudo encontrar algunos resultados que no hacen más que inquietar al personal de salud que labora dicha clínica en mención.

El estudio refleja que las mujeres que asisten a la atención del parto, en el segundo semestre fueron un total de 74 embarazadas, siendo en su mayoría población muy joven y el 53 % se encontraba en la edad 18 a 29 años.

El estudio muestra que se brindó atención a primigestas menores de 18 años y a multíparas mayores de 36 años siendo estos casos, embarazos de alto riesgo; de las mujeres atendidas, el 18 % se habían practicado un control de su embarazo.

Resaltando además que el 19 % su estado civil era de madre soltera muchas de ellas, eran adolescentes con una educación mayoritaria en el 83 % de nivel primario y el 7 % de analfabetismo, dedicadas principalmente a cuidar de la casa en un 73 % con el trabajo no remunerado en los oficios domésticos.

El estudio reveló también que el 68 % de las atendidas en la clínica materno infantil, procedían del área rural; 30 % con accesibilidad geográfica a la clínica de mas de 2 horas, de camino de tierra y accesible solo en verano.

El 18 % de estas embarazadas no se habían realizado ningún control de embarazo previo al parto y el 73 % de ellas no se les realizó ningún examen de laboratorio clínico, ni el examen laboratorial del virus de inmunodeficiencia adquirida humana (HIV) en el 86 %.

Un porcentaje significativo fue ingresada con diagnóstico de embarazo en expulsivo en un 31 % y un 47 % se ingreso con diagnostico de embarazo en trabajo de parto; pero en cuanto al llenado de partograma que es fundamental para una buena atención de parto al 23 % no se le llenó o se hizo de una forma incorrecta.

14 % de las embarazadas no se aplico vacuna toxoide en el control del embarazo y al 15 % no se le aplico la inyección de oxitócina durante el parto.

El dato más significativo de la presente investigación es que, de las 74 embarazadas, el 41 % presentó algún grado de complicación como ser el sangrado trans-vaginal y en un 50 % de los casos hipotensión sanguínea.

El 93 % de los partos fueron atendidos por enfermeras auxiliares y solamente un 7 % por médicos generales.

En cuanto a la calidad en los servicios de puerperio, en un 32 % no hubo monitoreo. Un dato muy significativo fue que la atención del recién nacido en un 14 % no recibió la primera dosis de la vacuna BCG, vitamina k y la inmunización de hepatitis.

El promedio de estancia de las embarazadas en la clínica fue de 9 horas.

Es de hacer notar que a pesar de todas las limitantes existentes, no se reporta ninguna mortalidad materna, puerperal o neonatal, durante el periodo de la presente investigación

I.-INTRODUCCION

Una de las principales metas del nuevo milenio para los países en desarrollo, es la disminución de la mortalidad materna e infantil y esto solo es capaz de lograrse a través de brindar una muy buena atención prenatal que implique una alta captación de pacientes, las que deberían de iniciarse en su primer trimestre del embarazo para así poder llevar a las mujeres a un final feliz en su parto y continuar vigilando también su puerperio.

La Secretaria de Salud de la república de Honduras, ha venido desarrollando una serie de actividades y programas cuyo fin es cumplir con la meta de este objetivo en donde sin lugar a dudas se han logrado grandes avances en la reducción de los indicadores de impacto en la salud de la población materno-infantil.

Con demasiada frecuencia, la mortalidad durante el embarazo y el parto ha permanecido elevada debido a la falta de atención o bien, a la calidad muy deficiente de atención a la mujer embarazada y posteriormente al recién nacido; pero, el incremento del porcentaje de atención de parto institucional ha contribuido a disminuir la tasa de mortalidad materna.

La Organización Mundial de la salud (OMS) trabaja con otros organismos de las Naciones Unidas y con Organizaciones no Gubernamentales (ONG) para promover la maternidad segura en los países con recursos limitados , donde las tasas de morbilidad y mortalidad maternas son muy altas y constituyen un problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo, debido a las complicaciones que las mujeres presentan durante el embarazo , parto y puerperio, planteando la necesidad de trabajar con estrategias innovadoras que permitan mejorar los principales indicadores materno infantiles, garantizando el derecho a las personas de tener acceso a los servicio de salud con un abordaje integral; de allí la creación de estos servicios de salud materno infantil en puntos estratégicos del país para mejorar y dar respuesta a esta necesidad.

Con el presente trabajo, se realizó una evaluación en los servicios de atención de parto, recién nacido y puerperio en la comunidad de Trojes El Paraíso, Honduras durante el segundo semestre del año 2008.

II.- ANTECEDENTES

Son pocos los países en desarrollo que han logrado avances significativos en la reducción de la tasa de mortalidad materna, a pesar de la iniciativa mundial para enfrentar este problema. Honduras, es uno de estos casos excepcionales. Entre 1990 y 1997, el número de muertes durante el parto por Cada 100,000 nacidos vivos se redujo en un cuarenta por ciento, de 182 a 108; como consecuencia de la iniciativa para una maternidad segura lanzada en la Conferencia Internacional de 1987 en Nairobi, Kenya.

Se han realizado un gran número de investigaciones con el fin de identificar qué es lo que tienen que hacer los países para disminuir la mortalidad materna.

Uno de los debates más intensos ha sido el asegurar la presencia de personas calificadas durante el parto o en hacer accesibles los cuidados obstétricos de emergencia para aquellas mujeres que experimentan complicaciones durante el alumbramiento. (1)

Para los año 1990's, después de un estudio realizado que reportó alto índices de mortalidad materna en Honduras de 182 casos por cada 100.000 nacidos vivos (2) la OPS, el Ministerio de Salud de Honduras, USAID, UNFPA, y otros donantes de fondos que proporcionaron asistencia financiera o técnica para la iniciativa de maternidad segura tales como: los gobiernos de Alemania, Canadá , España, la Unión Europea, UNICEF y el Centro Latinoamericano de Perinatología en Uruguay, elaboraron un plan para la reducción en 50 % de la mortalidad materna pues se estaban presentando de 500.000 a 600.000 muertes relacionadas con el parto y que de estas muertes el 50% se relacionaba mas en hospitales y que el 30 % con partos no institucionalizado (3)

El plan exhortó a los países para que implementaran un enfoque de riesgo reproductivo en la reducción de mortalidad materna, incitando a los Gobiernos a que organizaran sus comunidades para que identificaran las mujeres embarazadas, mejoraran la preparación de las parteras tradicionales, implementaran clínicas materno-infantiles (CMI) para su uso por aquellas mujeres con embarazos de bajo riesgo, desarrollaran un red nacional de hogares maternos para las mujeres con embarazos de alto riesgo y mejoraran la calidad de la

asistencia durante el parto institucional en el primer nivel de referencia. Para reducir la mortalidad materna se han utilizado estrategias dirigidas a mejorar las coberturas de los Servicios de Salud, promoviendo el Control Pre - natal, el parto institucional y el parto limpio, para lo cual se fortalecen las acciones de atención primaria de Salud señalando la necesidad de mejorar los estándares de atención de salud en los hospitales; la creación de normas para la atención del parto seguro y limpio y la capacitación de los médicos , enfermeras y parteras tradicionales en estas normas.(1)

Un estudio realizado en Perú de corte transversal sobre cumplimientos de estándares de calidad en la atención del parto institucional, trabajaron con 37 hospitales y 21 centros de salud refiere que para lograr una mejor calidad de atención en los servicios de salud es necesario elaborar instrumentos adecuados para su evaluación debido a que la atención al usuario comprende varias Dimensiones como ser: efectividad, aceptabilidad, eficacia, accesibilidad, relevancia y equidad .en el instrumento de trabajo se incluyeron estándares de calidad que fueron pruebas de laboratorio,partograma,atención de expulsivo, trabajo de parto y evaluación feto. Pélvica se obtuvieron resultados de satisfacción 78.3 % sobre atención de parto; el tópico de equipo 76.8 % y el 84 % de las encuestadas regresaron a parir nuevamente al mismo lugar, en cuanto a la atención expulsivo y partograma se obtuvo un cumplimiento de 44.6% y 33 % respectivamente con cumplimiento de normas de 77.9 % y de9.6 % en cuanto a realización de exámenes ,el estudio concluye que además de la evaluación de estándares de calidad ,es importante evaluar la satisfacción del usuario (4)

Finalmente, es importante tomar en cuenta que las mujeres que experimenten complicaciones durante el parto fueran trasladadas a unidades de salud mejor equipadas y promovieran la promoción de la maternidad segura.

III.- JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna ha sido un grave problema de salud en Honduras y para reducir las altas cifras, entre otras estrategias se estableció la promoción del parto institucional con la política de maternidad segura. Implementada por la agencia mundial de salud en los años 80's que permitió una maternidad segura esto fue una política de estado, para luego convertirla ,En clínicas maternas infantiles,(1)de esta forma mediante la creación de dichas clínicas en puntos estratégicos del país, tales como, en áreas rurales con dificultad de acceso geográfico, acceso económico y acceso cultural y de igual manera en áreas fronterizas al país; en ese sentido es de suma importancia monitorear la calidad en la atención del parto, el puerperio y en el recién nacido , mediante el cumplimiento de las normas establecidas por las variables expuestas por la secretaria de SALUD PÚBLICA DE HONDURAS; Por lo que, el presente estudio pretende establecer la calidad de los servicios de atención del parto ,puerperio y recién nacido en la Clínica materno infantil de Trojes , El Paraíso ,Honduras. Durante el segundo semestre del año 2008.Con los hallazgos encontrados se impulsaran acciones conjuntas que permitan mejorar la calidad de los servicios que se brindan a todas las mujeres que asisten a la clínica en estudio

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a los elementos anteriormente señalados se formula las siguientes preguntas del estudio:

¿Cuál es la calidad de los servicios de atención del parto, puerperio y recién nacido en la Clínica Materna Infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras. Durante el segundo semestre del año 2008?

Las interrogantes derivadas de la pregunta son:

- 1.- ¿Cuáles son las características socio-demográficas de las mujeres en estudio?
- 2.- ¿Como es la calidad de atención del parto de las mujeres que asistieron a la Clínica?
- 3.- ¿Cómo es la calidad de la atención durante el puerperio de las mujeres en estudio?
- 4.- ¿Cuál es la calidad de atención del recién nacido según el nivel de resolución del personal que lo atendió ?

V.- OBJETIVOS

5.1. Objetivo General:

Valorar la calidad de los servicios de atención del parto, puerperio y recién nacido en la Clínica Materno Infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras. Durante el segundo semestre del año 2008.

5.2. Objetivo Específicos:

- 1.- Describir las características socio- demográficas de las mujeres en estudio

- 2.- Analizar la calidad de atención del parto de las mujeres que asistieron a la Clínica materno- infantil.

- 3.-Identificar la calidad de atención en el puerperio de las mujeres atendidas durante el parto.

- 4.- Valorar la calidad de atención al recién nacido según el nivel de resolución del personal que lo atendió.

VI.-MARCO REFERENCIAL

a.-Marco Jurídico

La Constitución de la República de Honduras en el capítulo VII, que habla sobre la salud, en su artículo N° 145, establece a la protección de la salud, como un derecho fundamental de todo hondureño/a; Y es un deber de todos a participar en la promoción y conservación de la salud personal y de la comunidad.

El estado conservara el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las demás personas.

El estado, además, considera también que la salud es un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico es un derecho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación. (5)

b.-Calidad

La Secretaría de Salud de Honduras, a través de su Misión institucional plantea que "es una institución estatal responsable de garantizar a toda la población el acceso a la atención integral en salud, con calidad, equidad y solidaridad; rectora del sector salud"(6)

Cinco son las políticas nucleares que ha definido la Secretaría de Salud en las que se debe desarrollar la calidad como un eje transversal:

1. Desarrollo Institucional.
2. Descentralización y Desarrollo Local.
3. Promoción de la Salud.
4. Reorganización del Modelo de Atención y Fortalecimiento Gerencial.

Reforma del Sector Salud.

La Secretaría se halla en un proceso sistemático de transformación /reforma reforma del sector salud, en el marco del proceso de reconstrucción nacional, que le permite ser el garante de la norma constitucional y de la aplicación de los principios y valores que guían este proceso y que reflejan los anhelos de los hondureños y que son universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, calidad, calidez, participación y transparencia (7)

Dentro de los roles indelegables definidos para la Secretaría se mencionan:

1. Conducción sectorial y de políticas sociales en Salud.
2. Provisión descentralizada y cogestionada de servicios de salud.
3. Gestión y movilización de recursos para la producción de salud.
4. Planificación de la producción institucional en salud(8)

La Secretaría se plantea el desarrollo de propuestas, innovaciones y cambios organizacionales que consideren una redefinición de productos y actividades sustantivas de las unidades institucionales para el cumplimiento de la misión, de los roles indelegables y el logro de la visión y; la redefinición de las interacciones entre los niveles y unidades de la Secretaría e innovación de las formas de organización de los procesos de trabajo (9)

Que se entiende por calidad

La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, para el próximo milenio, particularmente en los servicios públicos en donde el compromiso personal para mejorar los estándares de atención a la población, está muchas veces supeditada a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional.

La Calidad es una propiedad que la atención médica posee en grado variable. Calidad se refiere a la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión. (10)

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Así, en el ámbito de las empresas se habla de Calidad total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste. Juran define la Calidad como: idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de Calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Este concepto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas están previstas que sean satisfechas por el producto o servicio a evaluar.(11)

La definición integral y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. Quien asumía el concepto de calidad de la siguiente manera: **“Hacer lo correcto en forma correcta, de manera inmediato”**

Para el proyecto de garantía de calidad de USAID, la calidad es cumplir estándares e indicadores en atención clínica para la satisfacción de usuarios (12) Deming define la Calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio. Para Ishikawa el concepto de Calidad es muy parecido, ya que la Calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio.

La American Society for Quality Control define la Calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario. En los manuales de normas ISO (ISO 29004-2) se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.

Hasta aquí hemos visto lo que es la Calidad en el campo industrial. En lo referente al terreno sanitario, también ha ido evolucionando el concepto de Calidad. Existe una definición clásica (IOM 1972) que dice que una asistencia médica de Calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La OMS (1985) define que la Calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

Podríamos seguir dando definiciones, pero creemos que como punto de partida para desarrollar un sistema de calidad en el ámbito sanitario, se debe tener en cuenta al sujeto de esta atención, que es el paciente. (7) .

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones:

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones.

La calidad: se define como el conjunto de propiedades y características de un Producto apropiado para cumplir con la exigencia del mercado.

Políticas de calidad: Es el conjunto de directores y objetivos generales relativos a la calidad expresadas formalmente, son principios generales que requieren la actuación de una organización.

La gestión de la calidad: es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad y comprende tres procesos: planificación, organización y control.

- **La planificación de la calidad:** Constituye el proceso de definición de las políticas de la calidad, generación de los objetivos y establecimiento de estrategias para alcanzarlos.
- **La organización para la calidad:** Es el conjunto de estructura organizativa, procesos, recursos para gestionar la calidad y es la división de funciones, tareas y su coordinación.
- **Control de la calidad:** Abarca las técnicas y actividades de carácter operativos utilizados en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad, es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre diferencia.

La mejora de la calidad: Supone la creación organizada de un cambio ventajoso, no sólo es eliminar los esporádicos de mala calidad de los objetos de control, sino un proceso planificado de búsqueda de perfeccionamiento.

Sistema de calidad: Es el conjunto de la estructuras de la organización, responsabilidad los procedimientos y los recursos disponible para llevar a cabo la gestión de calidad.

La garantía de la calidad: Sistemas de aseguramiento de la calidad, un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas por la empresa dirigidas a asegurar que la calidad producida satisfaga las necesidades del consumidor.

La calidad total: es el conjunto de principios de estrategias globales que intenta movilizar a todas las empresas con el fin de obtener una mejor satisfacción del usuario al menos costo posible.

Evolución del ámbito de la función de la calidad:

La primera fase, es un principio que predomina el criterio de la calidad mínima, preocupados como estaban por producir lo máximo posible, no se practicaba el control de la calidad.

En una segunda fase se incorporó a la actividad industrial, el control de la calidad basado en las organizaciones científicas del trabajo, practicándose el control por la inspección al final del proceso productivo. Después se introdujo estadísticas del proceso y al mismo tiempo obtener datos de manera rigurosa, compararlos y analizarlos con el estándar establecido, estudiar diferencias halladas y establecer correcciones. Posteriormente bajo el concepto de alta dirección se planteó el control de la calidad en todos los departamentos y no solo en la producción. Actualmente se habla de control de calidad en todas las empresas, a este respecto la cuestión no solo es conseguir que todo los departamentos participen en el control, sino que todos en las empresas los realicen.

Evolución del objeto de control de la calidad:

Años 60, 100% del tiempo de los expertos en calidad se dedicaba a inspección y recepción y control del producto final.

Años 70, se dedicó mayor atención al control de los procesos y garantizar los productos de la calidad “comenzó a ser preventivo”.

Años 80, se aplica el control de calidad a sus orígenes, al diseño del producto como a la calidad en el diseño del proceso.

Años 90, se presta atención a la calidad en las relaciones humanas, se presta atención al área de administración y de servicios y se propagan los círculos de calidad y la filosofía de la calidad total.(13)

c.- Atención en el parto

La fase de parto o fase de latencia del parto cuando la mujer gestante presenta dinámica uterina, sin cumplir las condiciones necesarias de parto. Esta fase de parto suele producirse entre la semana de gestación 37 completa y 42 completa, y por lo tanto cuando el embarazo llega a término.

Primera visita periodo de parto

Cuando la gestante llega al servicio o a la consulta con posibles síntomas de parto, tiene que comprobarse si ya se abrió historia clínica cuando tuvo lugar el primer contacto con el hospital o clínica durante la gestación, entre las semanas 34-36. En el caso de que no se haya producido el mencionado primer contacto con la clínica de materno infantil, tendrá que ponerse al día los aspectos relacionados con la historia clínica, el plan de nacimiento, la reevaluación del riesgo y las actuaciones adecuadas destinadas a la evaluación de la gestante y del feto para valorar la necesidad o no de ingreso inmediato.(14)

La historia clínica en el parto

En el caso de que la mujer que ingresa tenga historia clínica abierta, se revisará y se completará con las actualizaciones necesarias. Si no es así, se abrirá la historia en el mismo momento que se realizan las exploraciones necesarias para actualizar el nivel de riesgo y se revisará también el “plan de nacimiento “preparando así la asistencia idónea a las etapas posteriores del parto.

Muchos de los datos de interés para iniciar y/o completar la historia clínica hospitalaria provienen de la información aportada por la atención primaria donde se ha controlado la gestación. Pueden obtenerse también a partir del carnet de la embarazada, que es el documento particular que lleva la gestante como resumen de los datos importantes del seguimiento del embarazo.

Aquí debe de estar plasmado todos los antecedentes necesarios para el correcto manejo con una correcta evaluación de los riesgos obstétricos y neonatales.

Debiéndose tomar en cuenta:

- 1.-Antecedentes clínico-obstétricos perinatales
- 2.-Edad de la parturienta
- 3.-Edad del embarazo o gestación
- 4.-Control prenatal.
- 5.-Incremento de peso y altura uterina.
- 6.-Patología durante el embarazo.
- 7.-Análisis de factores de riesgo detectados

Antecedentes familiares y personales

Si ha habido un control prenatal previo deben de haberse evaluado todos los antecedentes, porque varias condiciones patológicas se asocian con mayor riesgo materno, fetal y neonatal en el parto. así tenemos que la diabetes mellitus el riesgo es de 0.3 % a 1 % ,la hipertensión arterial aumenta el riesgo en 0.3 % a 2 % ,las cirugías uterinas aumentan el riesgo a un 2% a 3 %

Antecedentes obstétricos y embarazo actual

Son fundamental para evaluar el riesgo algunos de los siguientes antecedentes se asocian con bajo peso al nacer del recién nacido y retardo en el crecimiento intrauterino.

- a.-Parturientas de menos de 15 años
- b.-Periodos ortos entre una gestación y otra
- c.-Parturientas de bajo peso y sin ganancia de peso
- d.-Embarazos múltiples
- e. Hipertensión y pre eclampsia
- f.-Cardiopatías
- g.-Infecciones urinarias y otras infecciones
- h.-Hemorragias durante el embarazo
- j.-Anemia crónica(15)

Exploración sistemática de la mujer en el periodo de preparto

Después de abrir la historia clínica de la mujer, y de informar a la gestante sobre todos aquellos aspectos que puedan interesarle, tiene que realizarse la exploración física. Esta exploración tiene que ser tan esmerada como sea posible, para evitar caer en la rutina del simple tacto vaginal para comprobar las condiciones obstétricas.

Procedimiento de exploración en el parto:

- Determinación de las constantes vitales y el estado general de la madre.
- Exploración de piel y mucosas (detección de edemas, etc.)
- Exploración abdominal:
 - Inspección de cicatrices previas.
 - Se precisará la situación, el tipo de presentación y la posición fetales.
 - Medida de la altura uterina (nos puede hacer sospechar alteraciones en el crecimiento fetal, el número de fetos, la edad de gestación o en el volumen del líquido amniótico).
 - Valoración de la dinámica uterina.

• Exploración genital:

- Inspección de los genitales externos (perineo y vagina).
- **Tacto vaginal:** antes de realizar el tacto vaginal tendremos que conocer la localización de la placenta, ya que la presencia de placenta previa condiciona la realización de esta exploración. El tacto vaginal es útil para conocer las características del cérvix y de la pelvis.

Exploración sistemática del feto en el periodo de parto

- A través del tacto vaginal se comprueba una serie de Parámetros del feto y de los anexos, como:
 - El tipo de presentación.
 - La variedad y la altura de la presentación (planos de Hodge).
 - Estado de la bolsa amniótica.
- Mediante la amnioscopia, si no existen contraindicaciones como el sangrado vaginal o la placenta previa y las condiciones cervicales lo permiten, puede valorarse el estado fetal, de una manera sencilla, dentro de sus limitaciones (información indirecta sobre el estado fetal en las últimas 48 horas).
- Frecuencia cardiaca fetal (FCF) basal y/o registro cardiotocográfico: a través de la interpretación del registro externo del FCF y de la dinámica uterina, podremos hacer una valoración del estado fetal en el parto.

En conclusión, y en lo que concierne a la exploración del feto en este periodo de parto, es importante tener en cuenta que, si se valora que la situación todavía no hace recomendable el ingreso, no tendría que enviarse la mujer a su casa sin haber dejado constancia por escrito (en la historia clínica, en el carnet de la embarazada y/o el informe de visita) de haber valorado la situación mediante amnioscopia o registro cardiotocográfico.

Pruebas complementarias de urgencia

En el periodo de parto Mediante la revisión a fondo de los datos disponibles sobre el seguimiento del embarazo tendrán que valorarse las pruebas complementarias a que ha sido sometida la gestante y se harán las determinaciones que se consideren necesarias para completar y/o actualizar las realizadas anteriormente. Se recomiendan las pruebas siguientes:

- Actualización analítica del hemograma y pruebas de hemostasia (tiempo de protrombina), si hace más de 2 meses que no se ha hecho.
- Grupo sanguíneo y factor Rh (si no consta en la historia clínica).
- Proteinuria y cetonuria.
- PH vaginal en los casos de sospecha de amniorrexis espontánea no evidente en la inspección vaginal; y, si es necesario, arborización del moco endocervical o un test equivalente.
- Ecografía, que será de utilidad en los casos siguientes:
 - Siempre que haya dudas sobre la vitalidad fetal o la estática fetal.
 - Sospecha de macrosomía o retraso del crecimiento fetal intrauterino.
 - Sospecha de alteraciones en la cantidad de líquido amniótico.
 - Incertidumbre sobre la localización de la placenta.
 - Para valorar el grado de flexión-extensión cervical fetal en las presentaciones pelvianas o de nalgas, si se decide intentar el parto vaginal.
- Serología del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): es conveniente determinarlo con carácter urgente en aquellos casos en que no se disponga de su determinación con anterioridad (durante la gestación), ya que la positividad implica la posibilidad de tratamiento intraparto y la inhibición de la lactancia materna, con

el beneficio que estas medidas comportan para la salud del bebé nacido de madre infectada por el VIH.

- Serología del HBsAg, en el caso de que no se disponga del resultado durante la gestación, con el fin de poder realizar adecuadamente la profilaxis en el bebé en el caso de madre seropositiva
- Comprobación de la realización del cultivo vaginal y rectal en medio selectivo para la identificación de *Streptococcus agalactiae*, en las semanas de gestación 35 a 37. La positividad o la ausencia del cultivo implicarán el tratamiento intraparto adecuado.

Reevaluación del riesgo y pronóstico en el parto

En esta fase de parto, después de haber realizado las exploraciones necesarias en la gestante y en el feto, y teniendo en cuenta el resultado de las pruebas complementarias realizadas, habrá que reevaluar este riesgo con el fin de confirmar si el riesgo previsible está de acuerdo con el nivel hospitalario donde se encuentra la gestante o bien derivarla a un nivel hospitalario adecuado con toda la información mencionada tiene que especificarse un pronóstico, estableciendo un diagnóstico de comienzo de parto o no, y haciendo una estimación sobre la duración y la vía de parto, así como una estimación de las situaciones de riesgo previsible y las alternativas posibles. Este diagnóstico a priori tiene que registrarse convenientemente en la historia clínica hospitalaria y hay que tener en cuenta que es de primordial importancia informar convenientemente a la gestante y a su acompañante sobre este pronóstico, intentando no crear angustias innecesarias en el caso de que la gestante no cumpla los criterios de ingreso se le recomendará que vuelva a su domicilio. Previamente, se le dará información sobre todo aquello que pueda ser previsible que ocurra durante las próximas horas, por ejemplo orientación sobre algunos signos de alarma.

Si la mujer cumple los criterios de ingreso se pondrán en marcha los mecanismos necesarios para atender el proceso de parto. Otros aspectos a tener en cuenta en la atención en el parto

- Información a la mujer y a la familia en el parto

- Ambiente psicoafectivo en el parto
- Atención a la diversidad
- Atención en el parto natural no medicalizado
- Registro de datos en el parto

Atención en el parto

El parto normal es el conjunto de fenómenos fisiológicos que se presentan en una mujer embarazada y que tienen por objeto la expulsión, por vía vaginal, de un feto viable a término, y de sus anexos. Pero, al mismo tiempo, el parto es una vivencia única en la vida de la mujer/pareja, por eso se recomienda que en los hospitales maternos esté prevista la atención en el parto en condiciones asistenciales, posturales o ambientales que sean respetuosas con el proceso fisiológico del parto y los deseos de la mujer.

El parto es un fenómeno dinámico en el tiempo, que por motivos estrictamente descriptivos se considera subdividido en tres periodos:

- Periodo de dilatación
- Periodo de expulsión
- Periodo de alumbramiento

Consideramos que una mujer está de parto cuando presenta contracciones uterinas intermitentes involuntarias y regulares, que pueden ser dolorosas. Al mismo tiempo tiene que constatarse el acortamiento del cuello uterino, seguido de la dilatación de su orificio. En la práctica, en primíparas el parto empieza cuando empieza la dilatación, después de que el cuello uterino ya ha desaparecido, y en multíparas ambas cosas acostumbran a ser simultáneas. El diagnóstico de parto se basa en la presencia de contracciones uterinas regulares que provocan la dilatación progresiva del cuello uterino. Se considera que se ha iniciado el parto cuando se cumplen estas tres condiciones:

- Hay actividad uterina regular con 2 o más contracciones en 10 minutos.
- Se ha iniciado la dilatación cervical.

- El cuello uterino hace cambios hacia la “maduración”.

Exploración sistemática de la mujer y del feto en el ingreso de parto

Hay que disponer de la historia clínica de la mujer completarla en este momento con la información proporcionada por las exploraciones que se recomiendan a continuación:

- Exploración general
 - Frecuencia cardiaca materna
 - Temperatura
 - Tensión arterial
 - Peso (si no se conoce)
- Exploración abdominal
 - Altura uterina
 - Maniobras de Leopold
 - Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal
- Exploración genital
 - Inspección de la vulva, vagina y perineo
 - Tacto vaginal para valorar:
 - Situación, longitud, consistencia y dilatación del cuello uterino
 - Presentación y, a ser posible, variedad fetal
 - Plan de la presentación
 - Integridad o no de la bolsa de las aguas
 - Características de la pelvis materna.

Atención en el periodo de dilatación

El periodo de dilatación comprende desde el comienzo de las contracciones uterinas hasta la dilatación completa. Se diferencian dos fases:

- Fase latente de la dilatación
- Fase activa de la dilatación.

La fase latente de la dilatación o parto finaliza cuando empieza el parto, es decir, al llegar a los 2 cm de dilatación. La fase activa de la dilatación comprende de los 2 cm hasta la dilatación completa, y puede dividirse en 3 periodos:

- Periodo de aceleración (de los 2 a los 4 cm)
- Periodo de velocidad máxima (de los 4 a los 9 cm)
- Periodo de desaceleración (de los 9 cm hasta la dilatación completa).

Exploración sistemática del feto durante la dilatación

- Comprobación del bienestar fetal El control biofísico del feto es necesario en el curso del parto normal, ya que durante los periodos de dilatación y de expulsión pueden producirse trastornos de la oxigenación fetal más a menudo que cuando no hay contracciones.

La frecuencia cardiaca fetal (FCF) tiene que valorarse durante la contracción y en periodos intercontráctiles. La auscultación de la FCF puede hacerse de manera intermitente o continua y realizarla mediante estetoscopio o bien mediante registro gráfico.

Si el control es intermitente, como mínimo es necesario:

- Con estetoscopio, control cada 15-30 minutos en fase activa.
- Con registro intermitente, ventanas de 20-30 minutos cada hora.

El control con estetoscopio puede ser un método de control suficiente si se practica correctamente. Cuando se detectan alteraciones de la FCF, el control tiene que ser continuo, y si se puede hay que practicar microtomías de sangre fetal o de otras pruebas complementarias cuando sea necesario, para confirmar el bienestar fetal.

El partograma es un instrumento que facilita la rápida evolución de la marcha del parto y tiene por lo tanto, mucho valor para la decencia y supervisión de la asistencia, el partograma está destinado a graficar datos correspondientes a la evolución del trabajo de parto, tanto el de inicio espontaneo como el de inducción.

En las nulíparas en general se considera trabajo de parto, a partir de una situación de 2 cms o más contracciones uterinas en 10 minutos, además con esta dinámica la dilatación deberá mostrar signos evidentes de progreso de parto en un lapso de

2 horas. El diagnóstico de comienzo de parto en las multíparas se realiza por la iniciación de una contractilidad regular con las características ya mencionadas, junto con la observación de incremento de la dilatación en un periodo de 2 horas; como es sabido en las multíparas el grado de dilatación inicial es muy variable.

Se debe graficar la dilatación cervical en el eje izquierdo de las coordenadas con una escala de 0 hasta el parto y se marcará en puntos.

Se debe graficar la dilatación cervical en el eje izquierdo de las coordenadas

Preparativos para el parto durante el periodo de dilatación

Asepsia

Respetar las normas básicas de asepsia es un principio fundamental en la asistencia al parto en todos sus periodos, para evitar contaminaciones en las maniobras que se realicen durante la dilatación y/o durante la expulsión.

Rasurado

No es necesario el rasurado sistemático de la zona genital, ya que no ha podido demostrarse que esta práctica disminuya la incidencia de infecciones.

En el caso que esté indicado realizar una episiotomía. Puede rasurarse la zona afectada. Cuando tenga que realizarse una cesárea, sólo será preciso rasurar la zona supra púbica.

Enema

No son necesarios los enemas sistemáticos. Pueden ser útiles si cuando se realiza el primer tacto a la mujer se comprueba que el recto está ocupado.

Colocación de una vía de perfusión intravenosa

Hay que tener una vía canalizada para administrar fármacos, si fueran necesarios en una potencial situación de urgencia.

Alimentación durante la dilatación

Es recomendable asegurar una aportación hídrica y calórica adecuada durante el parto. Si no se presentan contraindicaciones puede mantenerse la hidratación oral.

Bienestar de la mujer durante la dilatación

Es necesario comprobar el estado anímico-emocional y la comodidad de la mujer.

Seguimiento de la progresión de la dilatación

Tactos vaginales

El número de tactos tiene que ser el mínimo que permita valorar con seguridad la progresión del parto. En general, son necesarias al menos una exploración en el ingreso, una después de que se haya roto la bolsa de las aguas, y después con la frecuencia suficiente para poder valorar la progresión del parto; En cada tacto vaginal hay que valorar:

- El cérvix (consistencia, posición, longitud y dilatación)
- La presentación (actitud, posición, variedad y altura)

El resultado de esta exploración tiene que ser anotado en el partograma. Eso permite detectar anomalías en la progresión clínica normal del parto.

Dinámica uterina

Consideramos una dinámica uterina adecuada cuando permite la progresión del parto sin efectos adversos en la madre o en el hijo. El control de la dinámica puede hacerse manualmente o con un registro tocográfico externo o interno, intermitente o continuo; Si se hace control manual o registro cardiotocográfico externo, como no podrá evaluarse la intensidad de las contracciones tendrá que valorarse su duración (inferior a 60 segundos) y la relajación clínicamente entre contracciones.

Constantes de la mujer

Control regular de temperatura, pulso y tensión arterial (TA). El pulso y la TA tienen que medirse en periodos intercontráctiles.

Rotura de la bolsa amniótica

• Amniorrexia espontánea

Después de una amniorrexia espontánea es conveniente hacer un tacto vaginal para valorar la dilatación cervical y la altura de la presentación y para comprobar que no se haya producido un prolapso de cordón umbilical. Hay que auscultar también la FCF y valorar el color del líquido amniótico. La presencia de meconio obliga a reevaluar el bienestar fetal. En presentaciones podálicas no tiene el mismo significado, ya que la compresión del abdomen fetal durante el encajamiento produce meconio de manera casi constante, pero hay que estar atento a la FCF.

• Amniotomía electiva

La amniotomía electiva puede considerarse como una medida para acelerar el parto (estimula la frecuencia y la coordinación de las contracciones uterinas y facilita el descenso de la presentación).

Es necesaria cuando quiere hacerse un registro cardiotocográfico interno. El momento ideal para practicarla es en la fase activa de dilatación y con la presentación encajada en la pelvis, con el fin de evitar un prolapso del cordón. Fuera de estas indicaciones, se recomienda respetar la integridad de las membranas hasta su ruptura espontánea o hasta llegar al periodo de expulsión.

Estimulación del parto

Cuando el parto evoluciona con normalidad no tiene que administrarse oxitocina ya que, como toda medicación, tiene sus riesgos.

La estimulación del parto mediante la administración de oxitocina está indicada sólo cuando la dinámica uterina es insuficiente para asegurar el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación. Si se decide la administración de oxitocina, se hará siempre por vía endovenosa y en perfusión continua, de manera que pueda ser suspendida de forma inmediata en cualquier momento. Las dosis tienen que ser las mínimas suficientes para conseguir el efecto deseado sin provocar hiperdinamia. Se recomienda utilizar la bomba de perfusión; en caso

contrario, es preciso un control continuado del ritmo de perfusión, para evitar que los cambios de posición produzcan
Cambios en el ritmo de administración.

Analgoanestesia

Indicaciones de la analgesia

La utilización de la analgesia durante el parto es mucho más que una indicación de tipo médico, ya que representa un índice de calidad muy importante en la prestación asistencial a la mujer embarazada. Actualmente, la obligación de ofrecer el tratamiento adecuado para el dolor, si se produce, por sí misma está fuera de cualquier duda, siempre que la mujer no haya expresado su voluntad de no utilizarlo. Antes, sin embargo, pueden utilizarse métodos no farmacológicos con el fin de reducir la sensación.

Métodos analgésicos farmacológicos

De todas las opciones analgésicas existentes, las más adecuadas son las técnicas espinales, y más concretamente la peridural y la técnica combinada intra/peridural. No son tan sólo las más efectivas, sino también las más seguras, tanto para la mujer como para el feto. Eso no descarta la utilización de otros métodos farmacológicos o no farmacológicos que se consideren idóneos en ciertas circunstancias.

Tiene que entenderse que las técnicas espinales las indica el equipo de obstetricia conjuntamente con el de anestesia, que es el que las aplica y controla.

Momento de realización de la analgoanestesia

Siempre que la mujer esté en fase activa del parto, el factor que determina la aplicación de las técnicas espinales es la aparición de un dolor importante. Esta percepción de la intensidad del dolor depende de la capacidad de la mujer para tolerar el nivel de dolor que supone, independientemente del grado de dilatación presente en aquellos momentos.

En general, resulta recomendable iniciar la analgesia cuando la mujer lo pide, entre los 2 y los 5 cm de dilatación.

Métodos no farmacológicos para reducir el dolor

La gestante en proceso de parto, y sobre todo al principio, puede requerir medidas no farmacológicas con el fin de aliviar el dolor producido por las contracciones del parto. Es importante utilizar diferentes técnicas en función de sus características individuales, intentando no iniciarlas cuando el dolor ya es excesivamente intenso. En todos los casos la colaboración activa de la mujer y de la pareja y/o otras personas que participan en el parto, es fundamental para poder encontrar la manera de contribuir a la reducción de la sensación dolorosa.

El alivio del dolor tiene efectos beneficiosos a nivel fisiológico y emocional, que contribuyen a hacer que la mujer pueda tener menos complicaciones durante el parto, además de ayudar para que la experiencia del parto sea vivida de una manera más participativa y positiva.

Existen diferentes técnicas que pueden aplicarse durante el parto con el fin de disminuir la percepción dolorosa:

- **Estimulación cutánea**

Suele disminuir la intensidad del dolor durante y/o después de la estimulación, y por tanto hace más aceptable la sensación dolorosa.

Forman parte de la estimulación cutánea: el masaje superficial, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío.

- **Distracción**

Se trata de una protección sensorial que permite a la gestante aumentar otros estímulos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cinestésicos (escuchar, mirar, tocar, moverse).

- **Relajación**

Permite una disminución de la tensión muscular y mental.

- **Técnicas de respiración**

Bien utilizadas permiten, aparte de una mejor oxigenación de la madre y del feto, modificar la concentración sobre las contracciones, y por lo tanto sobre el dolor.

- **Visualización de imágenes mentales**

Permite controlar el dolor a través de su utilización.

- **Otras medidas**

Comodidad, creación de un entorno agradable, información, apoyo psicoemocional.

Complicaciones de la analgoanestesia

La más frecuente es la cefalea postpunción dural (CPPD), que resulta de perforar la duramáter.

Las dos complicaciones más graves, el hematoma y el absceso peridural, son de muy rara aparición, siempre que se respeten las contraindicaciones de la técnica, como los trastornos de la

coagulación y sepáis, entre otros, y que la aplicación tenga lugar en condiciones de máxima esterilidad. Hay que controlar el estado materno-fetal con el fin de detectar y prevenir la hipotensión materna, así como los efectos secundarios para el feto, mediante la perfusión adecuada de líquidos.

Complicaciones durante el periodo de dilatación

Fase de latencia prolongada

- **Concepto:**

Duración superior a 20 horas en las primíparas y 14 horas en las multíparas.

Etiología: Falso trabajo de parto. Sedación o analgesia excesiva o precoz. Cuello uterino inmaduro. Inercia uterina primaria. Desconocida. • **Pronóstico:**

Por si sola no incrementa la mortalidad perinatal o la incidencia de cesáreas.

Conducta: Según la valoración clínica, reposo y sedación o estimulación con oxitócina.

Fase de dilatación activa prolongada

Concepto: Progreso medio de la dilatación inferior a 1,2 cm/hora en primíparas y 1,5 cm/hora en multíparas.

Etiología:

Hipodinamia. Desproporción pelvis fetal.

Pronóstico: Incremento moderado de la morbilidad perinatal y del número de cesáreas.

Conducta: Según la valoración clínica: expectante, estimulación con oxitócina o cesárea, si hay una desproporción.

Detención secundaria de la fase de dilatación activa

Concepto: ≥ 4 cm de dilatación cervical invariable durante un periodo superior a 2 horas con dinámica uterina suficientemente comprobada, a ser posible, con registro interno.

Etiología: Hipodinamia. Desproporción pelvi-fetal. Anomalías de la estática fetal.

Pronóstico:

Incrementa la morbilidad perinatal o la incidencia de cesáreas.

Conducta: Según la valoración clínica: expectante, estimulación con oxitócina o cesárea si hay una desproporción.

Parto precipitado

Concepto:

Duración total inferior a 3 horas. Progresión de la dilatación cervical superior a 3 cm/hora en primíparas y 10 cm/hora en multíparas.

Etiología: Hiperactividad uterina con disminución de la resistencia del canal blando del parto.

Pronóstico: Hipoxia y traumatismo fetal, lesiones del canal del parto, atonía uterina secundaria, y excepcionalmente ruptura uterina y embolia de líquido amniótico.

Conducta: Supresión de oxitócina si lleva, inhibición de la dinámica si es preciso, decúbito lateral y protección del perineo.

Atención en el periodo de expulsión

El periodo de expulsión se inicia cuando el cuello uterino llega a la dilatación completa y acaba con la salida del feto. La duración de este periodo clásicamente se ha considerado que tenía que ser inferior a los 60 minutos en las primíparas y a

los 30 en las multíparas. Actualmente se considera normal hasta 2 horas en primíparas y hasta 1 hora en multíparas. A partir de este tiempo se considerará periodo de expulsión prolongado, teniendo en cuenta, sin embargo, que no hay que tener una actitud intervencionista cuando la dinámica uterina es correcta y la tolerancia fetal es buena, sobre todo con anestesia peridural.

Exploración sistemática del feto en el periodo de expulsión

Aunque el control electrónico de la FCF es la práctica habitual en la mayoría de maternidades, no tiene que descartarse la utilización de los métodos clínicos, sobre todo en gestaciones de bajo riesgo con control antenatal adecuado y evolución normal hasta el periodo de expulsión.

En estos casos la auscultación fetal intermitente durante y después de la contracción puede ser más aceptable para algunas gestantes, e igualmente segura para el feto.

Exploración sistemática de la mujer durante el periodo de expulsión

Exploraciones generales

Durante este periodo se seguirán las mismas pautas que durante el periodo de dilatación, además de los signos vitales habituales (presión sanguínea, pulso y temperatura). Si la vejiga parece distendida, y la mujer no puede orinar espontáneamente, tiene que realizarse un sondeo vesical.

También es necesario valorar en este periodo especialmente el estado anímico-emocional y la comodidad de la madre.

Control de la dinámica uterina

Puede realizarse mediante métodos clínicos y por tocografía electrónica.

Mediante métodos clínicos: Se basan en la palpación abdominal. Se considera normal cuando se observa una progresión adecuada del periodo de expulsión.

Mediante tocografía electrónica:

La tocografía es un método más objetivo de valoración de la dinámica uterina. En los casos de progresión adecuada del parto, es suficiente la utilización de tocografía externa, con la cual es posible valorar la frecuencia de las contracciones. Cuando la progresión no es adecuada es preferible el registro interno que, además de informar de la frecuencia de las contracciones, informa de la intensidad, de la duración y del tono de base.

Control de la progresión del periodo de expulsión

Se realizará mediante la exploración vaginal, que se llevará a cabo mediante una técnica aséptica. En la primera exploración se confirmará que la dilatación cervical es completa y que la capacidad y

Configuración pélvica son suficientes. Asimismo, se determinará la posición fetal y el plan de la presentación. En los casos en que la bolsa amniótica esté íntegra, y no progrese el periodo de expulsión, se realizará una amniotomía, valorando la cantidad y el color del líquido amniótico.

Asistencia al parto espontáneo

Equipamiento necesario

Cama o silla de partos

Mesa lateral auxiliar con instrumental disponible: Equipo mínimo preparado para la reanimación de la mujer y del recién nacido, para el caso de que surja esta necesidad.

Material necesario para la revisión del canal del parto, la cual se aconseja hacer después de cualquier intervención vaginal.

Mesa de reanimación para el recién nacido, con el material necesario para reanimación neonatal avanzada, en la sala de partos.

Toma de oxígeno.

Sistema de aspiración y aire comprimido.

Equipamiento de anestesia adecuado y disponibilidad de anestesista.

- Tallas

- Valvas

- Pinza de cordón, brazaletes y etiquetas de identificación
- Tijeras
- 4 pinzas de Kocher
- Pinzas de disección
- 2 pinzas de Förster
- Porta agujas, material de sutura (agujas, hilos)
- Gasas y compresas
- Jeringa y aguja para infiltración con anestésico local, si es necesario.

La preparación. La sala de partos en el momento del periodo de expulsión tendría que tener una temperatura adecuada, en torno a 24°C, así como un ambiente adecuado. Las personas que atienden el parto es recomendable que sigan normas correctas de higiene y asepsia; en este sentido, aunque en un parto normal no es necesaria la asepsia quirúrgica estricta, se actuará en congruencia con las normas de cada centro en lo que concierne a esterilidad y asepsia.

La posición. La mujer adoptará la posición más cómoda para ella y que al mismo tiempo se adapte a las posibilidades del centro.

En un parto normal, la mujer tendría que poder escoger la posición que le resulte más cómoda durante el periodo de expulsión y el alumbramiento, facilitando la visualización del perineo para

Protegerlo en el momento del parto y revisarlo después del alumbramiento. Por ello, tendría que dársele información sobre las diferentes posibilidades, ventajas, inconvenientes, etc. y consensuar en la primera visita al hospital el tipo de parto que desea.

En cualquier posición que adopte la mujer durante el parto se tendrá cuidado de preservar su intimidad y se evitará que tenga disconfort o frío.

La posición de litotomía

Actualmente, la posición utilizada más frecuentemente durante el parto es la de litotomía dorsal o variantes, en una mesa de partos con apoyo para las piernas.

La posición de semilitotomía

Es una posición de litotomía modificada. En esta posición la mujer está incorporada y descansa la espalda en unas almohadas especiales.

Las mencionadas posiciones dorsales permiten al equipo obstétrico un buen acceso y visualización del perineo. Pero también puede asistirse el parto en otras posiciones (erecta, encucilladas, sentada...)

La posición derecha y sentada en silla obstétrica

Ofrece un cierto grado de satisfacción a las mujeres que la utilizan. Tiene como principal inconveniente el difícil acceso y visualización del perineo por parte del sanitario que atiende el parto.

Pujos El origen es un reflejo, que se desencadena por la compresión que ejerce la cabeza fetal sobre el suelo de la pelvis. No tiene que intervenir para dirigirlos, a no ser que haya anestesia epidural, que puede anular este reflejo. Los pujos tienen que evitarse en los casos siguientes: cuando la dilatación no es completa, fuera de las contracciones, cuando se sospeche una situación de riesgo de pérdida de bienestar fetal, cuando estos esfuerzos supongan algún riesgo añadido para la madre (cardiopatía, miopatía severa, etc.).

La episiotomía

La episiotomía es una ampliación quirúrgica del orificio vaginal mediante una incisión en el perineo, que se realiza cuando la presentación fetal abomba el perineo. Como en toda intervención, su utilización tiene que valorarse esmeradamente antes de realizarla y, en el caso de estar indicada, la incisión tiene que hacerse en el momento adecuado, tan pequeña y poco lesiva como sea posible.

Indicaciones de la episiotomía: En los casos de riesgo de esguince de 2º o 3º grado, riesgo de pérdida del bienestar fetal, uso restrictivo de la episiotomía.

El uso selectivo de esta intervención ha demostrado un riesgo más bajo de morbilidad materna al eliminar la necesidad de sutura sistemática y, por otra parte,

no parece que haya diferencias en la incidencia de esguinces vaginales o perineales de 3º grado ni en el dolor posterior. Tampoco se han encontrado diferencias en lo que concierne a la aparición posterior de trastornos del suelo pélvico ni incontinencia urinaria. La única desventaja demostrada en el uso restrictivo de la episiotomía es el aumento de laceraciones en la zona vulvar anterior, que acostumbran a tener menos secuelas. La episiotomía tiene que realizarse con anestesia local o lo corregional y asepsia quirúrgica, con un antiséptico no yodado.

Extracción de la cabeza

Cuando el vértice flexionado ha llegado a coronar, la salida de la cabeza tiene lugar por deflexión. Este proceso tiene que intentarse que sea lento para evitar los esguinces perineales.

Una vez ha salido la cabeza, tiene que comprobarse que no haya alguna vuelta de cordón en el cuello. En el caso de que haya alguna, se intentará aflojarla haciendo deslizar el cordón por encima de la cabeza o sobre los hombros. En el caso de que esta maniobra no tenga éxito, será necesario el pinzamiento y sección del cordón antes de la salida de los hombros.

Salida de los hombros

Una vez ha salido la cabeza en posición occipitopúbica, la rotación externa se dejará que tenga lugar de forma espontánea o bien se facilitará. La extracción del hombro anterior se efectúa con una tracción suave y continua de la cabeza fetal en dirección al suelo. Una vez ha salido el hombro anterior, el posterior se saca haciendo una tracción vertical hacia arriba. Esta maniobra tiene que hacerse sin prisas, evitando pujos excesivos y tiene que asociarse con una protección del perineo para evitar rasgaduras. Una vez han salido los hombros, el resto del cuerpo fetal sale sin dificultad.

Complicaciones durante el periodo de expulsión

Las complicaciones o anomalías del periodo de expulsión son difíciles de separar de las anomalías del periodo de dilatación, ya que comparten en una gran parte de casos la misma etiología. Las anomalías de este periodo, que pueden presentarse solas o en combinación, pueden agruparse en cuatro grandes grupos:

Anomalías de las fuerzas de expulsión

- Disfunción uterina: distocia de descenso
- Pujos inadecuados
- Parto precipitado

Anomalías secundarias a la situación, presentación, posición o desarrollo fetal

- Situación transversal del feto
- Presentación de nalgas
- Presentación de frente
- Presentación de cara
- Posiciones occipitotransversas y posteriores persistentes
- Distocia de hombros
- Anomalías fetales: hidrocefalia, anomalías abdominales fetales, siameses, macrosomía, etc.

Anomalías del canal óseo del parto

- Desproporción pelvifetal

Anomalías del canal blando del parto

- Anomalías vulvares y vaginales (condilomas gigantes, atresias congénitas o adquiridas, septos vaginales, neoplasias, etc.)
- Miomas uterinos previos
- Tumoraciones ováricas
- Masas pélvicas de otros orígenes

Indicaciones

- Sospecha de pérdida del bienestar fetal.
- Periodo de expulsión prolongado con dinámica uterina correcta.

Este periodo es diferente en primíparas que en multíparas: En primíparas:

Alta de progresión del parto durante 2 horas, con anestesia regional, y 1 hora, sin anestesia.

Condiciones para el uso de instrumental en el periodo de expulsión

- Cuello del útero en dilatación completa.
- Conocer con precisión la variedad de la posición de la cabeza fetal.
- Bolsa amniótica rota.
- La presentación tiene que estar completamente encajada (III plano, es decir, el punto guía a la altura de las espinas ciáticas o más bajo).
- Analgesia adecuada.
- Vejiga vacía.

Atención en el periodo de alumbramiento

El periodo de alumbramiento, o tercer periodo del parto, corresponde al desprendimiento y a la salida posterior de la placenta y de las membranas ovulares. Éste es un momento muy especial para los padres, ya que es cuando están iniciando el contacto padres-hijo, pero también es el periodo que puede tener más complicaciones para la madre. Por ello, es muy importante la correcta asistencia y vigilancia con el fin de prevenir la hemorragia, la infección y la retención placentaria y, en casos graves, el choque hipovolémico.

Pinzamiento y sección del cordón umbilical

Después del nacimiento del recién nacido, se pinza y se corta el cordón umbilical. El momento en que se hace puede variar en función de lo que se haya previsto en el plan de nacimiento. Si no se presentan problemas médicos imprevistos, puede seguirse cualquiera de las opciones siguientes, ya que no hay evidencia científica que alguno de ellos sea mejor si no hay signos de pérdida del bienestar fetal:

- Pinzamiento y sección precoz del cordón umbilical: de manera inmediata al nacimiento.
- Pinzamiento y sección intermedia: entre 35 y 40 segundos después del nacimiento, invirtiendo este tiempo en limpiar las vías aéreas y secar al bebé, manteniéndolo con la cabeza en posición en declive a nivel del perineo de la madre).
- Pinzamiento y sección tardía: cuando el cordón deja de latir.

Signos de desprendimiento de la placenta

- Modificaciones del fondo uterino: el fondo uterino se hace globuloso y generalmente más duro, se encuentra situado a nivel del ombligo.
- Pérdida de sangre oscura por la vulva procedente del hematoma placentario: esta sangre puede estar mezclada con líquido amniótico y con sangre roja procedente de esguinces y/o de la episiotomía.
- Visualización de la placenta en la vagina o comprobación mediante tacto vaginal.

Asistencia en el alumbramiento

El alumbramiento puede ser:

- Alumbramiento espontáneo o fisiológico
- Alumbramiento manual
- Alumbramiento dirigido

Alumbramiento espontáneo o fisiológico

La expulsión de la placenta tiene que producirse de forma espontánea antes de los 30 minutos del nacimiento del bebé y con una pérdida hemática inferior a los 500 ml. En los partos asistidos en posición de litotomía, aunque la placenta y las membranas pueden salir espontáneamente al exterior, puede ayudarse el proceso pidiendo a la mujer que empuje (habiendo comprobado que la placenta está desprendida). Con esta presión intra abdominal muchas veces es suficiente para la expulsión de la placenta; durante este proceso haremos tracción suave del cordón umbilical vigilando que no se rompan las membranas.

Inmediatamente después, comprobaremos que el útero esté contraído y se forme el globo de seguridad, si no es así haremos un masaje uterino a través del abdomen hasta que se contraiga. Se ha comprobado que la profilaxis con oxitócicos reduce la pérdida hemática posparto.

Alumbramiento dirigido

El alumbramiento dirigido se realiza administrando bolos (*bolus*) de oxitocina en el momento que se desprende el hombro anterior, o acelerando el goteo de oxitocina si lleva. no tiene que hacerse con ergóticos por vía intravenosa, ya que podrían provocar crisis hipertensivas, incluso en los casos sin hipertensión previa.

Alumbramiento manual

Si treinta minutos después del nacimiento del bebé no hay signos de desprendimiento placentario, se considera que la placenta está retenida y el tratamiento es la extracción manual de la placenta.

El alumbramiento manual se realizará con la parturienta debidamente sedada o/y anestesiada, y en condiciones de asepsia quirúrgica.

En el alumbramiento manual aumenta el riesgo de infección y se recomienda el uso profiláctico de antibióticos. También administraremos oxitócicos o ergóticos, inmediatamente después del alumbramiento.

Revisión de la placenta y de las membranas

Cuando ya ha salido la placenta, y después de comprobar que el útero está contraído (se ha formado el globo de seguridad), revisaremos la placenta y las membranas, así como el cordón umbilical, con el fin de comprobar que están íntegros y no presentan ninguna anomalía. Si después de la revisión tenemos dudas sobre la integridad de la placenta, se practicará una revisión de la cavidad uterina. Todos estos datos, junto con el peso de la placenta, se anotarán en la historia clínica.

Revisión del canal del parto y cirugía reparadora

Tiene que hacerse revisión del canal del parto cuando se haya hecho una intervención instrumental y siempre que haya dudas de su integridad.

Complicaciones hemorrágicas durante el alumbramiento

Estas complicaciones hemorrágicas, que pueden ser muy graves y por lo tanto hay que prevenirlas, pueden ser causadas por: retención de placenta o de restos placentarios, traumatismos del canal del parto atonía uterina, problemas causados por ciertos anestésicos (halogenados) y otros medicamentos uterorrelajantes, hemorragia por problemas de coagulación, rotura uterina, inversión uterina.

Atención al recién nacido en la sala de partos

Tiene que realizarse una valoración inmediata de la respiración, el latido cardiaco y el color. También hay que hacer maniobras de reanimación según el estado del recién nacido, y facilitar el vínculo afectivo con la madre/el padre.

Pinzamiento del cordón umbilical

Tiene que utilizarse una pinza estéril de un solo uso la cual se colocará a 1-2 cm de la implantación del cordón umbilical, cortando después por encima de la pinza y dejando aproximadamente 1 cm distalmente. La sangre del resto del cordón se aprovechará para obtener sangre para el estudio del equilibrio ácido básico, grupo sanguíneo, Rh, test de Coombs (madres Rh negativas).

Identificación del recién nacido en la sala de partos

Hay que tener un cuidado extremo para la identificación del recién nacido, tiene que realizarse tan precozmente como sea posible con el sistema propuesto, en presencia de la madre y antes de salir de la sala de partos.

Primer contacto madre-hijo

- Durante el periodo de expulsión de la placenta, si el recién nacido es vigoroso y aparentemente sano, será entregado a la madre envuelto en una toalla seca y tibia, y se favorecerá el contacto piel con piel con la madre, con el fin de favorecer la creación de vínculos afectivos a través del contacto y el reconocimiento mutuo, así como para evitar la pérdida de calor.
- En los partos por cesárea con anestesia epidural y buen estado clínico de la madre y del recién nacido puede facilitarse la interacción madre-hijo de forma similar a la mencionada para los partos vaginales, con alguna modificación en las posiciones.

En la sala de partos, o lo antes posible, tiene que favorecerse la lactancia materna, teniendo en cuenta que la información y la actitud positiva del personal sanitario influyen mucho en el éxito de la lactancia natural.

Según las indicaciones de la historia clínica, tendremos la información sobre la voluntad de la madre de amamantar a su hijo o no, así como los antecedentes y factores de riesgo para la lactancia materna. Esta información permitirá detectar a aquellas mujeres que requieran apoyo especial al inicio de la lactancia.

Exploración sistemática del recién nacido en la sala de partos

- Tiene que realizarse la evaluación de Apgar al minuto y a los 5 y 10 minutos del nacimiento, con el fin de evaluar el grado de riesgo del recién nacido y la adaptación a la vida extrauterina y descartar malformaciones.
- La revisión sistemática del recién nacido normal, asintomático y sin factores de riesgo, no es preciso realizarla en la sala de partos, puede posponerse unas horas y realizarla en la sala de púerperas, con el fin de no manipular en exceso al recién nacido, dando prioridad en estos primeros momentos a proceder a la correcta identificación y facilitar la creación de los vínculos afectivos con la madre/el padre.

Procedimientos preventivos en la atención del recién nacido en la sala de partos

Profilaxis de la oftalmía neonatal

Para la profilaxis ocular se recomienda la utilización de pomada oftálmica de eritromicina al 0,5% o de tetraciclina al 1%.

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido

Para evitar la enfermedad hemorrágica neonatal se recomienda la administración de vitamina K en las primeras dos-cuatro horas de vida. No es recomendable el retraso de la mencionada administración más allá de las seis a doce horas de vida. La dosis recomendada es 1 mg, una sola vez, por vía intramuscular en la cara anterolateral del muslo.

Profilaxis de la infección por *Streptococcus agalactiae*

Se recomienda la práctica de un cultivo vaginal y rectal en la embarazada durante el tercer trimestre, y a ser posible entre las 35 y 37 semanas de gestación, con el fin de detectar la población de riesgo. Si el cultivo resulta positivo, o bien si hay antecedente de bacteriuria por *Streptococcus agalactiae* (SA) durante la actual gestación o de un hijo previo afectado de asepsia por SA, o el resultado del cultivo es desconocido, se recomienda la administración de profilaxis materna durante el parto (penicilina G sódica 5 millones UI EV + 2,5 millones EV/4 horas, o bien ampicilina 2 g EV + 1 g EV/4 horas hasta el periodo de expulsión. Si hay alergia se administrará eritromicina o clindamicina o cefazolina). Si la profilaxis materna no se ha podido realizar y el recién nacido es asintomático, se aconseja la administración de penicilina G IM al recién nacido durante la primera hora de vida (50.000 UI en el recién nacido de término o 20.000 UI en el recién nacido de pretérmino), siempre acompañado de una correcta vigilancia clínica y analítica, si procede.

Profilaxis de la hepatitis B

En la historia clínica de la madre tiene que constar el resultado del cribado realizado durante el seguimiento del embarazo con el fin de identificar a las madres positivas al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HbsAg).

- Si se desconoce la serología materna para HbsAg, se determinará durante su ingreso con la mayor rapidez posible.
- Los recién nacidos hijos de madre con resultado positivo para HbsAg conocido antes del parto tienen que recibir inmunoglobulina específica antihepatitis B y empezar la vacunación en las primeras 12 horas de vida.
- Los recién nacidos hijos de madre de la que se desconoce el resultado de la serología (HbsAg) tienen que recibir la primera dosis de vacuna dentro de las primeras 12 horas de vida, y tiene que determinarse el estatus serológico de la madre. Si la madre da resultado positivo para HbsAg, su hijo tiene que recibir la gammaglobulina específica lo antes posible, preferentemente dentro de las primeras 72 horas de vida.
- Los recién nacidos de madres seropositivas para HbsAg que hayan recibido la profilaxis podrán seguir lactancia materna.

Profilaxis de la transmisión vertical del VIH

En la historia clínica de la madre tiene que constar el resultado del cribado realizado durante el seguimiento del embarazo con el fin de identificar a las madres VIH-1 seropositivas.

Si se desconoce la serología materna para el VIH-1, se determinará al recién nacido durante la estancia hospitalaria con el fin de hacer la profilaxis en los casos que lo requieran (antirretrovirales para reducir el riesgo de infección del recién nacido expuesto al VIH, y en este caso desaconsejar la lactancia materna).

Otros aspectos a tener en cuenta en la atención en el parto

- Información a la mujer y a la familia en el parto
- Ambiente psicoafectivo en el parto
- Atención a la diversidad
- Atención en el parto natural no medicalizado
- Registro de datos en el parto

Atención en el puerperio

El puerperio es el periodo que va desde el final del parto hasta que el organismo materno vuelve al estado anterior a la gestación y tiene una duración de 40 días. En este periodo se establece la lactancia. Desde un punto de vista clínico podemos distinguir entre:

- **Puerperio inmediato:** comprende las dos horas inmediatamente posteriores al parto.
- **Puerperio precoz:** comprende los primeros 7-10 días desde el parto.
- **Puerperio tardío:** corresponde periodo de tiempo restante hasta los 40 días después del parto. Los controles que tienen que efectuarse en el puerperio inmediato, ya que normalmente se efectúan en la misma sala de partos o unidad que atiende el parto y forman parte de su misma asistencia. Desde un punto de vista funcional podemos distinguir entre:
 - **Puerperio hospitalario:** comprende el periodo de tiempo durante el cual la puérpera es atendida en el hospital; habitualmente es de dos a tres días en los partos normales. Por lo tanto, el puerperio hospitalario incluye el puerperio inmediato y habitualmente una parte del precoz.
 - **Puerperio domiciliario:** es el periodo de tiempo que la puérpera pasa en su domicilio, después del alta hospitalaria; Sin embargo, ambos periodos constituyen un único proceso fisiológico que transcurre en dos lugares diferentes.

Cuidado de la madre durante la estancia hospitalaria

Este apartado recoge las pautas y los controles más importantes que tienen que tenerse en cuenta en la atención al puerperio hospitalario, que comprende desde el ingreso de la puérpera en la unidad de hospitalización posparto hasta el alta hospitalaria. Si bien el puerperio es un proceso fisiológico de la mujer en el posparto, tienen que extremarse los cuidados para prevenir la aparición de complicaciones:

En este apartado se detallarán los controles recomendados en la asistencia al puerperio normal durante la estancia hospitalaria de la puérpera, sin comentar la conducta a seguir ante una patología puerperal. Hay una serie de puntos que tendrán que valorarse después del ingreso en la unidad de hospitalización y durante la estancia de la mujer en ésta:

Complicaciones puerperales de la mujer más frecuentes

- Procesos hemorrágicos
- Infecciones puerperales
- Procesos tromboembólicos
- Procesos hipertensivos
- Síndromes depresivos

Valoración inmediata del estado general

Después del ingreso de la puérpera en la unidad de hospitalización tendrá que realizarse una primera evaluación del estado general de la mujer, empezando por una adecuada valoración de la historia clínica, control de las constantes vitales, pérdida hemática, contracción uterina, vejiga urinaria (globo vesical), estado del perineo y presencia de dolor, así como del estado emocional. A partir de la información obtenida después de esta primera evaluación de la puérpera, se procederá a sistematizar los controles posteriores.

Controles clínicos a efectuar a la mujer en el puerperio hospitalario

- Valoración inmediata del estado general
- Control constantes vitales: tensión arterial, pulso, temperatura
- Control de la pérdida hemática
- Control de la involución uterina
- Características de los loquios
- Control de la micción y de la evacuación
- Control del perineo y de la episiotomía
- Control de las mamas y apoyo de la lactancia materna
- Evaluación del dolor: analgesia
- Control de las extremidades inferiores. Movilización e higiene
- Valoración de la dieta y suplementación
- Incompatibilidad de grupo sanguíneo madre-recién nacido
- Valoración del estado emocional

Control de las constantes vitales

Se recomienda controlar la tensión arterial, el pulso y la temperatura axilar dos veces al día en condiciones de normalidad. La presencia de fiebre, es decir, temperatura axilar igual o superior a 38°C, a partir de las 24 horas del parto, obligará a investigar la posible etiología infecciosa y su tratamiento.

Control de la pérdida hemática

Durante las 2 primeras horas después del parto es cuando se producen más frecuentemente las hemorragias graves, por lo que conviene vigilar que no se produzcan y utilizar sustancias

uterotónicas (goteo de oxitocina o ergóticos intramusculares), sin embargo tiene que mantenerse el control durante las primeras 24 horas.

Control de la involución uterina

Se valorará la altura uterina y su consistencia en cada turno del personal de enfermería el primer día y posteriormente una vez al día. La situación uterina anormalmente alta y desplazada lateralmente en las primeras horas del posparto

nos tiene que hacer pensar en una posible retención urinaria y hay que procurar que se vacíe la vejiga urinaria espontáneamente o mediante una sonda vesical. La subinvolución uterina tendrá que vigilarse adecuadamente con el fin de descartar la endometritis o la retención de restos placentarios.

Características de los loquis

Se valorarán el aspecto de los loquis, su color, cantidad y olor en cada turno de enfermería las primeras 24 horas y posteriormente una vez el día. En condiciones normales, serán en principio de aspecto hemático y progresivamente se irán aclarando y adquiriendo un aspecto serohemático, también disminuyendo en cantidad. La presencia de loquis purulentos o malolientes obligará a descartar procesos infecciosos del tracto genital. La pérdida hemática superior a lo normal, por otra parte, obligará a descartar la presencia de un globo vesical, la retención de restos placentarios o esguinces del trato genital deficientemente suturados.

Control de la micción y de la evacuación

La utilización de la anestesia peridural, con la pérdida del reflejo miccional y la sobre hidratación que comporta, son factores que inciden en el riesgo que la puérpera tenga dificultades en la micción y que presente un globo vesical. Por lo tanto, se vigilará la evacuación vesical en las primeras horas del posparto de forma que, si la mujer no puede miccionar espontáneamente, se procederá al sondaje vesical si se ha apreciado la existencia de un globo vesical. Cuando hay una retención urinaria superior a los 500 ml, tiene que valorarse si es conveniente dejar una sonda vesical permanente. Con respecto a la evacuación intestinal, se tendrá en cuenta si se administró un enema de limpieza previo al parto y, en caso afirmativo, no es de esperar la evacuación espontánea antes del segundo día del posparto. A partir de aquel momento, en el caso de que sea necesario, puede favorecerse la evacuación mediante el uso de laxantes locales (microenemas o supositorios de glicerina) preferentemente a laxantes orales. Se recomendará la ingesta de una Dieta rica en fibra y se procurará una buena hidratación y movilización precoz.

Control del perineo y de la episiotomía

Es muy importante aconsejar a la mujer en el cuidado e higiene del perineo durante los primeros días, que tendrá que lavarse con agua y un jabón neutro como mínimo una vez al día. Diariamente se controlará la cicatrización del perineo y la presencia de hematomas o de hemorroides, que se tratarán adecuadamente, y los casos de trombosis hemorroidal, que requerirán su drenaje quirúrgico.

Control de las mamas y apoyo a la lactancia materna

Se vigilará el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios y presencia de hendiduras en el pezón. La ducha diaria es suficiente para la higiene de las mamas. No se recomienda limpiar los restos de leche porque hidratan la aréola y previenen la formación de hendiduras. Se recomendará el uso de unos sujetadores de lactancia. Se instruirá a la puérpera sobre las recomendaciones más apropiadas para la lactancia materna.

Evaluación del dolor: analgesia

El dolor en el puerperio hospitalario después de un parto normal puede ser a causa de la episiotomía y el derivado de los retortijones, en pacientes multíparas. El tratamiento del dolor se realizará mediante la administración de antiinflamatorios no esteroides (AINE) por vía parenteral u oral, según la intensidad del cuadro. Alternativamente, podrá utilizarse el paracetamol sólo o asociado con codeína, aunque ésta última puede favorecer el estreñimiento, ya de por sí frecuente en el puerperio. Hay que tener en cuenta que no tiene que administrarse de forma rutinaria ningún tipo de medicación cuya indicación no haya sido esmeradamente valorada, ya que puede pasar al bebé a través de la leche de la madre.

Control de las extremidades inferiores, movilización e higiene

Se valorarán diariamente las piernas para vigilar la aparición de edemas y/o signos de infección. En mujeres con riesgo elevado de enfermedad tromboembólica, tendrán que adoptarse medidas

profilácticas como el vendaje de las extremidades inferiores, su elevación mientras la mujer esté acostada y la utilización de heparina profiláctica por vía subcutánea.

La movilización precoz disminuye el riesgo de enfermedad tromboembólica.

Después de un parto asistido con anestesia

peridural tendrá que esperarse un mínimo de 6 horas antes de levantar a la mujer.

En el caso de anestesia peridural en dosis bajas y de administración continua, la movilización puede ser precoz. Si el parto fue asistido con anestesia local o sin anestesia, podrá levantarse inmediatamente.

En lo que concierne a la higiene, se recomendará la ducha diaria.

Valoración de la dieta y suplementación

Después de un parto sin anestesia o con anestesia local, la ingesta de líquidos y la dieta normal se iniciarán a demanda de la puérpera.

Después de un parto vaginal con anestesia peridural, se iniciará la ingesta hídrica de forma inmediata y, si la tolerancia es adecuada, se continuará con una dieta normal.

Después de un parto vaginal asistido con anestesia general, se iniciará la ingesta hídrica a las 4 horas y seguirá una ingestaprogresiva, según la tolerancia, manteniendo la sueroterapia intravenosa hasta su comprobación. La puérpera tendrá que seguir una dieta equilibrada y rica en fibra. Se recomienda hacer un hemograma de control a las 24 horas del parto y se decidirá tratamiento profiláctico o terapéutico con hierro, según el resultado. La suplementación vitamínica dependerá del grado de nutrición de la puérpera, teniendo especial cuidado que la aportación de yodo alcance los mínimos que recomienda la OMS (200µg/día).

Incompatibilidad de grupo sanguíneo madre-recién nacido

Se administrará una dosis estándar (300 µg) de gamaglobulina anti-D a todas las puérperas Rh negativas que tengan un recién nacido Rh positivo y test de Coombs directo negativo para el factor D, dentro de las primeras 72 horas del posparto.

Valoración del estado emocional

La mujer después del parto pasa normalmente por una serie de cambios psicológicos y emocionales relacionados con el cansancio físico, el nuevo rol de madre, molestias puerperales, etc. Hay que identificar el estado emocional y dar apoyo profesional cuando se requiera. En algunos casos en que se observa una adaptación difícil, hay que identificar el problema.

Cuidado del recién nacido durante la estancia hospitalaria

Al llegar de la sala de partos, la madre y el recién nacido han de ser ingresados juntos en la misma habitación y continuar estando juntos durante toda la estancia en el hospital, las 24 horas del día.

Siempre que sea posible, los diferentes profesionales (pediatra, comadrón/a o enfermero/a) harán los controles y exploraciones de seguimiento del recién nacido en presencia de la madre, para facilitarle la posibilidad de expresar las dudas y potenciar el aprendizaje de los cuidados de su hijo.

Se seguirán los procedimientos siguientes:

Comprobación de los controles hechos en la sala de partos

- Comprobar que se haya hecho la identificación de manera adecuada, y que se haya facilitado la

Creación de vínculos afectivos y el inicio de la lactancia materna en la sala de partos de manera adecuada.

- Comprobar si se han realizado las medidas preventivas sistemáticas en la sala de partos. En caso negativo, tienen que administrarse después del ingreso en la sala de puérperas.

Exploración del recién nacido en la planta de hospitalización

Evaluación del aspecto y las características somatométricas del recién nacido: peso, longitud, perímetro craneal, temperatura axilar. Exploración anatómica y funcional del recién nacido tan exhaustiva como sea posible. Tiene que registrarse el resultado de esta exploración, haciendo constar también la valoración de la madurez y el crecimiento intrauterino.

Custodia del recién nacido durante la estancia hospitalaria

Es responsabilidad del hospital maternal la salvaguardia de la identidad del recién nacido y el mantenimiento del binomio madre hijo, desde el momento del nacimiento hasta el momento del alta hospitalaria.

Higiene de la piel, traje y posición en la cuna

Una vez pesado y explorado el recién nacido, tienen que limpiarse las zonas de la piel sucias de sangre con agua y secarlas con una gasa no abrasiva; finalmente, se vestirá al recién nacido con su ropa personal, respetando las diferentes culturas, se le colocará en la cuna en la posición adecuada (decúbito supino o lateral), y se le dejará con los padres en la habitación.

Seguimiento y controles sistemáticos del recién nacido durante la estancia en el hospital

Durante la estancia en la maternidad, tiene que hacerse un seguimiento esmerado con el fin de preservar la buena salud del recién nacido, por eso es necesario realizar de forma sistemática las

Actuaciones siguientes:

- Control del peso diario
- Control del aspecto
- Control de las constantes vitales: frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura
- Control de la primera micción
- Control de la primera emisión de meconio

- Realización de los cuidados diarios del cordón umbilical
- Apoyo en la colocación en el pecho y en la buena marcha de la lactancia materna
- Adiestramiento en la preparación y la administración de biberones, en el caso de que fuera necesario
- Cumplimiento esmerado de las normas para la adecuada custodia del recién nacido hasta el momento del alta
- Recogida de sangre del talón y cumplimentación de la ficha del diagnóstico precoz de metabolopatías congénitas
- Otros cribados sistemáticos que sea conveniente hacer antes del alta hospitalaria
- Registro adecuado de toda la información:
 - Rellenar la historia clínica
 - Rellenar el carnet de salud infantil
- Información y educación sanitaria adecuada a los padres del recién nacido

El cuidado del cordón umbilical

El cordón umbilical tiene que mantenerse limpio y seco, hecho que facilita su necrosis.

Cribados sistemáticos durante la estancia hospitalaria

Plan de detección precoz de metabolopatías congénitas (PDP) El programa de cribado precoz neonatal (fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y fibrosis quística) tiene que realizarse:

- **A todos los recién nacidos.** Independientemente de la edad de gestación y del peso, y de su tipo de alimentación, o existencia de patología o tratamientos (aunque todo eso se hará constar específicamente en el apartado de observaciones). Este cribado tiene que ser prioritario en todas las unidades neonatales y, en especial, las de patología neonatal, con el fin de evitar que la asistencia al bebé enfermo haga prolongar u olvidar su realización.

Procedimiento para el cuidado del cordón umbilical:

- Efectuar el lavado higiénico de manos.
- Impregnar una gasa con antisépticos no yodados y limpiar la base del cordón eliminando los restos de sangre, aplicarlo 2-3 veces al día, hasta la caída del cordón.
- No es necesario envolver permanentemente el cordón.

Control y cuidado del cordón umbilical:

- Valorar la presencia de signos inflamatorios, secreción y olor, y registrar la información de esta exploración en la historia clínica.
- Tener presente que la infección de los restos de cordón umbilical (funicitis) y de los tejidos adyacentes de la pared abdominal (onfalitis) pueden ser el inicio de una infección neonatal grave.
- **Desde las 48 horas** (óptimamente desde las 72 h), hasta el 5º día de vida. Si se da el alta antes de las 48 horas, se informará convenientemente a los padres del recién nacido y se les recomendará que lo traigan para obtener la muestra de sangre de talón cuando tenga entre 4 y 8 días de vida, ya sea en la visita de puerperio domiciliario, en el CAP o en la consulta pediátrica. Si por cualquier motivo u olvido no se ha realizado la extracción en los periodos mencionados, se hará con posterioridad, independientemente de la edad del niño.
- **Tiene que informarse a los padres** de forma adecuada sobre los objetivos y la importancia del Programa de detección precoz.
- **Hay que seguir el método correcto** para asegurar la adecuada recogida de sangre, así como la correcta impregnación del papel cromatográfico que se incluye en el sobre del programa oficial de cribado precoz neonatal.

La lactancia durante la estancia hospitalaria

Los recién nacidos tienen que ser alimentados tan pronto como sea posible. Y tiene que favorecerse la lactancia materna, siempre respetando la voluntad de la madre y/o otras circunstancias clínicas que puedan interferir.

Tiene que tenerse en cuenta que la información y la actitud unánimes del personal sanitario influyen en la decisión de la lactancia materna; sin embargo, tiene que respetarse la decisión que toma la mujer sobre el tipo de lactancia y, en estos casos, el profesional debe tener una actitud de ayuda y dar apoyo e información también a las madres que por razones diversas puedan optar por la lactancia artificial.

Alta hospitalaria de la madre y del recién nacido

Exploración de la madre previa al alta hospitalaria

Antes de que la puérpera abandone el hospital tiene que realizarse una exploración en la cual se comprobará la correcta involución uterina, la correcta cicatrización del perineo y de la vagina, la normalidad de los loquios y el correcto estado de las mamas y del estado general de la puérpera.

El resultado de la exploración se registrará convenientemente en la historia clínica y se rellenará también el carnet de la embarazada y el carnet de salud infantil.

Atención al recién nacido en el momento del alta hospitalaria

Protocolo de atención al recién nacido en el alta hospitalaria

- Comprobar la identificación del bebé.
- Asegurar el cribado de metabolopatías congénitas.
- Rellenar la historia clínica.
- Comprobar que se haya cumplimentado correctamente el carnet de la embarazada.
- Rellenar el carnet de salud infantil y recomendar su uso.
- Entregar la información perinatal a los padres en el alta hospitalaria:
 - Informe sobre la asistencia que ha recibido el recién nacido.
 - Otras informaciones o documentación propios de cada centro.
 - Recomendaciones sobre próximas visitas al recién nacido.

Es deseable que el alta del recién nacido y su madre tengan lugar después de las 72 horas de vida del recién nacido, una vez efectuada la extracción de sangre

para el cribado precoz neonatal. Siempre que no se acoja a los criterios de alta precoz.

Alta precoz (entre las 24 y las 48 horas después del parto)

En los casos en que el embarazo y el parto no han tenido ninguna complicación, puede darse el alta precoz, siempre haciendo una esmerada valoración del estado físico y emocional de la madre, así como de factores psicosociales que requieren un control más grande:

madres drogodependientes, antecedentes de maltrato infantil o negligencia, historia de violencia familiar, particularmente durante el embarazo actual, enfermedad mental del padre o la madre, madres adolescentes, inexistencia de domicilio, etc.

Con respecto a los recién nacidos, es posible el alta si no existen los factores psicosociales mencionados anteriormente y se cumplen todos los criterios siguientes:

Criterios clínicos

- Recién nacidos a término de peso apropiado para la edad de gestación.
- Normalidad en el examen clínico antes del alta. El examen tiene que estar registrado en la historia clínica.
- Capacidad de mantener la temperatura corporal normal.
- Capacidad de alimentarse por vía oral y coordinar adecuadamente la succión y la deglución.
- Que haya hecho al menos una emisión de orina y meconio.
- Ausencia de factores de riesgo de hiperbilirubinemia o signos clínicos patológicos.
- Facilidad de acceso de los padres al pediatra para resolver cualquier duda con respecto a los cuidados del recién nacido.
- Evaluación del recién nacido entre el 3^r y 5^o día de vida, para control clínico, y cribado precoz neonatal, asegurando la continuidad de la asistencia

Alta hiperprecoz (menos de 24 horas después del parto)

Siempre de tipo voluntario. Tiene que seguirse los mismos criterios que en el grupo anterior. Sin embargo, es necesario en este caso un examen pediátrico del recién nacido, dentro de las primeras 48 horas después del alta.

Información a la mujer en el momento del alta puerperal

Antes del alta, se darán las recomendaciones pertinentes para los cuidados domiciliarios maternos y del recién nacido. En aquellas zonas en que estén funcionando los programas de atención puerperal domiciliaria, se pondrá en contacto a la puérpera con su centro de asistencia primaria para que la comadrona lleve a cabo la supervisión al domicilio de la puérpera.

Informe de alta de la madre

Toda puérpera tiene que disponer de un informe de alta en que consten sus datos administrativos, fecha de ingreso, parto y alta, y los datos básicos de las características de su embarazo, parto, recién nacido, lactancia y puerperio hospitalario. Tendrán que constar los diagnósticos y procedimientos utilizados, así como las recomendaciones y los tratamientos prescritos. Se hará constar la fecha en que tiene que acudir a su revisión puerperal y el lugar donde se llevará a cabo. Hay que anotar los datos en el carnet de la embarazada.

Informe de alta del recién nacido

Tienen que constar todos los datos relevantes para una correcta valoración del recién nacido, por parte del pediatra que hará el seguimiento posterior: el peso en el alta, la exploración física en el alta y si se ha realizado o no el cribado neonatal de fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito, fibrosis quística e hipoacusia. Hay que anotar los datos en el carnet de salud del niño/a. (16)

d.- Normas y procedimientos de atención del parto, según secretaria de salud de Honduras avalada por la OPS/OMS USAID

1.-a toda embarazada se le debe garantizar el acceso a la atención de su parto (o aborto) por personal capacitado y en el nivel correspondiente a su grado de riesgo.

1.1 El personal institucional y comunitario de cada comunidad (Espacio

Población) debe conocer a todas sus mujeres embarazadas y el grado de riesgo que tienen para identificar el nivel donde deben ser atendidas:

Para ello deberá: Solicitar a toda embarazada el carnet perinatal.

Conocer el listado de mujeres embarazadas, conocer todos los niveles de complejidad y la capacidad resolutive de cada uno de ellos,

Organizar el fondo comunal para referencias en salud.

Concienciar a la comunidad, familia y pareja sobre la importancia de la referencia oportuna y efectiva.

Conocer y participar en los procesos de base comunitario.

2.-El personal institucional y comunitario, promocionara la atención del parto por personal capacitado.

2.1 Hará la promoción a través de: Visita domiciliar, reuniones grupales dentro y fuera de la UPS educación interpersonal durante los controles prenatales.

Utilización de los componentes de I.E.C. en riesgo reproductivo

3.-La partera tradicional capacitada, captará con ayuda de la comunidad a toda parturienta en trabajo de parto de bajo riesgo y a aquellas que no tengan factores de riesgo reproductivo.

3.1 Atenderá el parto limpio y alumbramiento seguro según se describe en la Norma No. 8 de atención del parto; asegurando la práctica de apego inmediato para el inicio de una lactancia exitosa.

4.-La partera tradicional capacitada, referirá para atención hospitalaria del parto a toda mujer que presente factores de riesgo reproductivo.

4.1 referirá en caso de: edad menor de 18 años, edad mayor de treinta cinco

haber tenido más de cuatro embarazos, tener o haber tenido hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía o enfermedad renal crónica,IDA

tener antecedentes de: cesárea anterior ,pre-eclampsia o eclampsia, aplicación de fórceps, hemorragia intra o postparto, óbito fetal,primingesta,situaciones, presentaciones anormales (pélvica, transversos, podálicos).

Otros grupos de patologías como: tuberculosis, desnutrición, anemia persistente.

Macrostomia fetal, productos gemelares, ruptura prematura de membranas hemorragia Disminución y/o ausencia de movimientos fetales. Embarazos múltiples

5.- La Auxiliar de Enfermería, La Profesional de Enfermería y el Médico General, captarán para evaluación y manejo de parto de bajo riesgo a toda parturienta que espontáneamente llegue a la UPS o que sea referida de cualquier nivel.

6.-La Auxiliar de Enfermería, La Profesional de Enfermería y el Médico General, referirán para atención por Medico Especialista a toda parturienta con:

6.1 Referirá en caso de: diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, nefropatía

Cesárea previa pre-eclampsia / eclampsia embarazo múltiple, desproporción pélvica, parto pre termino, situación transversa, presentación pélvica, otras presentaciones anormales, hemorragias.

7.-El Médico especialista, captará a toda parturienta que le sea referida para evaluación y manejo de parto de alto riesgo.

7.1 Hará la evaluación y manejo de acuerdo a las normas de alto riesgo o su criterio cuando no existan.

8.-La Partera Tradicional Capacitada, atenderá el parto normal de bajo riesgo, garantizando el parto limpio y el alumbramiento seguro.

8.1 Se asegurará que el ambiente en donde se atenderá el parto esté barrido y limpio en todo sentido.

8.2 Se asegurará que el sitio donde se atenderá el parto (cama, silla, piso u otros) esté cubierto con el Ahulado y/o con ropa limpia.

8.3 Se asegurará de tener sus uñas cortas y limpias y de lavarse las manos (o cualquier otra zona del cuerpo que culturalmente use para proteger el periné) con abundante agua y jabón.

8.4 Solicitará a la parturienta que defaque y orine cuando empiece el trabajo de parto y que limpie su periné con agua y jabón.

8.5 Se asegurará de tener el “paquete estéril” y de que todo su equipo se encuentre Limpio, en caso de no contar con paquete estéril deberá de esterilizar la tijera hirviéndola durante quince minutos, el resto de material para atención de parto deberá de esterilizarse a baño maría.

8.6 Permitirá durante el período dilatante y el expulsivo que la parturienta adopte la posición que le sea más cómoda.

8.7 Durante el período dilatante el personal de salud promoverá la inserción de DIU post-placenta.

Recuerde: La posición vertical acorta la duración del parto y mejora las condiciones del niño al nacer.

8.8 Durante el transcurso del parto, en cualquiera de sus períodos, permitirá la ingesta de pequeñas cantidades de infusiones inocuas (té de canela, manzanilla, apazote, otros); evitará la ingesta de cualquier otra sustancia.

Recuerde: Se debe evitar el suministro de cualquier medicamento, de sustancias nocivas y bebidas alcohólicas.

8.9 Observará el desarrollo espontáneo del trabajo de parto evitando el tacto genital y las maniobras nocivas que favorezcan la ruptura de las membranas y otras aplicaciones.

8.10 Conducirá el período, expulsivo estimulando la posición vertical (sentada, en cuclillas, semisentada, hincada) y el uso correcto del esfuerzo del “pujo”, evitará el uso de cualquier otra maniobra.

8.11 Limpiar y secar suavemente la cara del recién nacido con un paño limpio y suave.

8.12 Secará al recién nacido.

8.13 Ligaré y cortaré el cordón umbilical cuando éste haya dejado de pulsar. Colocar al recién nacido al pecho de la madre para estimular el inicio de la lactancia materna y el alumbramiento.

8.14 Abrigará al Recién Nacido con ropa seca y lo observará.

8.15 Esperará la expulsión espontánea de la placenta, no tirará del cordón y no utilizará maniobras directas para empujar desde el abdomen; puede recomendar y utilizar el uso de maniobras externas que aumentan la presión abdominal como soplar la botella, toser o dar masaje suave en el fondo del útero.

Al realizar el apego precoz y estimular los pezones facilita el desprendimiento de la placenta.

8.16 Se asegurará que no se hayan producido desgarros y que se palpe el útero contraído en el abdomen inferior.

8.17 Revisar placenta y membranas para comprobar que estén completas.

8.18 Practicará la primera amamantada (apego precoz) y evitará el uso de chupones. Recomendará la lactancia materna exclusiva como único y mejor alimento para el niño.

8.19 Dará consejos sobre hábitos de higiene en el recién nacido y la madre, y sobre la alimentación apropiada para la madre.

8.20 Instruirá sobre la curación del ombligo, preferiblemente con alcohol puro al 70% ó yodo povidona.

8.21 Aconsejará a la pareja sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos después del parto.

9.-La Partera Tradicional Capacitada, referirá parturientas con complicaciones para su atención hospitalaria.

9.1 Embarazadas en trabajo de parto antes de 37 semanas de la gestación.

9.2 Parturientas con embarazo a término y ruptura prematura de las membranas.

9.3 Parturientas con situaciones y presentaciones fetales anormales.

9.4 Parturientas con trabajo de parto con duración de 8 horas que se considerarán desde el inicio del trabajo del parto.

9.5 Agotamiento de la parturienta.

9.6 Parturienta con retención placentaria mayor de treinta minutos.

9.7 Parturientas y puérperas con hipotonía uterina o sangrado uterino por cualquier causa.

9.8 Puérperas con desgarros genitales en el menor tiempo posible.

9.9 Hematoma y dolor perineal persistente

10.- Auxiliar de Enfermería, La Profesional de Enfermería y el Médico General, atenderán el periodo dilatante a toda mujer embarazada sin complicaciones garantizando un trato humanizado y una vigilancia adecuada

Recuerde: la buena participación de la pareja y la familia cercana, favorece la adecuada evolución del parto y puerperio.

10.1 En todo momento se tratará a las parturientas con respeto, asegurando su privacidad, evitando agresión física verbal y psicológica.

10.2 El personal estimulará la participación activa de las parturientas en el desarrollo del parto orientándolas sobre:

Adopción de la posición que le sea más cómoda.

Técnicas para la respiración.

Recuerde: La inspiración profunda y expiración lenta o la respiración rápida durante la contracción uterina, favorece la circulación útero placentaria, lo que permite una adecuada participación de la parturienta en el trabajo de parto y mejores resultados perinatales

11.-Toda mujer en trabajo de parto, deberá ser ingresada en Sala de Maternidad para atención del parto.

Una mujer está en trabajo de parto cuando:

La frecuencia es de 2 en 10 minutos o mayor.

El cuello uterino está al menos parcialmente borrado.

La dilatación cervical es de 2 cm o más (en progreso para las multíparas.)

11.1 El personal considerará los criterios siguientes: Acceso referencia, Actividad uterina ,dilatación servicial ,condición del feto

11.2 Si el expediente de la parturienta es de bajo riesgo debe constar:

Historia clínica perinatal, carnet perinatal, partograma, formulario, ordenes médicas y de enfermería

Recuerde: El trabajo del parto existe cuando hay contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la parturienta o el personal de salud, por lo menos durante dos horas.

12.-Toda mujer que ingrese en trabajo de parto y sea VIH positiva debe recibir tratamiento con antirretrovirales durante el período de labor y en el parto mismo.

12.1 Revisar normas del Programa de Control y Prevención de ETS/SIDA.

13.-Se solicitará que toda parturienta tome un baño a su ingreso a la unidad de maternidad.

14.-Se realizará anamnesis a toda mujer que sea ingresada para atención de parto.

14.1 Se hará la anamnesis (interrogatorio) haciendo énfasis en:

Inicio de las contracciones, salida o no de líquido amniótico, solicitar carnet perinatal, estado general, presencia o no de sangrado genital síntomas vaso-espásticos: cefalea, zumbido de oídos, visión borrosa, ver luces brillantes

Movimientos fetales.

15.-Se realizará examen físico completo a toda parturienta que sea ingresada para atención de parto.

5.1 Se hará el examen físico completo:peso,talla,temperatura,estado general

Presión arterial, frecuencia cardíaca materna, auscultación pulmonar y cardíaca, Presencia o ausencia de edemas, várices

Recuerde: La presión arterial de la mujer embarazada se toma en posición sentada o en decúbito lateral, porque en decúbito supino (boca arriba) el útero grávido comprime los grandes vasos y disminuye el retorno venoso lo que causa disminución de los valores reales de la presión arterial.

La parturienta con membranas rotas puede deambular siempre y cuando la presentación sea cefálica este fija y/o encajada.

16.-Se realizará examen obstétrico a toda mujer que sea ingresada para atención de parto.

16.1 Se hará el examen obstétrico que incluya: altura de fondo uterino, situación y posición fetal Características de las contracciones uterinas. frecuencia cardíaca fetal modificaciones del cuello uterino (dilatación y borramiento) Características de la pelvis presentación fetal altura de la presentación fetal estado de las membranas ovuláreas

17.-Se practicará rasurado perineal, según criterio médico.

17.1 **Recuerde:** El rasurado sólo se practica para evitar que cuando existen vellos perineales, éstos interfieran con la reparación de episiotomía o desgarros, por lo que no es necesario, rasurar el pubis ni los tercios superiores de los labios mayores

18.-Durante el período de dilatación, se permitirá que la parturienta adopte la posición que le sea más cómoda.

18.1 **Recuerde:** La posición vertical (parada caminando o sentada) y en decúbito lateral acorta la duración del trabajo de parto y contribuye a obtener mejores resultados perinatales.

La parturienta con membranas rotas puede deambular siempre y cuando la presentación cefálica esté fija o encajada

19.-En toda UPS, que se atiendan partos, se permitirá a la parturienta la ingesta periódica de líquido en pequeñas cantidades.

19.1 Permitirá la ingesta de jugos o tés.

20.-Se hará control periódico (cada 30 a 60 minutos) del trabajo de parto.

20.1 Se evaluará las características de las contracciones uterinas (frecuencia, intensidad y duración) durante diez minutos.

20.2 Se evaluará la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después de cada contracción.

Recuerde: La frecuencia cardíaca fetal basal se mide en el embarazo después de la semana 20 y en el parto entre las contracciones uterinas, ésta sólo refleja los problemas fetales cuando están muy avanzados.

Un diagnóstico más oportuno se hace midiendo la frecuencia cardíaca fetal asociada a las contracciones uterinas, durante la contracción y hasta 30 segundos después de terminada, se mide durante 15 segundos y se multiplica por 4, se comparan los valores entre sí. La frecuencia cardíaca fetal basal puede encontrarse normal (entre 120 y 160 latidos por minuto), o presentar alteraciones: DIPS de tipo I, II o variables. (Alteraciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal).

20.3 se registrarán estas actividades en el partograma e historia clínica perinatal.

21.-Se evaluará el progreso de parto mediante el análisis del partograma con curvas de alerta y de acuerdo a los hallazgos del tacto vaginal. Este se realizará de acuerdo a la evaluación individualizada de la parturienta y al criterio médico practicándolo el menor número de veces posibles.

se medirán la dilatación y el borramiento cervical

se evaluara el grado de descenso de la presentación fetal.

se determinara la variedad de la presentación fetal.

se determinara el estado de las membranas ovulares.

se registraran estas actividades en el partograma y en H.C.P.

22.- Las membranas ovulares se mantendrán íntegras hasta el inicio del período expulsivo. El médico especialista podrá practicar ruptura artificial de las membranas en los casos siguientes: Cuando se rebasen las curvas de alerta del partograma, sufrimiento fetal. Desprendimiento prematuro de la placenta, ausencia de descenso de la presentación fetal.

22.1 recuerde: la ruptura artificial de las membranas ovulares acorta la duración del trabajo de parto pero favorece la aparición de modelaje cefálico (tumor sero sanguíneo y céfalo hematoma).

23.- En el período expulsivo, se atenderá a la parturienta garantizando un trato humanizado, parto limpio y alumbramiento seguro.

23.1 se atenderá de acuerdo a los parámetros siguientes: No se maltratará física ni verbalmente a la parturienta, lavado quirúrgico de las manos, posición vertical (sentada, semi-sentada o en cuclillas).ropa estéril (bata, prirneras y campos).

Equipo quirúrgico estéril.

Utilización adecuada del reflejo del pujo. recuerde: para mejorar los resultados perinatales y optimizar el esfuerzo materno, la madre debe hacer una inspiración profunda, retener el aire en los pulmones.

Hacer fuerza hacia abajo e interrumpir el esfuerzo al cansarse, repetir la acción cuanta veces lo permita la duración de la contracción.

Retener la respiración y continuar el esfuerzo durante toda la contracción canas a la parturienta y disminuye el aporte de oxígeno al feto.

Protección del periné. Se evitara la salida brusca de la cabeza fetal.

Se permitirá la rotación externa en forma espontánea o asistida cuando sea necesario, sé procederá a la extracción del hombro anterior descendiendo a la cabeza fetal.se procederá a la extracción del hombro posterior descendiendo a la cabeza fetal. Se conducirá la salida del resto del cuerpo.

24.- A toda parturienta se le aplicará 10U IM de oxitócica inmediatamente que se ha producido el nacimiento del niño.

24.1 se aplicaran 10 unidades IM de oxitocina al salir el recién nacido especialmente en caso de: riesgo de anemia de la madre, trabajo de parto prolongado, hidramnios, macrosomía, multiparidad, embarazo múltiple

25.- El Médico, la Profesional de Enfermería y la Auxiliar de Enfermería capacitada, practicarán episiotomía media en los casos siguientes:

Parturientas con riesgo de desgarros perineales inminentes. Parto pre término.

25.1 realizara limpieza del periné con solución antiséptica.

25.2 aplicara anestesia local.

25.3 practicara el corte cuando la presentación fetal haya distendido el periné y muestre signos de desgarro inminente.

25.4 hará la reparación de planos anatómicos, inmediatamente después de la expulsión de la placenta, cuando se haya realizado la atención inmediata del recién nacido.

26.- Se realizará ATENCIÓN INMEDIATA del recién nacido garantizando un adecuado período de adaptación al medio externo.

26.1 se atenderá de acuerdo a los siguientes parámetros:

Limpiar suavemente la cara del recién nacido con una gasa limpia inmediatamente después que se produce la salida de la cabeza del niño.

Sostener el recién nacido en posición horizontal de preferencia en el mismo plano de la madre.

Pensamiento, corte y ligadura del cordón umbilical a los 45 segundos o hasta que el cordón deje de pulsa: en caso de madre RH negativo pinzar el cordón inmediatamente que nace el niño.

Medición del puntaje de APGAR al minuto y a los cinco minutos.

Proceder al secado del líquido amniótico y abrigar al recién nacido.

Limpieza de muñón umbilical con yodo povidona o alcohol absoluto al 70%.

Verificar la presencia de 3 vasos sanguíneos.

Aplicación de 1 mg, de vitamina K por vía intramuscular.

Aplicación de ungüento oftálmico con antibiótico en ambos ojos y si es niña en el introito vaginal.

Realizar la primera amamantada (apego precoz) cuando ambos estén estables; pero en los primeros treinta minutos después del parto.

Valor edad gestacional del niño/niña (usar tabla de capurro)

Tomar muestra de sangre del cordón para VDRL.

Tomar muestra de sangre del cordón para tipo sanguíneo y RH en caso de: Madre RH negativo, mujeres a quienes no se les pueda documentar que se les tomo tipo y RH durante el prenatal, pesar la niña o niño (2500 a 4000gr peso normal),talla (normal de 48 a 52 cm),perímetro cefálico (normal $35\text{cm}\pm 2$)

27.- Se entenderá el tercer período del parto, garantizando un alumbramiento seguro. Toda parturienta que acepte, se hará aplicación de DIU post-placenta de acuerdo a normas No. 18 de P.F.

Recuerde: El mecanismo principal por el cual se desprende la placenta son las contracciones uterinas.

27.1 se esperara expulsión espontánea de la placenta, evitando el uso de maniobras que favorezcan la rotura del cordón umbilical, la retención parcial de la placenta o membranas y la inversión uterina (halar el cordón, maniobra de credé y otras).

27.2 se conocerán los signos y síntomas de desprendimiento natural de la placenta: Retorne de las contracciones uterinas, Cambios en la forma y consistencia del útero, alargamiento del cordón, sangrado transvaginal.

27.3 se puede realizar un masaje suave del fondo uterino hasta confirmar la presencia del globo de seguridad de pinard (útero contraído).

27.4 se observara y conducirá la salida de la placenta sosteniéndola con ambas manos pudiendo realizar una rotación suave.

Recuerde: la salida brusca de la placenta puede ocasionar retención de restos de membranas lo que producirá hipotonía uterina y hemorragia.

27.5 revisar la placenta y membranas para comprobar que están completas.

27.6 estimar el sangrado vaginal durante este periodo, si es mayor de 500 cc y se presentan síntomas de hipotensión colocar una infusión intravenosa de lactato de Ringer para compensar las pérdidas.

27.7 dejar confortable después del estrés producido por el parto.

Recuerde: el Methergin interfiere con los mecanismos de bajada de la leche materna.No se aplicara Mathergin en caso de parturientas con presión arterial alta.

28.- Se practicará revisión de cavidad uterina, únicamente en presencia de sangrados activos y/o hipotonía uterina.

28.1 Recuerde: no es necesario practicar sistemáticamente revisión de cavidad uterina como un procedimiento de rutina. Este procedimiento es doloroso y aumenta el riesgo de infección, los coágulos en vagina se expulsan espontáneamente.

29.- La Auxiliar de Enfermería, La Profesional de Enfermería y/o Especialista y el Médico referirán, para atención por Médico Especialista, a toda parturienta que presente complicaciones en su parto o que éste sea de muy alto riesgo.

29.1 referirá en caso de: trabajo de parto mayor de 12 horas o que rebase de curvas de alerta del partograma, situaciones o presentaciones fetales anormales.

Hipertonía o hipotonía uterina. sangrado genital con o sin actividad uterina.

Las parturientas con las complicaciones contempladas en la normas No.6

Procedimiento 6.1, Desaceleraciones tardías de la frecuencia cardíaca fetal (DIPs II) Desgarros perineales o episiotomía 2do. IV (con extensión a mucosa rectal) Ruptura o inversión uterina.

30.- El Médico Especialista y el Médico General, atenderán a toda paciente con pre eclampsia y eclampsia, de acuerdo a las normas de alto riesgo y al esquema contemplado en las normas de emergencia Obstétricas y atención del parto.

30.1 RECUERDE: el vaso-espasmo es la condición fundamental en la enfermedad El reposo y la terminación del embarazos efectivos comprobados hasta la fecha.

31.- Prescribirá sulfato de magnesio, como anticonvulsivante en caso de pre-eclampsia severa o eclampsia. 31.1 administraran 4 a 6 gr. De inicio por vía intravenosa directa. Diluido en 100 m dw. Al 5%.

31.2 administrara por infusión intravenosa, 1gr. Por hora hasta 24 horas después del parto Recuerde: el sulfato de magnesio es estrictamente de uso intrahospitalario y con evaluación periódica de la paciente por el médico y la enfermera, si no hay sulfato de magnesio consultar normas de emergencia obstétricas.

32.- El Médico General, la Profesional de Enfermería y/o especialista, la Auxiliar de Enfermería, referirán para parto hospitalario a toda parturienta con ruptura prematura de membranas.

32.1 hará la confirmación clínica del diagnóstico mediante lo siguiente.

32.2 observación de la salida de líquido amniótico mediante la aplicación de especulo vaginal. Se puede pedir a la mujer que tosa o rechazar la presentación fetal.

32.3 aplicación de una toalla sanitaria por 15 minutos aproximadamente y luego observar si esta húmeda con olor a líquido amniótico.

Recuerde: existe ruptura prematura de membranas, cuando hay salida de líquido amniótico por lo menos una hora antes de iniciar el trabajo de parto.

33.- El Médico General, la Profesional de Enfermería y la Auxiliar de Enfermería de las Clínicas Materno Infantiles referirán a toda mujer parturienta con retención de placenta.

33.1 administrará soluciones intra venosa y oxitócicos para su traslado.

Administrara 1000 cc de lactato de Ringer a 60 u 80 gotas por minuto.

Administrara 20 unidades de oxitócina diluidas en 500 cc de suero glucosado al 5% a 20 gotas por minuto.

34.- El Médico Especialista y Médico General en los hospitales, practicarán extracción manual y revisión de cavidad uterina a toda paciente con retención total o parcial de la placenta.

34.1 tomara todas las medidas de asepsia y antisepsia.

34.2 realizara el procedimiento con técnica convencional y siempre que existan los medios, la paciente debe estar bajo sedación profunda o anestesia.

35.- Todo personal, que atienda parto deberá practicar las medidas de bioseguridad, revisar normas de ETS/SIDA.

36.- El Médico, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería, a toda paciente posparto debe llenar el carnet perinatal e Historia Clínica Perinatal Base para mayor control, seguimiento y Referencia.

36.1 entregar el carnet perinatal a la paciente.

36.2 si la puérpera es VIH positiva referirla al centro de salud para consejería y control del recién nacido.

36.3 registrar la atención en el AT-1(17)

VII.-DISEÑO METODOLOGICO.

a.)Tipo de estudio

Se realizó un estudio de corte transversal retrospectivo, sobre la calidad de atención del parto, puerperio recién nacido inmediato.

b.)Universo y muestra

Se tomó el 100 % de los expedientes de las embarazadas que fueron atendidas en la Clínica Materno Infantil de Trojes, El Paraíso en trabajo de parto para que se les asistiera en el mismo. Durante el segundo semestre del año 2008, que correspondió a 74 expedientes de dichas mujeres

c.)Unidad de análisis.

La unidad de análisis lo constituyo cada expediente de las embarazadas atendidas en la Clínica materno infantil de Trojes. Cada paciente atendido en la clínica materna infantil de Trojes, El Paraíso, en el segundo semestre del año 2008

d.) Criterios de selección

Los criterios de selección lo constituyeron criterios de inclusión y criterios de exclusión, siendo:

Criterios de inclusión:

- ❖ Todos los expedientes que están registrados en el libro de atención de partos
- ❖ Todos los expedientes que contengan la información necesaria para el presente estudio
- ❖ Todos los expedientes que correspondan a las embarazadas que fueron atendidas durante el periodo de estudio

.Criterios de exclusión:

- ❖ Todos los expedientes que no están registrados en el libro de atención de partos
- ❖ Todos los expedientes que no contengan la información necesaria para el presente estudio
- ❖ Todos los expedientes que no correspondan a las embarazadas que fueron atendidas durante el periodo de estudio

e.) Variables del estudio**Características socio- demográficas de las mujeres en estudio**

Fecha de ingreso

Edad

Procedencia

Accesibilidad geográfica a los servicios de atención de parto

Ocupación

Escolaridad

Estado civil

Calidad de atención del parto de las mujeres que asistieron a la Clínica Materno- infantil de Trojes.

Control prenatal previo

Aplicación de vacunas a la embarazada,

Realización de exámenes de laboratorio clínicos

Administración de suplementos vitamínicos

Abordaje de historia gineco-obstetrica,

Calidad en los servicios de atención del parto puerperio y recién nacido. Clínica materno-infantil Trojes, El Paraíso, Honduras. Segundo semestre año 2008. Presentado por Dr. Marco Antonio Irías Gomes. Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua 2009

Llenado de parto grama

Examen ginecológico

Aplicación de oxitócina durante el parto,

Desgarro vaginal,

Realización de masajes uterinos

Tracción y contra tracción del cordón umbilical

Aparición de complicaciones

-Calidad de atención en el puerperio de las mujeres atendidas durante el parto.

Toma de signos vitales

Llenado de notas de evolución

Consejería puerperal

Aparición de complicaciones

Calidad de atención del recién nacido asistido por el personal de salud en la clínica materno-infantil de Trojes.

Valoración vital de recién nacido

Toma de medidas antropométricas

Uso de maniobras de reanimación

Examen físico del recién nacido

Aplicación de medicamentos profilácticos en el recién nacido

Aplicación de vacunas al recién nacido

Aparición de complicaciones

f.) Fuente de información

La fuente de información fue secundaria ya que esta se extrajo de cada uno de los expedientes de las mujeres embarazadas que fueron atendidas en la fecha que se realizó el presente estudio.

g.) Obtención de la información

La obtención de la información fue mediante el uso de un formato diseñado para fines del presente estudio en donde se deprecionó la información que reflejaba cada uno de los expedientes de las mujeres embarazadas atendidas en la Clínica materno-infantil Trojes El Paraíso Honduras

h.) Recolección de la información

Para la recolección de la información Se realizó una solicitud de permiso dirigida a la directora del centro de salud de Trojes para que permitiera revisar cada uno de los expedientes de las mujeres embarazadas atendidas en el segundo semestre del año 2008.

Posteriormente se construyó base de datos en EPIINFO versión 3:5, en donde se procesó cada uno de los aspectos revisados de los expedientes de las mujeres en estudio.

i.) Cruce de variables

Se realizó cruce de variables, relacionándose la variable edad con la variable paridad Ver tabla y gráfico N° 3

j.) Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información se realizó un análisis de los datos captados en la base de datos y posterior a ello se construyeron frecuencias simples de los resultados más relevantes .

Dichos resultados se presentan en tablas y graficos, contruidos en el programa Excel 2007, para posteriormente procesarlos en el programa Word 2007. , junto con el documento final

VIII.- RESULTADOS

En el presente estudio, sobre la calidad en la atención del parto, puerperio y recién nacido en la Clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, se revisaron 74 expedientes correspondientes al segundo semestre del año 2008, de esta información se encontró lo siguiente:

Características socio-demográficas

Las mujeres embarazadas que asistieron a consulta en la Clínica materno-infantil durante el segundo semestre del 2008, fueron en el mes de Julio 5 % (4); en el mes de Agosto 30 % (22), en el mes de Septiembre 23 % (17), en el mes de Octubre 15 % (11), en el mes de Noviembre 9% (7) y en el mes de Diciembre 18% (13) para un total de 74 mujeres embarazadas que corresponden al número de los expedientes revisados. Ver en anexos, Tabla N°1 y Gráfico N°1.

En relación a la edad, el 35 % (26) de las mujeres embarazadas se encontraban en el grupo de edad 18 a 21 años; el grupo de 22 a 25 años con 28 % (21);

De 26 a 29 años en 16 % (12), en el grupo de 14 a 17 años 8 % (6), En el grupo de 42 a 45 años 3 % (2) y los grupos de 34 a 37 años con el de 38 a 41 años en 1 % cada uno de ellos, correspondiente a cada grupo una embarazada ver en anexos tabla N°2 y Gráfico N°2.

Al relacionar los grupos de edades de las mujeres embarazadas con la paridad se encontró que el grupo de 18 a 21 años 16 de ellas fueron primigestas y multíparas 7; en el grupo de 22 a 25 años 17 fueron multíparas y 8 primigestas; menores de 17 años 6 fueron primigestas; de 26 a 29 años 12 de ellas fueron multíparas, de 30 a 33 años 4 de ellas fueron multíparas y de 34 a más años 4 de ellas fueron multíparas ver en anexos Tabla N°3 y gráfico N°3

Sobre el estado civil de las pacientes que recibieron atención de parto en la Clínica en estudio se encontró que el 68 % (50) se encontraban en una relación de unión libre; el 19 % (14) se encontraban solteras y el 14 % (10) casadas, ver en anexos Tabla N°4 y Gráfico N° 4

Sobre el nivel de escolaridad el estudio refleja que, el 49 % (36) tenían primaria incompleta, el 34 % (25) primaria completa, el 7 % (5) analfabeta, el 4 % (3)

secundaria incompleta, otro 4 % (3) secundaria completa y solamente 3 % (2) con estudios universitarios incompletos. Ver en anexos Tabla N°5 y grafico 5

Sobre la ocupación de las embarazadas se encontró que un 73 % (54) eran amas de casa; un 14 % (10) dedicadas a la agricultura, un 5 % (4) estudiantes ; 4 % (3) comerciantes y otro 4 % (3) técnico medio ,ninguna se vinculo a profesionales universitarios, solo a profesionales de nivel medio con 4%.(Ver tabla y grafico N°6)

La procedencia de las mujeres embarazadas fue en 68 %(50) proceden del área rural y 32 %(24) del área urbana. Ver tabla N° 7

La accesibilidad incluida en el presente estudio fue la geográfica y esta se midió por el tiempo que recorrió, Para fines del presente estudio se considero que el diagnostico de ingreso a las embarazadas se baso en los meses de embarazo, encontrándose que 86 %(64) si se les realizó, dicho diagnostico y solamente el14% (10) no se le realizo ver en anexos Tabla N° 8 y grafico N° 8

la mujer embarazada para llegar a la Clínica materno infantil, encontrándose que 33 % (24) tardo menos de media hora; 30 %(22) tardaron de una a dos horas;12 % (9) tardaron de 4 y más horas ; 9 % (7) tardaron en llegar de 2 a 3 horas y otro 9 % (7) tardaron de 3 a 4 horas y 7 % (5) tardaron de media a 1 hora ver en anexos Tabla N°8 y grafico N° 8

Calidad en la atención del parto

Sobre la realización de por lo menos un control prenatal previo a la atención del parto el 82 % (61) si se realizaron y 18 % (13) no se realizaron ningún control prenatal. Ver anexo en Tabla N°9 y grafico N°12

Para fines del presente estudio se considero que el diagnostico de ingreso a las embarazadas se baso en los meses de embarazo y alguna patología que presentaron al momento de ser atendidas, encontrándose que 86 %(64) si se les realizo dicho diagnostico y solamente 14 (10) no se le realizó

En relación al diagnostico al momento del ingreso 31 %(23) fue parto expulsivo que refleja la urgencia del parto y el grado de actuación pronta en la atención del mismo. y el 47 %(35) fueron parto a término que tienen de 38 a 41 semanas de Gestación, estos pacientes necesitan monitorización del partograma.

Además se atendió una (1) mujer embarazada que presentaba membranas rotas,

7 % (5) de las pacientes presentaron el diagnóstico de parto con retención de placenta y 14% (10) de las mujeres atendidas no tenían ningún diagnóstico al momento de ser ingresadas.

Del total de mujeres atendidas, el 92 % (68) se les realizó nota de ingreso, pero al 8 % (6) no se les hizo ninguna al momento de ser atendidas.

Sobre la realización de la historia Gineco-obstetra a las pacientes que fueron ingresadas a la clínica materno-infantil el 88 % (65) se les hizo la historia Gineco-obstetra. (Ver tabla y gráfico N°14)

Referente a la toma de signos vitales al momento del ingreso 7 % (5) de las mujeres que fueron atendidas no se les tomó y el 93% (69) sí se les realizó

De las pacientes ingresadas el 9% (7) no se le hizo ningún examen físico; pero al 91% (67) sí se les practicó

Referente al examen ginecológico a las mujeres que fueron ingresadas 11 % (8) no se le realizó el examen ginecológico respectivo.

Respecto a la auscultación fetal al momento del ingreso a la clínica materno infantil, el 14 % (10) no se les llevó a cabo no así el 86 % (64) que fueron a quienes se les practicó.

En cuanto a la realización de los exámenes clínicos laboratoriales de rutina 73% (54) y únicamente 27% (20) sí se les practicó.

El 9% (7) de las pacientes que asistieron a la clínica materno-infantil de Trojes no se les realizó citologías mas sin embargo 91% (67) sí se practicaron el examen de Papanicolaou.

Referente a la ejecución de la prueba de HIV/SIDA, el 86% (64) de las pacientes, no se hicieron este examen y únicamente 14% (10) se lo practicaron.

En relación al llenado correcto del partograma 23 % (17) de los pacientes fue llenado en forma incorrecta o no se hizo pero el 77 % (57) sí fue llenado correctamente.

Con respecto a la aplicación de vacuna toxoide previa, a las mujeres que asistieron para ser atendidas, el 15 % (11) no tenía el esquema completado de vacunación; no así el 85 % (63) que sí tenía dicho esquema

Un porcentaje de 14 %(10) de las mujeres que asistieron a la clínica para atención de parto no se les aplicó la inyección de oxitócina en el tercer periodo como lo indica la norma, aplicándosele solamente al 86 %(64) de las pacientes.

En cuanto a la realización de masaje uterino cuya acción esta normatizada en un 93 % no se realizó a los pacientes y solamente 7 %(5) si se les llevo a cabo.

En cuanto a la tracción y contra-tracción del cordón umbilical 93%(69) no se realizó dicha maniobra no así, 7 %(5) que si se les realizó.

Referente a la asepsia y antisepsia antes y durante el parto, un 11 %(8) de estos casos no se cumplió con este requisito.

Respecto a la toma de muestra de sangre del cordón umbilical a los recién nacidos en 19%(14)de los casos no se les realizó.

De las mujeres que fueron asistidas, en la Clínica materno-infantil de Trojes, 41 %(30) presentó algún tipo de complicación; pero, el resto o sea 59% (44) no presentó ninguna.

La principal Complicación presentada fue el sangrado trans-vaginal postparto en un 32% (14) de los casos, seguido el desgarro perineal de 27 %(12), la hipotensión arterial 18 % (8) la retención placentaria y falta de progreso en el trabajo de parto ambas presentaron 11%(5)

Casi la totalidad de los partos en su mayoría fueron atendidos por el personal auxiliar de enfermería con 93%(69) y el resto fueron por medico general 7%(5)

En cuanto a la realización de nota postparto 9 %(7) de las pacientes atendidas no se les realizó ninguna.

Calidad en la atención del puerperio

No hubo ningún monitoreo postparto 32%(24) de las de las mujeres atendidas no obstante que 68 %(50) si se les realizó monitoreo de signos vitales.

14 % (10) de las pacientes no se le realizó ninguna nota de evolución postparto únicamente 86 % (64) si se les realizó nota de evolución.

En cuanto a la consejería puerperal 8%(6) de las pacientes no la recibieron

Un porcentaje de 9%(7) de las pacientes que fueron atendidas no se les dejó ninguna cita antes de los 10 días.

En lo que respecta al llenado de la nota de egreso de las mujeres atendidas el 19 %(14) no fue hecho ninguna de egresada.

Calidad en la atención del recién nacido

En su mayoría el 88%(65) de los niños recién nacidos en la clínica se les realizó la valoración mediante el test de APGAR que es utilizado para medir estado de vitalidad en el recién nacido.

Referente a la toma de medidas antropométricas el 8 %(6) de los recién nacido no se les tomó sus valoraciones antropométricas respectivas.

La evaluación del recién nacido mediante el examen físico 14 %(10) no se les realizó a estos, en la clínica materno-infantil

Referente a los medicamentos profilácticos aplicados al recién nacido como ser antibiótico oftálmico y vitamina A, el 95 %(70) si fue aplicado

En cuanto a la aplicación de vacunas 14 %(10) de los recién nacidos no recibieron la inmunización correspondiente por falta de vacunas en la sala

De los recién nacidos 5 %(4) presentaron liquido meconial al momento del parto Y Solo el 1 %(1) de los recién nacidos presento complicación de una malformación congénita espina bífida por lo que fue referido al hospital

IX.-ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio, sobre la calidad en la atención del parto, puerperio y recién Nacido en la clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, se revisaron 74 expedientes correspondientes al segundo semestre del año 2008, de estos pacientes se encontró lo siguiente:

Componente socio-demográfico

El 53 % de los pacientes asistieron durante los meses de Agosto y Septiembre; el mes de Julio fue el que reporta menos asistencia, de solo 5 %.

Mostrando un promedio mensual de asistencia de 12 pacientes. Podemos afirmar que dicha captación de embarazadas en la clínica de maternidad es muy baja si tomamos en cuenta que el número de partos esperados que según listado de embarazo era de 335, Por lo que podemos aseverar que hay un déficit de captación de embarazadas por falta de promoción en pacientes con control de embarazo esto coincide con cifras estadísticas que refieren que más del 50 % de los partos en Honduras son atendidos en casa (22)

Referente a la edad, el 35 % de las pacientes se encontraron en el grupo de edad 18 a 21 años, seguido del grupo 22 a 25 años con 28 %, ambos grupos representan el 53 % de las pacientes que asistieron a atención de parto este datos no coincide con algunas investigaciones realizadas donde refieren que la tasa de fecundidad en las adolescentes entre 15 a 19 años es de por cada mil mujeres hay 152 nacimientos. Colocando a Honduras como una de las más altas tasas de natalidad de la región superada únicamente por Nicaragua (23)

Es importante recalcar que 8 % de las mujeres atendidas fueron primingestas menores de 18 años y 5 % de las atendidas fueron multíparas mayor de 35 años ambos grupos representan partos de alto riesgo.

Es importante decir que los grupos de edad menores de 18 años y mayores de 36 años según las normas son considerados de alto riesgo y no se deben de atender en las clínicas materno-infantiles si no se cuenta con el personal calificado en este estudio 12 % (9)

En el presente estudio el 53 % de las embarazadas se encontraban en los rangos de edades comprendidas del 18 a 25 años.

El 50 % de las pacientes que asistieron a la clínica materno infantil de Trojes, referente a su estado civil fue unión libre pero según investigación que se realizó en la Universidad Autónoma de Honduras y el censo 2001 arrojan los siguientes resultados, Unión libre 16.8 %, casada 15.0 %, separada 14.0%, divorciada 3.4 %, viuda 22.3 % y soltera 28.4 % (24) y el estudio en mención refiere que en los últimos años 7 de cada diez están separadas, viudas o solteras y estos grupos han ido en acenso el grupo divorciada y soltera.

En el presente estudio es de hacer notar que el 19% su estado civil fue madre soltera generalmente adolescentes de lo que esto se refleja de igual manera a estudios hechos en otras regiones del país donde hay una alta incidencia de embarazos en adolescentes

De acuerdo a los resultados encontrados en cuanto al nivel de escolaridad 83% correspondió a nivel primaria completa e incompleta,

Referente al nivel educativo ,7 % de las pacientes fueron analfabetas y ninguna de las pacientes presentó un nivel universitario finalizado. Esto también es un reflejo del bajo grado educativo a nivel nacional y principalmente en algunos departamentos y según el censo del 2001 refiere que el nivel educativo anda 29.1 de analfabetismo y 48.1% de la población femenina tiene cursado primaria y solo 3% de la población tiene nivel universitario (24)

Si nos enfocamos a la ocupación, la mayoría de las pacientes que asistieron a los servicios de atención de parto en la clínica materno infantil en Trojes ,73% correspondió a amas de casa, ninguna se vinculó a profesionales universitarios, solo a profesionales de nivel medio con 4%. Esto nos refleja el grado de dependencia y situación económica que poseen los hogares en el estudio

Encontrándose además, que 32 % de las pacientes que asistieron a atención de parto en la clínica materno-infantil de Trojes, procedían del área urbana representada por el pueblo de Trojes donde está localizada la clínica.

El resto de las pacientes 68 % procedían del área rural.

Las pacientes que asistieron a la clínica materno infantil, de Trojes, El Paraíso, 33% tuvieron acceso a los servicios de atención en menos de media hora esto representa las pacientes que viven en Trojes y zona cercanas; Hubo 30 % que

acceso en tiempo de 1 a 2 horas que corresponde a aldeas cercanas a la clínica materno-infantil.

Calidad en la atención del parto

Referente a la realización del control prenatal previo de las pacientes que fueron atendidas en la clínica materno-infantil Trojes, 82 % si reportaba por lo menos un control prenatal previo a la atención del parto esto es importante que toda mujer embarazada por lo menos se realice un control prenatal para prevenir muchos imprevistos y problemas de malformación en los niños o deficiencias y carestías nutricionales principalmente de ácido fólico y sulfato ferroso.

El 14 % de las pacientes que fueron atendidas en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso no se les hizo diagnóstico de ingreso al momento de ser hospitalizadas esto es importante porque haciendo un buen diagnóstico de ingreso se saben cómo van a ser las condiciones del parto, si es de alto riesgo.

En relación al diagnóstico al momento del ingreso 31 % fue parto expulsivo que refleja el grado de actuación pronta en la atención del parto y solamente 47 % es parto a término el cual estos pacientes necesitan monitorización del partograma. de los 74 pacientes atendidas el 8 % no se les realizó nota de ingreso.

Sobre la realización de la historia Gineco-obstetra a las pacientes que fueron ingresados a la clínica materno-infantil de Trojes El Paraíso el 88 % no se les realizó la historia Gineco-obstetra es importante para ver la posición fetal si es podálico o no al momento del ingreso de las pacientes que asistieron a la clínica materno-infantil, el 7 % de las pacientes no se les tomo signos vitales, esto nos permite ver la condición de ingreso de la madre ,su estado y su vitalidad si hay signos de riesgo como ser hipertensión arterial o no de las pacientes ingresadas a la clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso el 9% no se le realizó examen físico. Nos sirve para ver las condiciones físicas de la madre referente al examen ginecológico a las mujeres que fueron ingresadas a la clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso, 11 % no se le realizó el examen ginecológico respectivo.

Respecto a la auscultación fetal al momento del ingreso a la clínica materno infantil, el 14 % no se les realizó

En cuanto a la realización de los exámenes laboratoriales de rutina 73% de las pacientes no se les llevó a cabo.

El 9% de las pacientes que asistieron a la clínica materno-infantil de Trojes no se les realizó citologías. Esto es importante para valorar si la madre tiene infecciones vaginales que puede transmitir al feto durante el paso por el canal de parto.

Referente a la ejecución de la prueba de HIV/SIDA, el 86% de las pacientes, no se les hizo este examen. Aun y cuando en Honduras hay una alta incidencia de pacientes con deficiencia inmunológica, el que necesita una atención más cuidadosa y tomar en cuenta las medidas de bioseguridad

El partograma es uno de los parámetros y variables más importantes que nos permite observar el progreso en el trabajo de parto. En relación al llenado correcto del partograma 23 % de los pacientes fue llenado en forma incorrecta.

Con respecto a la aplicación de vacuna toxoide previa a las pacientes que asistieron a atención de parto, 15 % no tenía el esquema completado.

Un porcentaje de 14 % de las pacientes que asistieron a la clínica no se les aplicó la inyección de oxitócina en el tercer periodo del parto, esto para evitar sangrado aunque en este estudio la mayoría de las pacientes presento sangrado y complicaciones como desgarros.

En cuanto a la realización de masaje uterino, 93 % no se realizo a los pacientes

Referente a la tracción y contra tracción del cordón umbilical 93% no se realizó esta maniobra.

En relación a la asepsia y antisepsia antes y durante el parto 11 % de los casos no se cumplió con este requisito. Respecto a la toma de muestra de sangre del cordón umbilical a los recién nacidos 19%no se les realizó. De las pacientes que fueron asistidas 41 % presento algún tipo Complicaciones como ser sangrado e hipotensión con 50 %,27 % presentaron desgarro perineal, la falta de progreso del parto y la retención placentaria correspondieron a 22 %, Cabe mencionar que todas las complicaciones fueron resuelta utilizando las instancias correspondientes. En su mayoría los partos fueron atendidos por el personal auxiliar de enfermería con 93% y el resto fueron por medico. En cuanto a la

realización de nota postparto 9 % de las pacientes atendidas no se les realizó ninguna

Calidad en la atención del puerperio

No hubo ningún monitoreo postparto en 32% de las pacientes atendidas, no se les realizó ninguna nota de evolución postparto en 14 % de las pacientes atendidas en la clínica. Referente a la consejería puerperal 8% de las pacientes no lo recibieron. Un porcentaje del 9% de las pacientes que fueron atendidas no se les dejó ninguna cita antes de los 10 días; En cuanto al llenado de la nota de egreso de las pacientes atendidas el 19 % no fue hecho ninguna nota

Calidad en la atención del recién nacido

En su mayoría el 88% de los niños recién nacidos en la clínica se les realizó la valoración mediante el test de APGAR; Se resalta que el 8 % de los recién nacido no se les tomo las medidas antropométricas respectivas. El examen físico de los recién nacidos 14 % no se les practico. Referente a los medicamentos profilácticos como ser vitamina K, vitamina A, y ungüento antibiótico oftálmico aplicados a los recién nacido en la clínica materno infantil 95 % si se les aplico; En cuanto a la aplicación de vacunas 14 % de los recién nacidos no recibieron la inmunización correspondiente por falta de vacunas en la sala 5 % de los recién nacidos presentaron liquido meconial al momento del parto esto nos indica que presentaron sufrimiento fetal agudo, Solo el 1 % de los recién nacidos presentó Complicación una malformación congénita de espina bífida por lo que fue´ referido al hospital.

X. CONCLUSIONES

En el presente estudio sobre la calidad de atención del parto y puerperio en la clínica materno infantil de Trojes basándonos en la información extraída de los 74 expedientes utilizados, se puede concluir lo siguiente:

- 1.-La asistencia a la Clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras fue un total de 74 pacientes, siendo los meses de Agosto y Septiembre del segundo semestre del año 2008, el que más asistieron a parir las mujeres a dicho centro.
- 2.-El mes de Julio fue el mes que menos asistieron a buscar asistencia médica para ser atendidas en la Clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras.
- 4.-La población que acude principalmente a la clínica materno infantil de Trojes es del área rural con un nivel de escolaridad primaria, dedicadas en su mayoría a oficios domésticos y con un estado civil de unión libre, una Población joven con edades comprendidas de 18 a 26 años.
- 5.-En cuanto a la norma referente a la edad que es un factor de riesgo las mujeres primigestas menores de 18 años y mayores de 35 años y multíparas, estas siempre han estado siendo atendidas y acudiendo a parir en la clínica materno infantil debido a múltiples factores principalmente económicos, educativos y de accesibilidad.
- 6.-La población de mujeres que asistió a atención de parto en su mayoría se tardó más de 2 horas para llegar a la clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras.
- 7.-Algunas de las variables utilizadas para medir la calidad en la atención del parto como el partograma, es muy importante y fundamental su aplicación y llenado correcto, porque refleja la evolución y el trabajo de parto y está formado por varios parámetros medibles que reflejan también la vitalidad de

la embarazada y su producto y en el caso de la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso no se está llenando correctamente y esto refleja un servicio deficitario.

- 8.-Un porcentaje bastante alto de las pacientes embarazadas que fueron atendidas en la clínica materno-infantil de Trojes presentaron complicaciones como ser: sangrados trans-vaginales y desgarros perineales debido a que no están poniendo en práctica las normas.

9.-A pesar que el centro de salud donde se encuentra localizada la Clínica materno-infantil cuenta con un laboratorio clínico hay un porcentaje bastante significativo de pacientes embarazadas que no se les están realizando estos exámenes indispensables para una buena atención de calidad.

10.-En Honduras hay una alta incidencia de pacientes con inmunodeficiencia adquirida S.I.D.A. y a pesar que es un norma el realizar este examen a las pacientes embarazadas como una norma importante bioseguridad un alto porcentaje de mujeres que asistieron a la Clínica materno-infantil de Trojes El Paraíso no se les realizo

- 11.-Referente a la aplicación de medicamentos profilácticos como ser la vitamina K, vitamina A, antibiótico oftálmico y a pesar de que en la Clínica materno infantil no se están aplicando las normas dictadas por el ministerio de salud no existe registro de ninguna mortalidad materna o infantil en el semestre estudiado, razón por la que sería investigar si hay sub registro o muertes no registradas.
- 12.-Un porcentaje bastante significativo de las pacientes atendidas en la Clínica materno infantil de Trojes, presentó complicaciones postparto especialmente sangrado trans-vaginal, hipotensión y desgarro perineal

- 13.-La mayoría de la atención de parto de la Clínica materno-infantil de Trojes El Paraíso es atendido por enfermeras auxiliares quienes algunas veces no pueden cubrir los turnos por falta de personal.
- 14.-Hace falta supervisión por parte de personal asignado a la Clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso así como la instalación de un comité que realice encuestas de satisfacción a los usuarios.
- 15.-Es necesario hacer conciencia o enseñar al personal de enfermería a llenar los protocolos correspondientes y verificar si realizan los procedimientos pues esto nos ayuda a saber si se está realizando el seguimiento de normas o no.
- 16.-Un alto porcentaje de pacientes postparto o puérperas no se les da seguimiento y esto se ve reflejado mediante el no llenado de las notas devolución.
- 17.-Un porcentaje significativo de recién nacidos no reciben la aplicación de vacunas de inmunización correspondientes debido a falta de coordinación con el encargado de vacunas del centro de salud.
- 18.-Es muy importante que el recién nacido sea atendido de forma también prioritaria y eficiente realizándosele los exámenes y todas las valoraciones correspondientes siguiendo los criterios dictados por las normas y llenándose los protocolos sobre ellos en forma eficaz y verídica

XI. RECOMENDACIONES

Dirigidas a las autoridades de la región

- 1.-Se les recomienda a las autoridades de salud de la región completar el personal mínimo de atención de la clínica materno infantil , para que puedan atender el programa en una forma integral realizando trabajos de promoción, supervisión ,captación y manejo de pacientes

Dirigidas al director del centro salud

- 2.-Se recomienda al director del centro de salud que realice un mejoramiento de protocolo para el llenado del expediente clínico que vaya de acuerdo a las normas de atención propias de la clínica materno -infantil y que sea de una estructuración practico y ordenado
- 3.- Se les recomienda que el personal que atiende los partos puedan tener acceso a la red de frio porque el estudio revela que un porcentaje de los recién nacidos no son vacunadas.
- 4.-Se necesita un estudio de satisfacción a la población para investigar la percepción que tiene la población sobre los servicios que brinda la Clínica materno infantil para evaluar y calidad, y además promocionar los servicios.

Al personal que labora en la Clínica materno-infantil

- 5.-Se recomienda al personal que labora en la clínica materno infantil Capacitación y Concientización del trabajo que realizan y que el trabajo lo hagan de acuerdo al cumplimiento de normas

XII.-BIBLIOGRAFÍA

1.-Constitucion de Honduras, sección, capítulo VII de la salud, articulo 145 a 150. Asamblea Nacional Constituyente, decreto número 131 (Gaceta N° 23612 del 20/1/1982) (emitido el 1/01/1982) Tegucigalpa, Honduras 1982

2.-Mision Institucional de la secretaria de salud de Honduras, enero del 2000

3.-Gobierno nacional de Honduras, Secretaría de salud, Lineamientos de políticas 1999-2002, enero de 1999, pagina 18.

4.-Gobierno nacional de Honduras, secretaria de salud, Lineamientos de políticas 1999-2002, enero 1999, pagina 17.

5.-Roles indelegables de la secretaria de salud de Honduras, enero del 2000

6.- Donabedian A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.

7.-Monografia grupal. Calidad de la atención médica. Curso Básico de Auditoría Médica. Marcela Delia, Marta Cantarell, Carla Florencia Di Giorgio, Marina Celeste Iglesias, Dra. Laura Cordero. Institución Médicos Municipales, Buenos Aires

Argentina. 11 de diciembre del 2006

8.-Secretaria de salud pública de Honduras. Dirección general de provisión de servicios de salud departamento de gestión de la calidad. Mejoramientos de la prestación de servicios de salud materno-infantiles. Estándares, indicadores e instrumentos de monitoreo de la calidad para clínicas maternas. Tegucigalpa. Junio del 2006.

9.- Universidad nacional autónoma de Nicaragua. Centro de investigaciones y estudios de la salud. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de la salud: Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa durante Noviembre 2,002.Tesis para optar al título de máster en salud pública. Autores: Yudy Carla Wong

Blandón Leyla del Carmen García Vega Edgar G. Rodríguez. Matagalpa – Nicaragua Diciembre 2,003

10.- 21. Wayne, Daniel. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 1,988, e LIMUSA, pág. 154 – 160.

11.-Secretaria de salud. Programa de reorganización institucional y de extensión de los servicios básicos de salud (PRIESS) Proyecto entrega de paquete básico de Salud en el municipio de Trojes.

12.- Informe trimestral de línea base región 7.Amigos de las Américas .03 Enero al 2 Abril 2005.

13.-Plan de Ordenamiento territorial, municipio de Trojes, departamento de El Paraíso. Elaborado por La Municipalidad de Trojes y centro de estudios Ambientales de Honduras, Septiembre del 2007.

14.-Marco Geográfico del municipio de Trojes .Municipalidad de Trojes, El Paraíso 2006.

15.-Plan de Ordenamiento territorial, municipio de Trojes, departamento de El Paraíso. Elaborado por La Municipalidad de Trojes y centro de estudios Ambientales de Honduras, Septiembre del 2007.

16.- Serie Organización y gestión de sistemas y servicios de salud N'. 10: Relatoría general sobre los programas de garantía de calidad de los servicios de salud en el marco de las reformas sectoriales, OPS/OMS, Argentina noviembre de 1997.

Calidad en los servicios de atención del parto puerperio y recién nacido. Clínica materno-infantil Trojes, El Paraíso, Hondura. Segundo semestre año 2008.Presentado por Dr. Marco Antonio Irías Gomes. Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua 2009

17.-Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, segunda Edición, julio de 1998. 17.-Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional,

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, segunda Edición, julio de 1998.

18.-Ver el Código de la Salud en su Libro III: De la Recuperación de la Salud, Título II: De las Instituciones de Salud, Artículos N° 156 a 171. Código de la Salud) Reglamento General de Salud Ambiental, Secretaría de Salud — OPS/OMS, Abril de 1999, Pág. 34 a 37.

19.- Sistemas de gestión de la calidad Elvira del Rivero México publicado: octubre 2002

20.-Diagnostico de salud. Trojes, El Paraíso Mayo, 2008. Monografía. Osiris M. Robelo. Previa opción al título de Licenciatura en enfermería. Universidad Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras. 2008

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES



MAESTRIA DE SALUD PUBLICA 2007- 2009

Formato sobre calidad de los servicios de atención del parto, puerperio y recién nacido en la Clínica Materno Infantil, Trojes, El Paraíso

I.- Características Socio demográficas de la población

1.-Nº de Expediente: _____ 2.-Nº de encuesta_____ 3.- Nº de Ficha: _____

4.-Fecha del Ingreso: _____ 5.-fecha de realización de encuesta_____

6.- Edad: _____ 7.- Procedencia: a.-Urbana_____ b.-Rural_____

8.-Accesibilidad _____

9.- Escolaridad: a.-Analfabeta_____ b.-Primaria_____ c.-Secundaria_____

d.-Técnica_____ e.-Universidad_____

10.- Estado Civil: a.-Soltera_____ b.-Casada_____ c.-Union libre_____

11.- Ocupación:a.-Ama de casa_____ b.-Comerciante_____ c.-Maestra_____

d.-Estudiante_____ e.-Universitaria_____ f.- Agricultora_____

II.-Calidad en la atención del parto en la clínica materno-infantil

1.-Control prenatal previo: a.- Si_____ b.- No_____

2.-Presenta diagnostico de ingreso: a.- Si_____ b.- No_____

3.-Realizacion de nota de ingreso: a.-Si_____ b.-No_____

4.-Abordaje de Historia Gineco-obstetra al momento del ingreso

a.- Si_____ b.- No_____

- 5.-Llenado de edad gestaciones a.-Si _____ b.-No _____
- 6.- Llenado de Historia Gineco –Obstetra a.-Si _____ b.-No _____
- 7.-Numero de mujeres que murieron durante el parto _____
- 8.-Aplicación de vacuna anti toxoide: a.- Si _____ b.-No _____
- 9.-Realizacion de exámenes laboratoriales: a.-Si _____ b.- No _____
- 10.-Administracion de suplementos vitamínicos a.-Si _____ b.- No _____
- 11.- Realización de examen físico al ingreso: a.- Si _____ b.- No _____
- 12.- Llenado correcto de parto grama: a.-Si _____ b.- No _____
- 13.-Realizacion de Examen ginecológico: a.-Si _____ b.- No _____
- 14.- Aplicación de oxitocina durante el tercer periodo del parto
- a.-Si _____ b.-No _____
- 15.-Quien atendió parto: a.-Medico b.- Enfermera c.-Partera d.-Ella misma
- 16.-Realizacion de masajes uterinos: a.-Si _____ b.-No _____
- 17.-Presentacion de desgarros vaginales: a.-Si _____ b.- No _____
- 18.- Se realizo Tracción y contra tracción del cordón umbilical:
- a.-Si _____ b.-No _____
- 19.- Aparecimiento de complicaciones durante el parto:
- a.- Si _____ b.- No _____ Cuales? _____
- 20.- Se hizo nota postparto: a.- Si _____ b.- No _____

III.-Calidad en la atención durante el puerperio en la clínica

- 1.- Toma de signos vitales: a.-Si _____ b.-No _____
- 2.- Llenado de notas de evolución: a.-Si _____ b.- No _____
- 3.- Llenado de nota de egreso o alta: a.-Si _____ b.- No _____
- 4.- Consejería Puerperal: a.-Si _____ b.-No _____
- 5.- Aparición de complicaciones: a.-Si _____ b.-No _____ Cual ? _____
- 6.-Tiempo de hospitalización: _____

IV.-Calidad en la atención del recién nacido

- 1.-Se realizó valoración vital del recién nacido: a.-Si _____ b.-No _____
- 2.-Toma de medidas antropométricas del recién nacido: a.-Si _____ b.-No _____
- 3.-Se realizaron maniobras de reanimación: a.-Si _____ b.-No _____
- 4.- Realización del examen físico del recién nacido: a.-Si _____ b.- No _____
- 5.- Aplicación de medicamento profiláctico al recién nacido: a.- Si _____ b.- No _____
- 6.- Aplicación de vacuna al recién nacido: a.- Si _____ b.- No _____
- 7.- Aparición de complicaciones en el recién nacido:
a.- Si _____ b.- No _____ Cuales ? _____
- 8.- Llenado completo de la hoja de identificación del recién nacido:
a.-Si _____ b.-No _____
- 9.- Mortalidad neonatal: a.-Si _____ b.-No _____

Tabla N°1

Asistencia según los diferentes meses a los servicios de atención del parto en la Clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras. Durante el segundo semestre del año 2008.

n=74

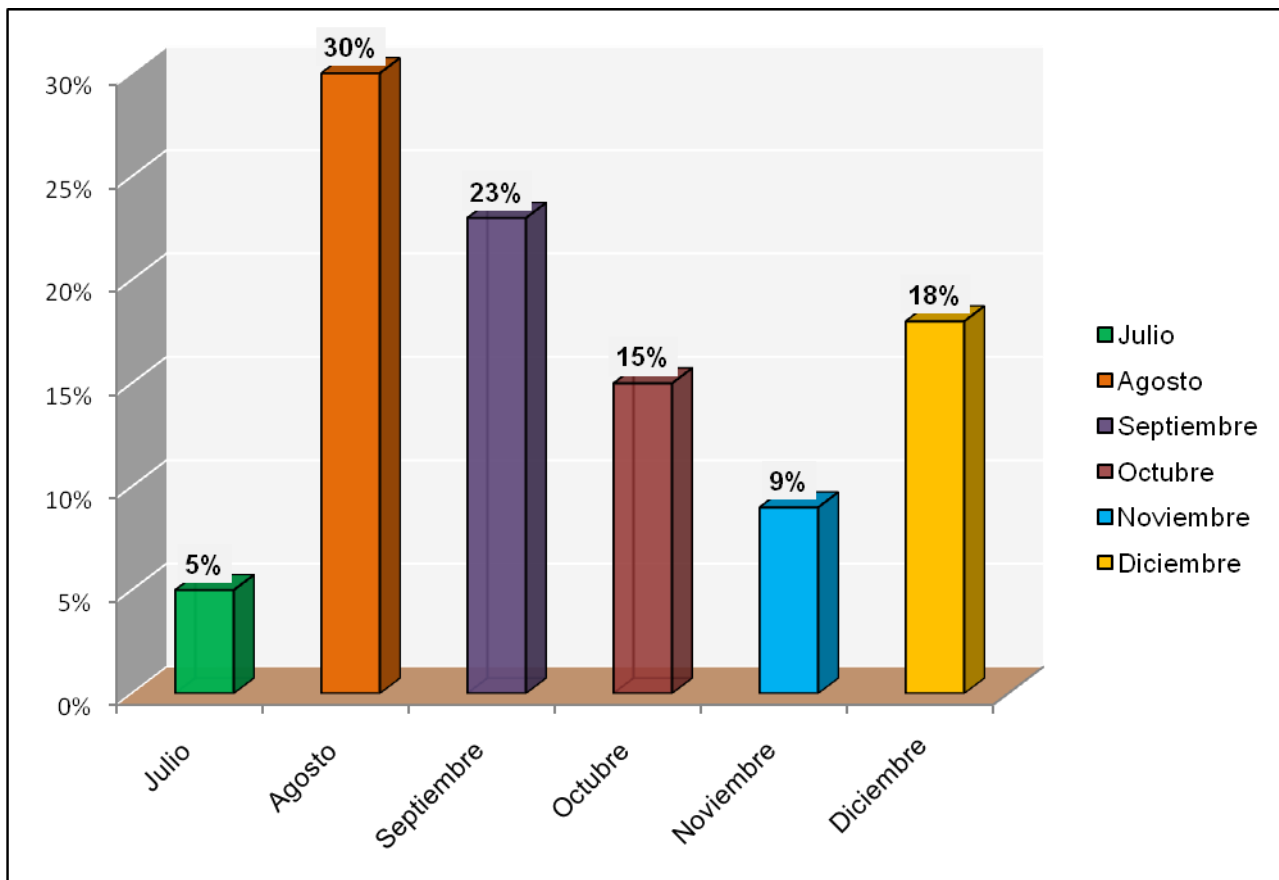
Mes	Frecuencia	Porcentaje
Julio	4	5
Agosto	22	30
Septiembre	17	23
Octubre	11	15
Noviembre	7	9
Diciembre	13	18
Total	74	100%

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°1

De asistencia a consulta según los diferentes meses del año durante el segundo semestre en la clínica materno infantil, Trojes, Honduras, año 2008.

n = 74



Fuente: Tabla N°1

Tabla N°2

Grupos de edad de las pacientes que asistieron a los servicios de atención de parto en la clínica materno- infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008,
n=74

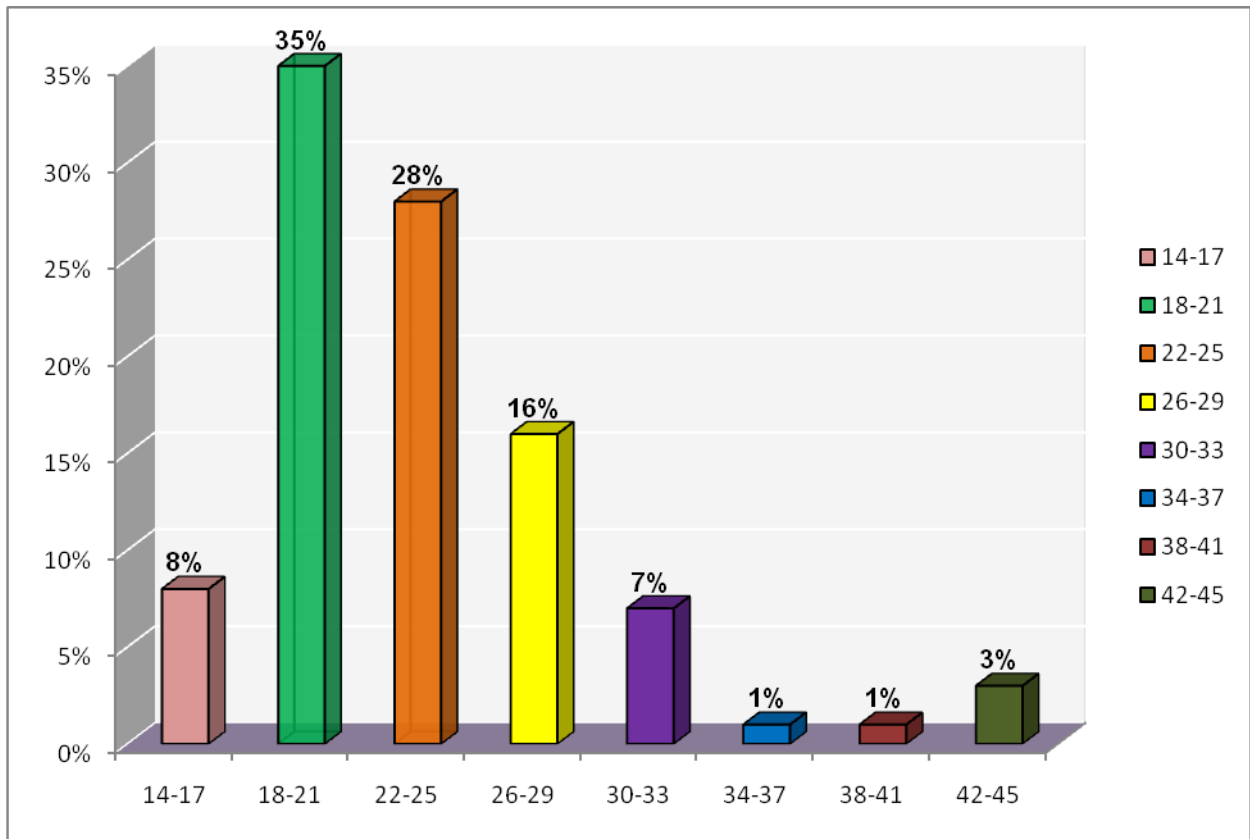
Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
14-17	6	8
18-21	26	35
22-25	21	28
26-29	12	16
30-33	5	7
34-37	1	1
38-41	1	1
42-45	2	3
Total	74	100%

Fuente: Expediente Clínico

Grafico N°2

Grupos de edad de las pacientes que asistieron a la clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras. en el segundo semestre de año 2008.

n=74



Fuente: Tabla N°2

Tabla N°3

Grupos de edad en relación a paridad de las pacientes que asistieron a la clínica materno-infantil, Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008.

n=74

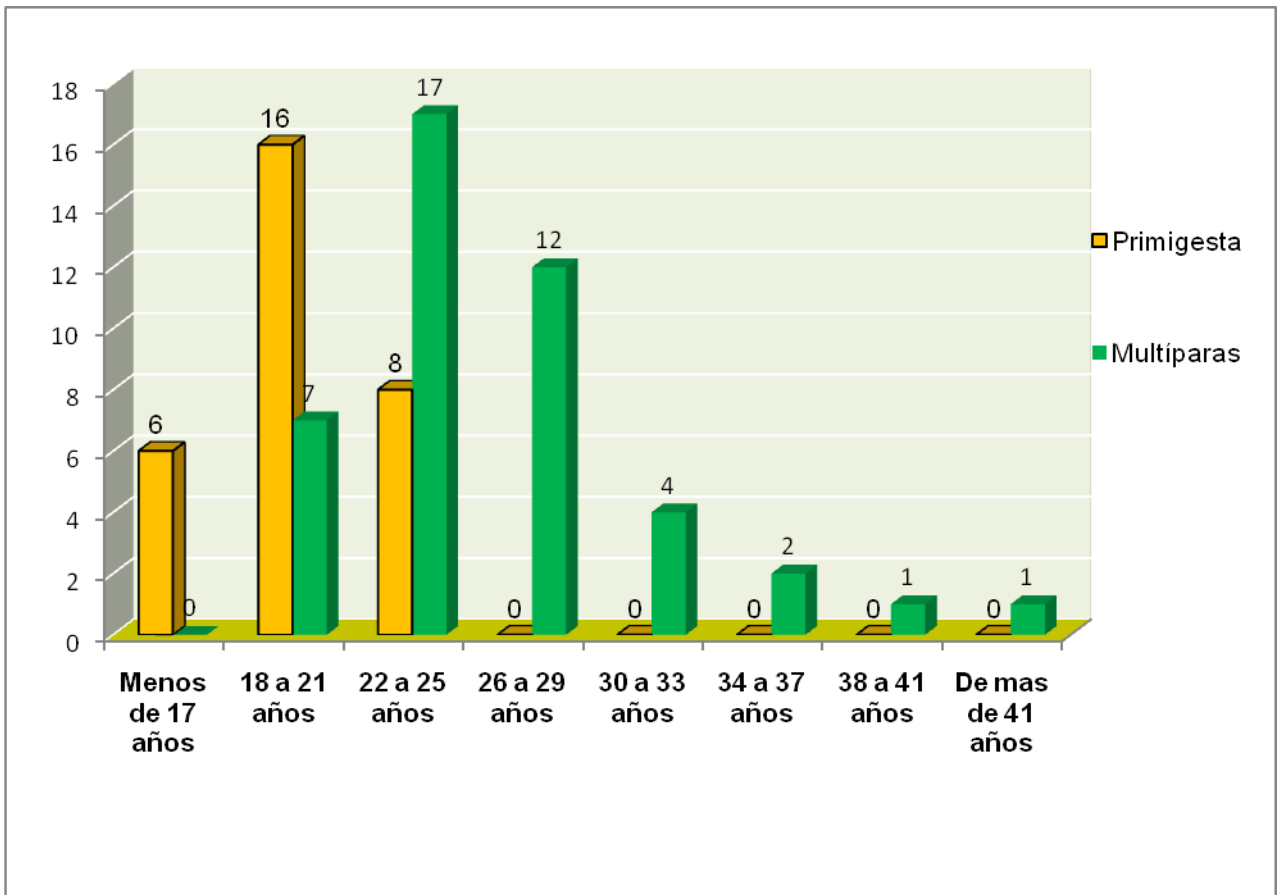
Edades	Primigesta	Múltiparas	Total
Menos de 17 años	6	0	6
18 a 21 años	16	7	23
22 a 25 años	8	17	25
26 a 29 años	0	12	12
30 a 33 años	0	4	4
34 a 37 años	0	2	2
38 a 41 años	0	1	1
De más de 41 años	0	1	1
Total	30	44	74

Fuente: Expediente Clínico

Grafico N°3

Grupos de edad en relación a paridad de las pacientes que asistieron a la clínica materno-infantil Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008.

n=74



Fuente: Tabla N°3

Tabla N°4

Estado civil de las pacientes que recibieron atención de parto en la clínica materno infantil, Trojes, El Paraíso, Honduras, Durante el segundo semestre del año 2008.
n=74

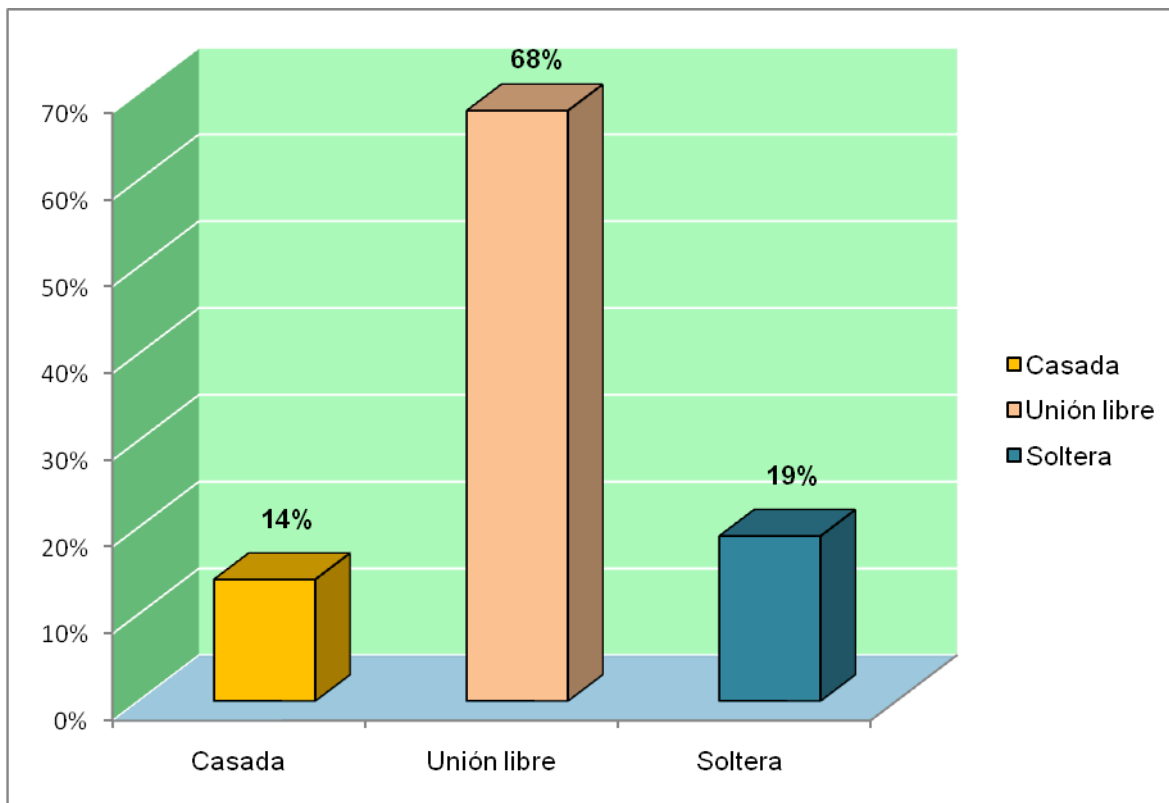
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	10	14
Unión libre	50	68
Soltera	14	19
Total	74	100%

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°4

Estado civil de las pacientes que recibieron atención de parto en la clínica materno infantil, Trojes, El Paraíso, Honduras, Durante el segundo semestre del año 2008.

n=74



Fuente: tabla N°4

Tabla N°5

Nivel de escolaridad de las pacientes que recibieron atención de parto en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008.

n=74

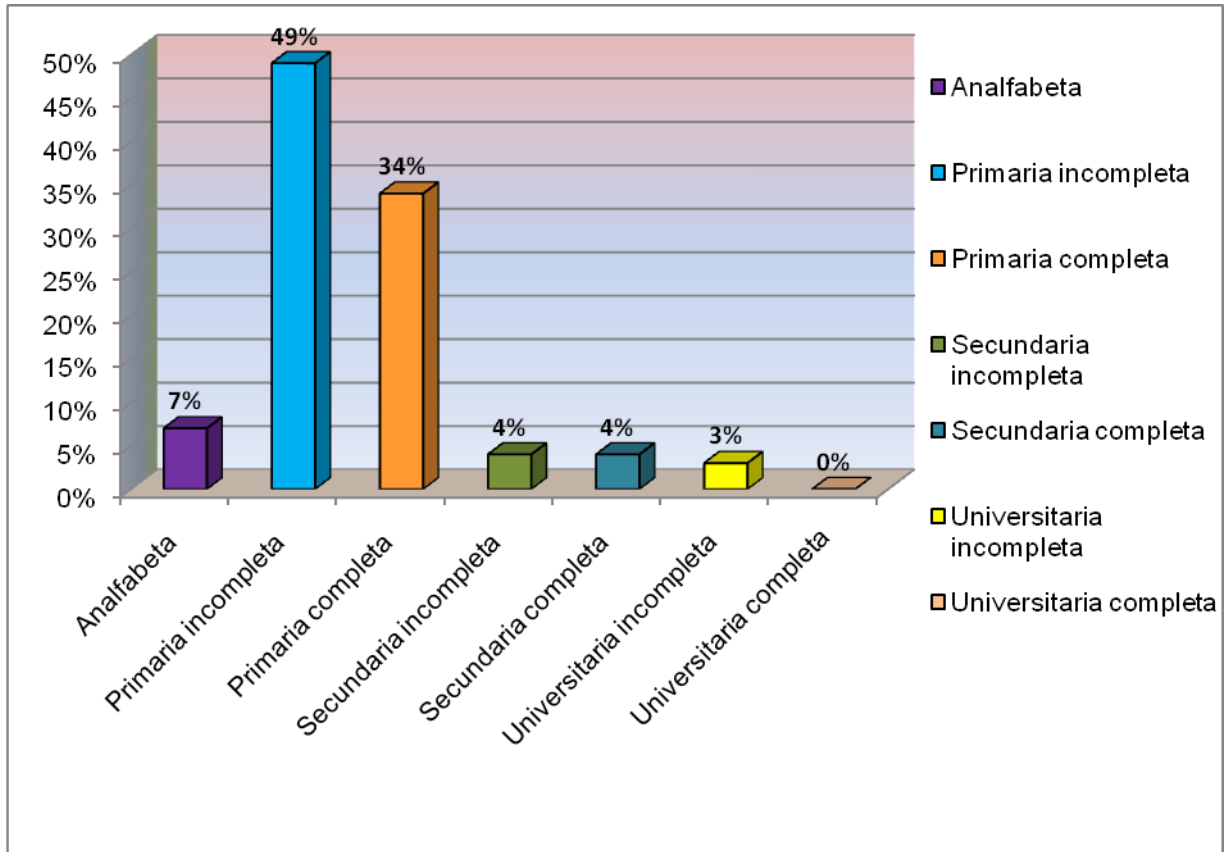
Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	5	7
Primaria incompleta	36	49
Primaria completa	25	34
Secundaria incompleta	3	4
Secundaria completa	3	4
Universitaria incompleta	2	3
Universitaria completa	0	0
Total	74	100%

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°5

Nivel de escolaridad de las pacientes que recibieron atención de parto en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008.

n=74



Fuente: Tabla N°5

Tabla N°6

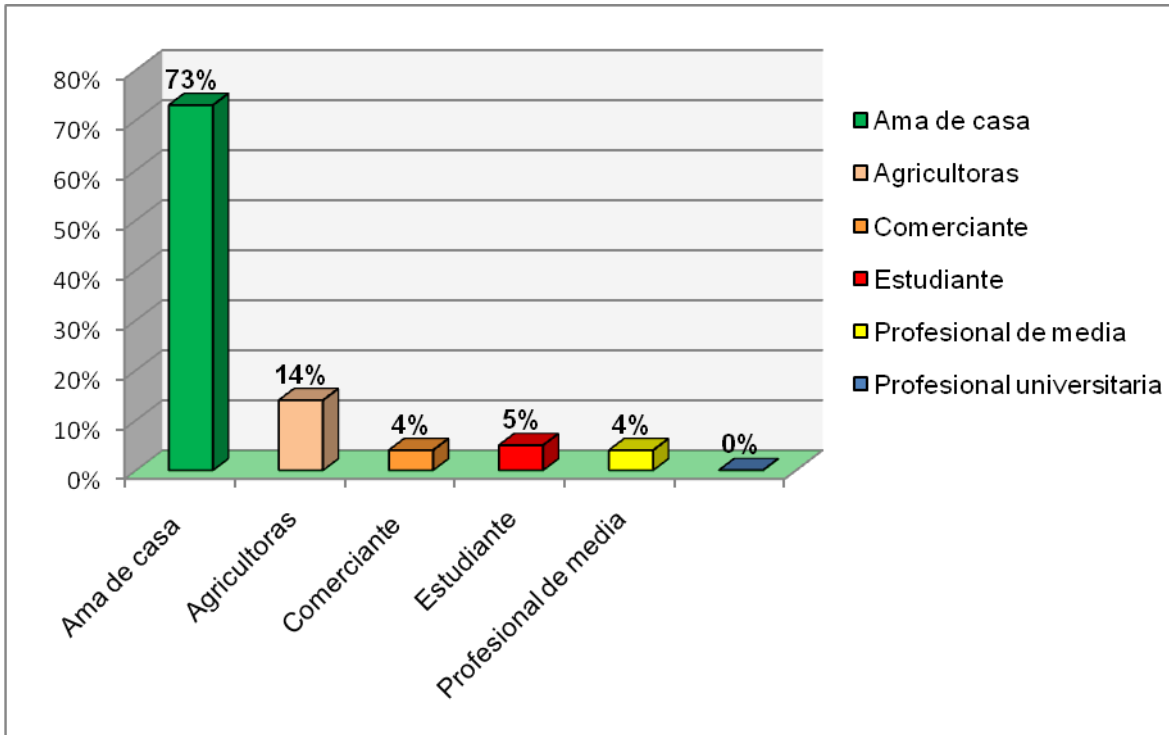
Ocupación de las pacientes que asistieron a los servicios de atención de parto a la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	54	73
Agricultoras	10	14
Comerciante	3	4
Estudiante	4	5
Profesional de media	3	4
Profesional universitaria	0	0
Total	74	100%

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°6

Ocupación de las pacientes que asistieron a los servicios de atención de parto a la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras
n=74



Fuente: Tabla N°6

Tabla N°7

Calidad en los servicios de atención del parto, puerperio y recién nacido. Clínica materno-infantil. Trojes, El Paraíso, Honduras. Segundo semestre año 2008 Presentado por Dr. Marco Antonio Irías Gomes. Ocotol, Nueva Segovia, Nicaragua 2009.

Procedencia de las usuarias que asistieron a atención de parto en la clínica materno-Infantil de Trojes El Paraiso, Honduras, en el segundo semestre del año 2008

n=74

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Betania	3	4.0
Boca de Rio Coco	3	4.0
Boqueron	1	1.3
Buena Vista y Santa Fe Planes	3	4.0
Buenos Aires	1	1.3
Cayantu	1	1.3
Cifuentes	2	2.7
El Edén	1	1.3
El Guineo	1	1.3
Españolito	1	1.3
Guano	1	1.3
La Florida	1	1.3
La Fortuna	1	1.3
La Paz	1	1.3
La Unión de los Limones Olancho	1	1.3
La vigía	1	1.3
Las Cumbres	1	1.3
La Unión Santa Fe	1	1.3
Las Mercedes	1	1.3
Las Mesas	1	1.3
Las Vegas Arenales	1	1.3
Los Tablones	1	1.3
Maquengales	4	5.4
Miraflores	1	1.3
Moría	1	1.3
Prado	1	1.3
Pueblo Nuevo	3	4.0
Quebrada Arriba Cifuentes	2	2.7
Rancho Grande	1	1.3
Rio Arriba	2	2.7
San Manuel	1	1.3
Solimar	1	1.3
Trojes	24	32.4
Yamales	2	2.7
Zepeda	1	1.3
Total	74	100 %

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N°8

Tiempo de acceso a los servicios de atención de parto en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008.

n=74

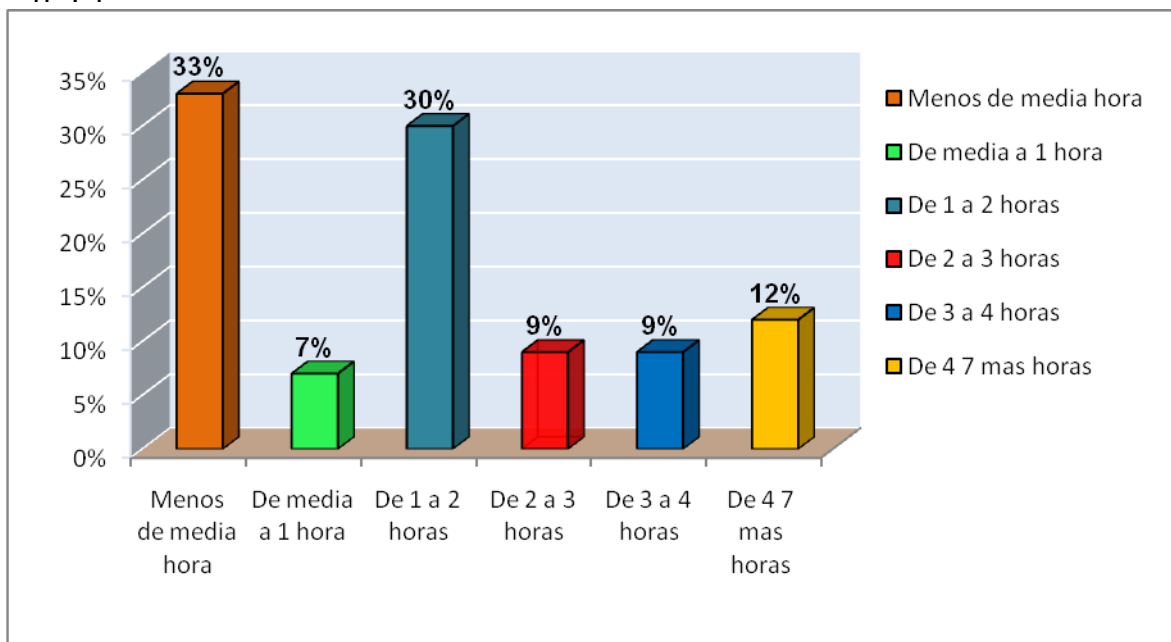
Tiempo de acceso	Frecuencia	Porcentaje
Menos de media hora	24	33
De media a 1 hora	5	7
De 1 a 2 horas	22	30
De 2 a 3 horas	7	9
De 3 a 4 horas	7	9
De 4 7 más horas	9	12
Total	74	100%

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°8

Tiempo de acceso a los servicios de atención de parto en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008.

n=74



Fuente: Tabla N°8

Tabla N°9

Variables socio demográficas de las mujeres que fueron atendidas de parto en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del 2008.

Asistencia a atención de parto	Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre					
		4	5%	22	30%	17	23%	11	15%	7	9%	13	18%			
Grupos de edad	14-17		18-21		22-25		26-29		30-33		34-37		38-41		42-45	
	6	8%	26	35%	21	28%	12	16%	5	7%	1	1%	1	1%	2	3%
Estado civil	Casada				Unión libre				Soltera							
	10		14%		50		68%		14		19%					
Nivel de escolaridad	Analfabeta		Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria incompleta		Secundaria completa		Universitaria incompleta		Universitaria completa			
	5	7%	36	49%	25	34%	3	4%	3	4%	2	3%	0	0%		
Ocupación	Ama de casa		Agricultura		Comerciante		Estudiante		Profesional de media		Profesional de universitaria					
	54	73%	10	14%	3	4%	4	5%	3	4%	0	0%				
Zona de procedencia	Urbana						Rural									
	24			32%			50			68%						
Tiempo de acceso	Menos de media hora		De media a 1 hora		De 1 a 2 horas		De 2 a 3 horas		De 3 a 4 horas		De 4 y mas horas					
	24	33%	5	7%	22	30%	7	9%	7	9%	9	12%				

Fuente: Expediente clínico

Tabla N°10

Tipos de diagnostico de ingreso de las pacientes que se atendieron en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008.

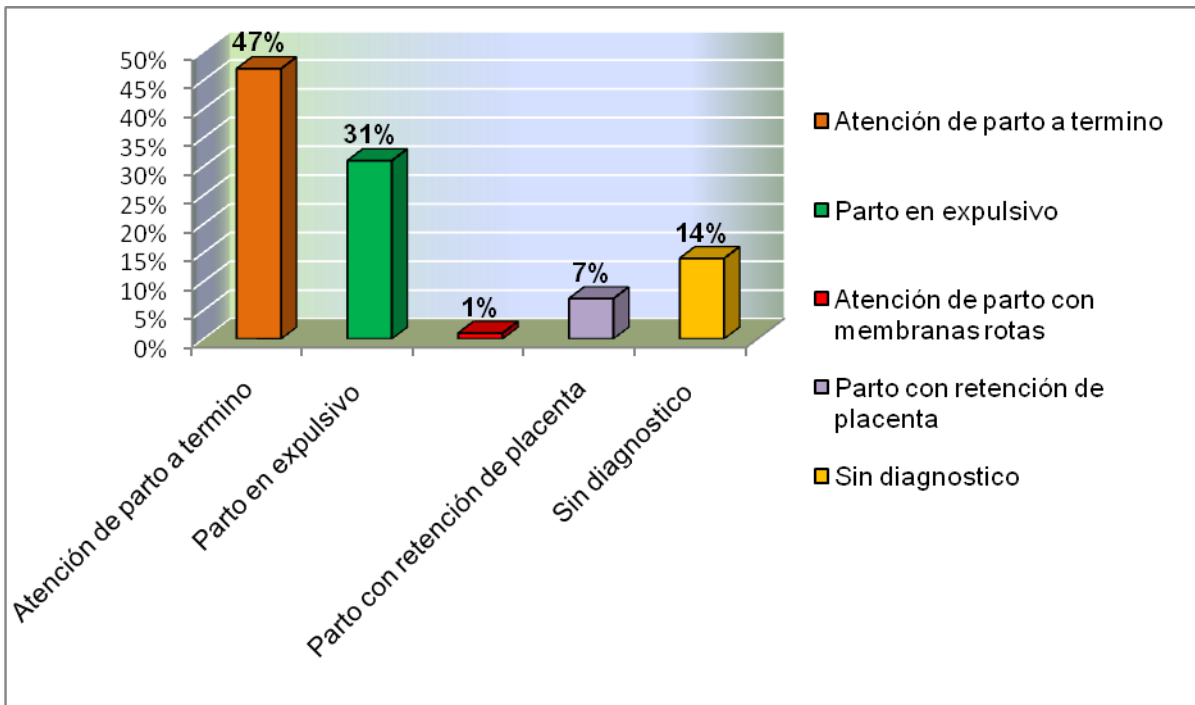
n=74

Diagnostico de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Atención de parto a termino	35	47
Parto en expulsivo	23	31
Atención de parto con membranas rotas	1	1
Parto con retención de placenta	5	7
Sin diagnostico	10	14
Total	74	100%

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°10

Tipos de diagnostico de ingreso de las pacientes que se atendieron en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008.



Fuente: Tabla N°10

Tabla N°11

Tipos de complicaciones que presentaron las mujeres que parieron en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras y la acción que realizo el personal durante el segundo semestre del año 2008.

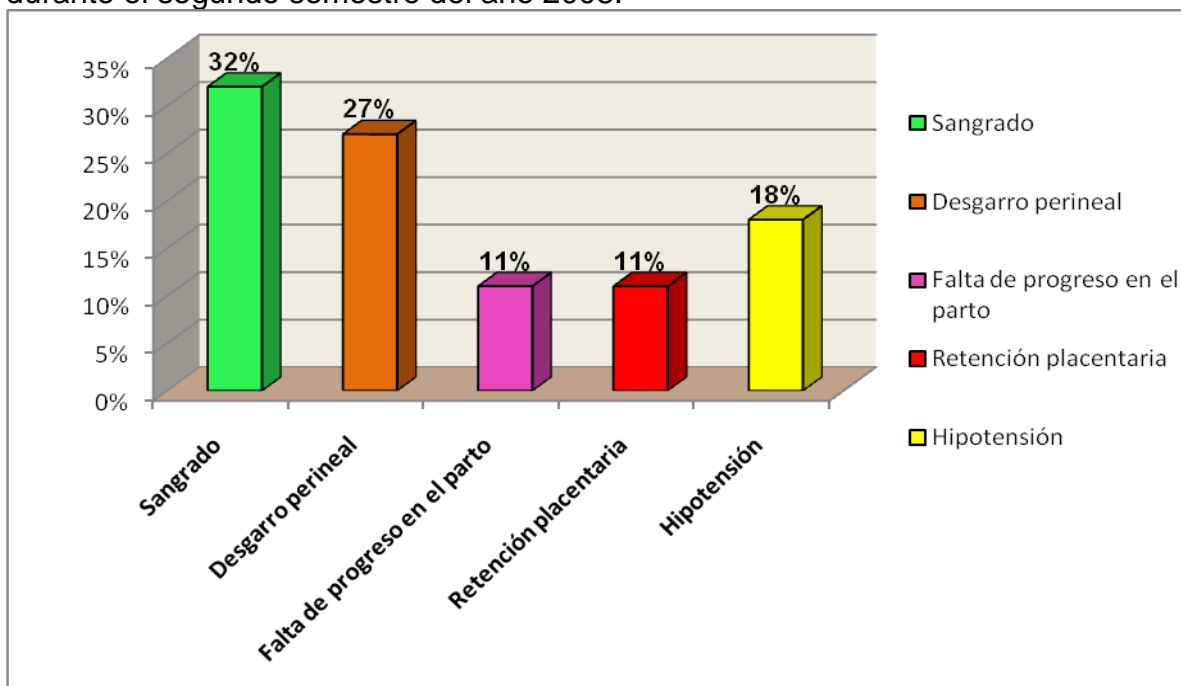
N=74

Tipo de complicación	Frecuencia	Porcentaje	Acción frente a complicación
Sangrado	14	32	Resuelta
Desgarro perineal	12	27	Resuelta
Falta de progreso en el parto	5	11	Referida
Retención placentaria	5	11	Resuelta
Hipotensión	8	18	Resuelta
Total	44	100%	

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°11

Tipos de complicaciones que presentaron las mujeres que parieron en la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras y la acción que realizo el personal durante el segundo semestre del año 2008.



Fuente: Tabla N°11

Tabla N°12

Variables de cuadro comparativo sobre la calidad en la atención del parto en las pacientes que asistieron a la clínica Materno-infantil, Trojes El Paraíso, Honduras, durante el Segundo semestre del 2008

n=74

Variables	Porcentajes	
	Respuesta de aproximación ideal	Respuesta no ideal
Control prenatal previo	82	18
Diagnostico de ingreso	86	14
Nota de ingreso	92	8
Historia Gineco-obstetra	88	12
Toma de signos vitales	93	7
Examen físico	91	9
Examen ginecológico	89	11
Auscultación fetal	86	14
Exámenes de laboratorio	27	73
Citología	91	9
Prueba de HIV	14	86
Llenado de partograma	77	23
Aplicación de oxitócica	86	14
Aplicación de vacuna toxoide	85	15
Masaje uterino	7	93
Tracción y contra tracción del cordón Umbilical	7	93
Técnica asepsia y antisepsia	89	11
Muestra de sangre del cordón umbilical	81	19
Complicaciones	41	59
Atención por medico	7	93
Nota postparto	91	9

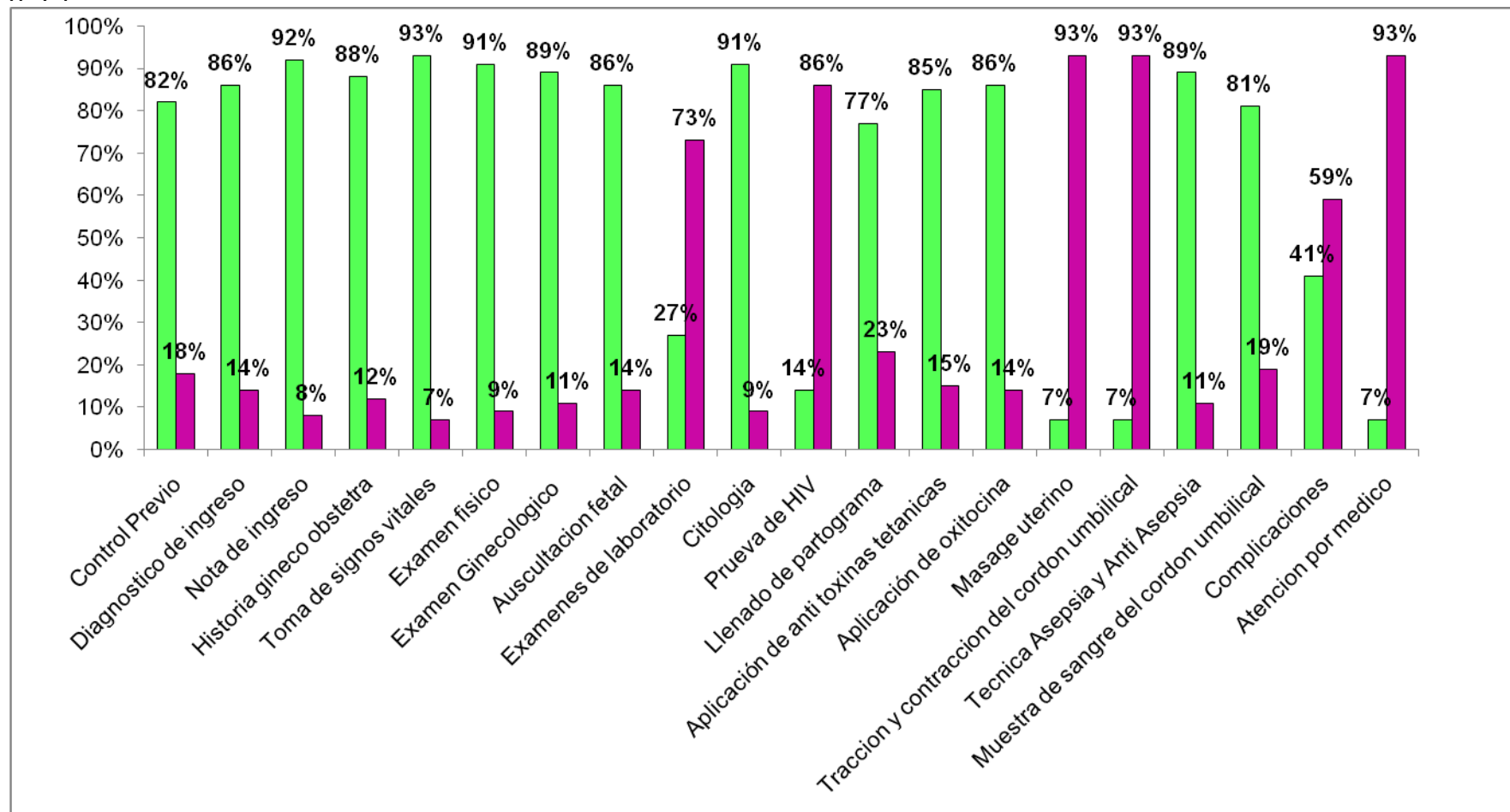
Fuente: Expediente clínico

Calidad en los servicios de atención del parto, puerperio y recién nacido. Clínica materno-infantil. Trojes, El Paraíso, Honduras. Segundo semestre año 2008 Presentado por Dr. Marco Antonio Irías Gomes. Ocotol, Nueva Segovia, Nicaragua 2009.

Grafico N°12

Variables de cuadro comparativo sobre la calidad de la atención del parto en las mujeres que asistieron a la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, durante el segundo semestre del año 2008.

n=74



Fuente: Tabla N°12

Calidad en los servicios de atención del parto, puerperio y recién nacido. Clínica materno-infantil. Trojes, El Paraíso, Honduras. Segundo semestre año 2008 Presentado por Dr. Marco Antonio Irías Gomes. Ocotral, Nueva Segovia, Nicaragua 2009.

Tabla N°13

Cuadro comparativo sobre las variables de calidad en la atención puerperal, en las pacientes que asistieron a la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, en el segundo semestre del año 2008.

n=74

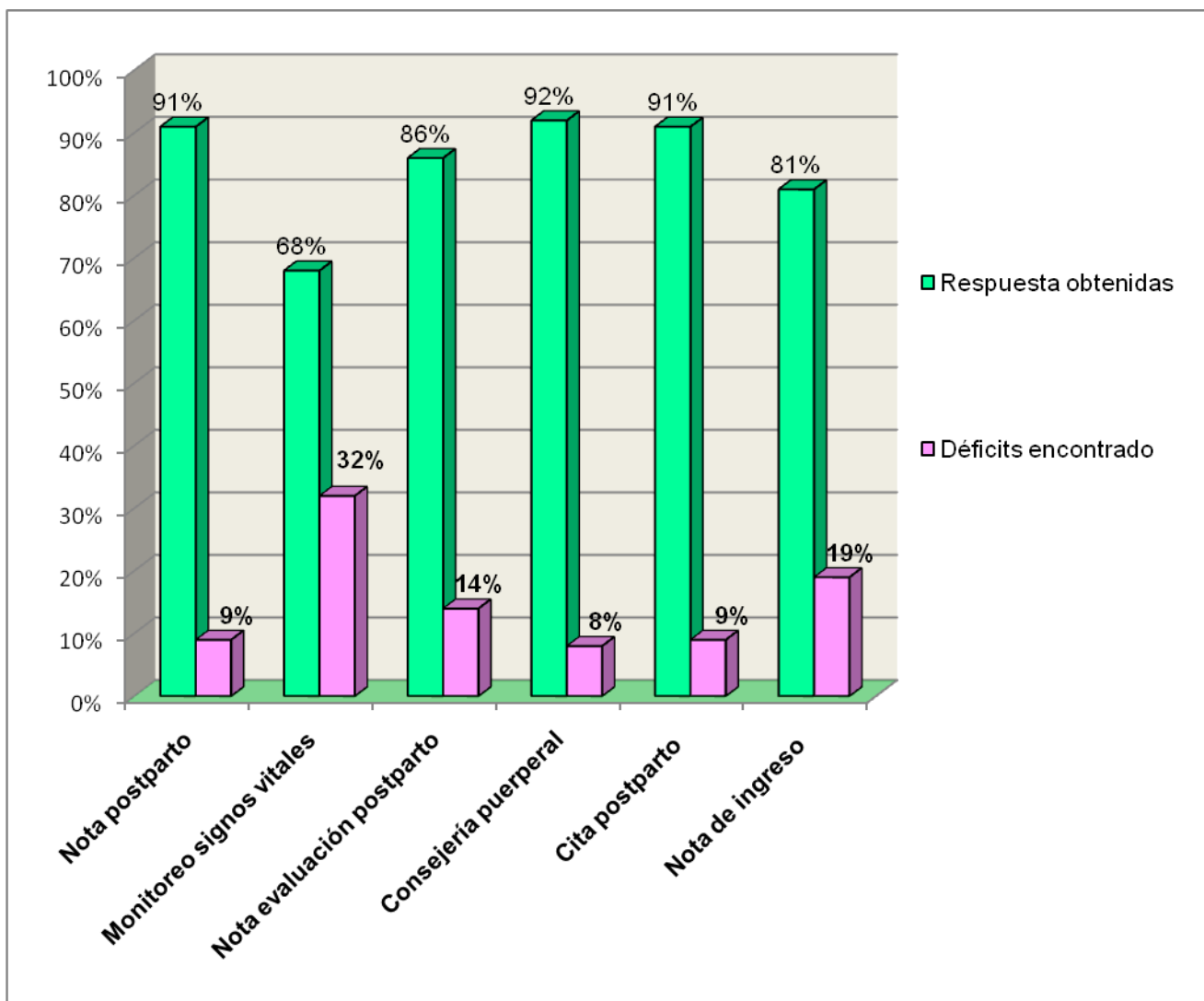
Variables	Porcentaje	
	Respuesta obtenidas	Déficits encontrado
Nota postparto	91	9
Monitoreo signos vitales	68	32
Nota evaluación postparto	86	14
Consejería puerperal	92	8
Cita postparto	91	9
Nota de ingreso	81	19

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°13

Cuadro comparativo sobre las variables de calidad en la atención puerperal, en las pacientes que asistieron a la clínica materno-infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras. en el segundo semestre del año 2008.

n=74



Fuente: Tabla N°13

Tabla N°14

Cuadro comparativo sobre las variables de calidad en la atención del recién nacido en los pacientes que asistieron a la Clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, en el segundo semestre del año 2008.

n=74

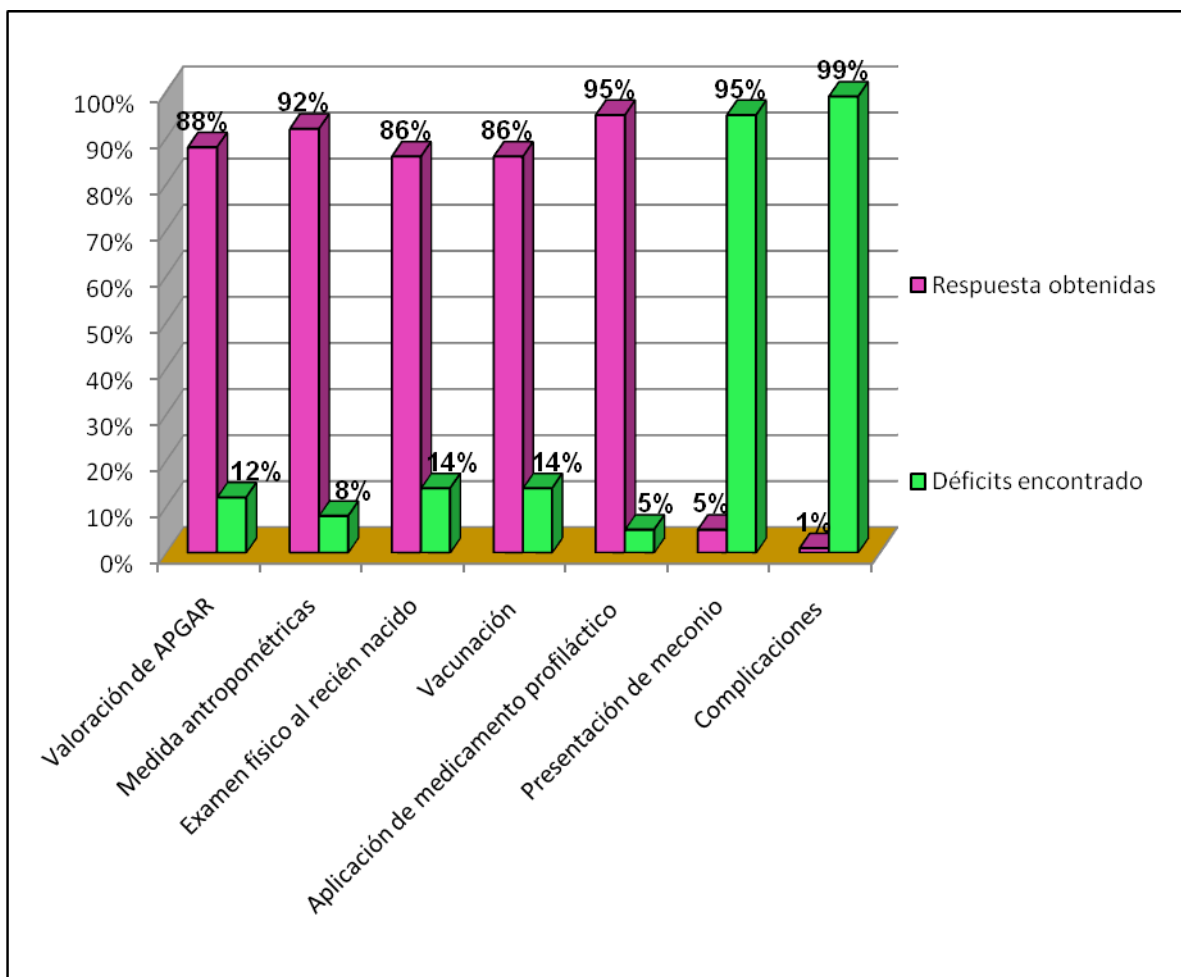
Variables	Porcentaje	
	Respuesta obtenidas	Déficits encontrado
Valoración de APGAR	88	12
Medidas antropométricas	92	8
Examen físico al recién nacido	86	14
Vacunación	86	14
Aplicación de medicamento profiláctico	95	5
Presentación de meconio	5	95
Complicaciones	1	99

Fuente: Expediente clínico

Grafico N°14

Cuadro comparativo sobre las variables de calidad en la atención del recién nacido en la pacientes que asistieron a la clínica materno infantil de Trojes, El Paraíso, Honduras, en el segundo semestre del año 2008.

n=74



Fuente: Tabla N°14

Clínica materno –infantil de Trojes, El Paraíso.Honduras



Parque Central de Trojes y calle principal del comercio

