



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN CUIDADOS  
OBSTETRICOS DE EMERGENCIA BRINDADOS POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERIA, UNIDAD DE EMERGENCIA DE GINECOBSTERICIA,  
HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO DE TEGUCIGALPA, HONDURAS,  
ABRIL 2014**

**Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública**

**Autora: Lic. Olga Edith Almendares**

**Tutor: Dra. Marcia Ibarra**

**Tegucigalpa Honduras, Abril 2014**

## **i. AGRADECIMIENTOS**

Se agradece a las autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, del Hospital Escuela Universitario por brindarme la oportunidad de concluir con mis estudios de post grado.

Se agradece la valiosa colaboración del personal de enfermería de la Emergencia de ginecobstetricia del Hospital Escuela Universitario en la realización de esta investigación, a la Lic. Mirna Maradiaga y Lic. Esther Carolina Aceituno, Lic. Silvia Acosta gracias por su apoyo.

A los docentes del CIES que compartieron sus valiosos conocimientos y experiencias en la Salud Pública, a la Dra. Marcia Ibarra mi querida y apreciada asesora que salvó mi vida, que con sus sabios consejos y guía logré culminar este trabajo.

## **ii. DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a DIOS por soportar todas las cosas, el me dio la fortaleza para continuar y enfrentar todas las dificultades que se han presentado en el camino de la superación profesional y humana.

A mi hija amada por ser la persona más importante en mi vida y ser la fuerza que me motiva a continuar explorando las sendas del conocimiento, a mis padres y hermanos por sus cuidados y estar siempre pendientes de mis necesidades y apoyando mis proyectos de vida.

### **iii. RESUMEN**

Este documento presenta los resultados de la investigación conocimientos actitudes y prácticas en cuidados obstétricos de emergencia brindados por el personal de enfermería, unidad de emergencia de ginecobstetricia, Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa, Honduras, abril 2014.

Esta investigación se realizó en la Emergencia de Ginecobstetricia del Hospital Escuela Universitario y su objetivo primordial era el de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería de esta unidad de salud en cuidados obstétricos de emergencia, también se trató, identificar sus conocimientos y actitudes y describir las prácticas; Consta de varios capítulos, los cuales están estructurados de la siguiente forma:

Justificación y Antecedentes. Este capítulo contiene una breve caracterización sobre la situación de la mortalidad materna en Honduras y de las estrategias hasta ahora emprendidas para combatirla. Así mismo ubica la situación hondureña en el marco de las iniciativas internacionales desarrolladas al respecto.

Marco de referencia. Aquí se presentan los cuerpos de teoría que facilitaron el análisis, estos son el enfoque de equidad de género, el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, las estrategias que se están abordando como país para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, se realiza una amplia discusión sobre los aspectos en la implementación de los centros para el cuidado obstétrico de emergencia COEm y relacionarlo con los cuidados que brinda el personal de enfermería en esta unidad.

Metodología. Este estudio es descriptivo de corte transversal donde se Determinaran los conocimientos, actitudes y prácticas en cuidados obstétricos de emergencia que tiene el personal de enfermería que labora en la unidad de emergencia de Ginecobstetricia del Hospital Universitario, contiene una

descripción de la metodología utilizada, La información se obtendrá de un cuestionario semi estructurado para el personal auxiliar de enfermería y otro instrumento de observación de la atención que brinda el personal de enfermería.

La muestra es el 100% del personal auxiliar de enfermería que labora en esta unidad; con el primer instrumento se pretende identificar los conocimientos y la actitud en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería y con el segundo instrumento se pretende describir las prácticas en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería.

Se informará al personal de enfermería del objetivo del estudio y la información obtenida será para usos de la investigación y de posibles intervenciones que mejoren los servicios obstétricos en el Hospital.

Contiene los resultados de la muestra estudiada, conclusiones, el análisis de los datos recabados y que sirven de la base para las recomendaciones planteadas en éste informe.

Al final se adjunta listado de la bibliografía consultada, así como los instrumentos de recolección de información utilizados durante la investigación.

## INDICE

Agradecimiento.....	i
Dedicatoria.....	ii
Resumen.....	iii
<b>I.INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II.ANTECEDENTES .....</b>	<b>3</b>
<b>III.JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>9</b>
<b>V. OBJETIVO .....</b>	<b>10</b>
5.1. Objetivo General: .....	10
5.2. Objetivos específicos:.....	10
<b>VI. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....</b>	<b>11</b>
En Honduras, no existe un sistema eficiente de información que mantenga los datos de mortalidad materna actualizados, la última encuesta sobre este tema fue realizada en 1997 y las últimas estimaciones se realizaron en el 2000, aun con toda esta problemática de la información las estimaciones revelan que ha habido una reducción importante en la tasa de 182 en 1990 a 108 en 1997, siendo las principales causas; la hemorragia, los trastornos hipertensivos y la infección (7).....	16
<b>Capacitación de parteras tradicionales .....</b>	<b>21</b>
<b>Manual de normas de atención integral para los y las adolescentes.....</b>	<b>23</b>
<b>Norma de la atención post aborto.....</b>	<b>25</b>
<b>El camino hacia la muerte materna.....</b>	<b>27</b>
<b>Desarrollando un plan de acción .....</b>	<b>37</b>
<b>Principios del proceso de mejoramiento de la calidad.....</b>	<b>38</b>
<b>VII DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>56</b>
<b>VIII. RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
PRIMERA ENCUESTA .....	58
Segunda Encuesta .....	63
<b>IX. ANALISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
<b>X. CONCLUSIONES .....</b>	<b>68</b>
<b>XI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>69</b>
<b>XII. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>70</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>1</b>
<b>MODELO EXPLICATIVO .....</b>	<b>2</b>
<b>TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: .....</b>	<b>3</b>
<b>Valorar las actitudes del personal de enfermería en los cuidados obstétricos de emergencia.....</b>	<b>14</b>
<b>MODELO EXPLICATIVO .....</b>	<b>15</b>
<b>Gráficos y tablas .....</b>	<b>15</b>

## **I. INTRODUCCIÓN**

Honduras como país que suscribió la Declaración del Milenio en el año 2000, ha realizado esfuerzos importantes para el logro de las Metas de los Objetivos de Desarrollo Del Milenio (ODM). Así es que la secretaria de salud ha trabajado en la elaboración de políticas y planes estratégicos en lo que respecta al logro del objetivo número 5 que es el de la mejora de la salud materna en tres cuartas partes. Para el abordaje de los problemas de salud materna y mortalidad, en abril del 2008 se suscribió el acuerdo 450 para poner en vigencia la estrategia de la reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez RAMNI y se propuso que para el año 2015 reducir la mortalidad materna de 108 a 45 por 100,000 nacidos vivos y que el parto sea institucional en un 85%, también se estableció la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales CONE que fue aprobada en la gaceta el 6 de julio del 2007 y que esta implementada en 6 Hospitales regionales del país.

Las normas nacionales para la atención Materno – Neonatal entraron en vigencia a partir del 2011 y son las que orientan y dan las pautas para brindar una atención obstétrica de emergencia de calidad, mismas que tienen que estar implementadas en todas las unidades que se da atención materna, desde el medico obstetra, médico general, licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería, ayudantes de enfermería y de Hospital , aseadoras incluso los vigilantes que son los que tienen el primer contacto con las usuarias y que pueden generar demora en la atención deben conocerla de acuerdo a su nivel de desempeño y competencia.

El Hospital Escuela Universitario es un Hospital de tercer nivel, en él se encuentra la unidad de Emergencia de Ginecobstetricia, aquí se atiende a usuarias que llegan espontáneamente o con referencias de todo el país, por lo que el personal de enfermería que se desempeña en esta unidad debe tener los

conocimientos y actitudes necesarias para brindar una atención de calidad, esta es la razón de querer evaluar en esta unidad asistencial los cuidados obstétricos brindados por el personal de enfermería, determinar los conocimientos, las actitudes y prácticas en la atención obstétrica y con los resultados que se obtengan elaborar planes y programas dirigidos a eficientar la atención que brinda este personal de salud .

## II. ANTECEDENTES

La enfermería es una disciplina que se ha encargado del cuidado de las personas en desequilibrio de salud y en la ausencia de dolencias, a través de sus diversas funciones entre las que se destaca la promoción de la salud prevención de la enfermedad y atención al individuo enfermo. El personal de enfermería, como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal, ético, creativo y solidario a las personas en el proceso salud-enfermedad, a los pacientes, a sus familiares y a la sociedad en general, que precisa una atención adecuada. (1)

Los servicios obstétricos de emergencia son importantes para atención oportuna de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, el personal de salud involucrado en esta atención debe estar preparado tanto en la parte científica, ética, emocional y humana ; en nuestro país se da prioridad para que el personal médico este bien capacitado en estos cuidados, el personal de enfermería recibe cursos esporádicos y no programados de acuerdo a necesidades educativas en esta área , por lo que es importante evaluar los conocimientos ,actitudes y prácticas en cuidados obstétricos que tiene este personal , se realizó revisión bibliográfica en busca de investigaciones sobre cuidados obstétricos de emergencia en Honduras y se encontró un artículo del Dr. Juan Pérez(16),donde se analiza la situación de la atención obstétrica de emergencia en Honduras y menciona que se un estudio realizado en marzo del 2003 sobre disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia en 27 Hospitales de Honduras (25) hospitales de la Secretaria de Salud y 2 hospitales del (I.H.S.S.) con datos del 2002 y se encontró una serie de carencia de infraestructura hospitalaria, equipo y materiales en todos los hospitales. En general todos los hospitales cuentan con algún personal capacitado en las Normas de Atención Integral a la Mujer y en el Protocolo de Manejo de las Emergencias Obstétricas, especialmente personal médico. Doce de los 27 hospitales cuentan con Comités de Mortalidad Materna funcionando, por lo que

se requiere organizarlos en más de la mitad de los hospitales. El análisis de los indicadores de procesos dio los siguientes resultados:

Indicador 1: de los 27 hospitales 5 no cumplen los criterios para ser clasificados como establecimientos COEm ampliados: Hospital Salvador Paredes en Trujillo, Hospital de Roatán, Hospital de Puerto Lempira, Maternidad del Hospital General San Felipe, Maternidad del Hospital Leonardo Martínez, estos dos últimos son para atención de partos de bajo riesgo por lo que no les permite realizar las ocho funciones necesarias para ser clasificados como COEm. Cinco de los hospitales funcionan las 24 horas del día y de éstos tres son de la Secretaría de Salud y Dos son del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). No se encontraron establecimientos de COEm básicos.

Indicador 2: Según su población Honduras debería contar con al menos 12 establecimientos COEm ampliados y 55 básicos y aunque cuenta con más establecimientos COEm ampliado de lo requerido no lo son las 24 horas del día y por su ubicación no son completamente accesibles a la población que requiere de sus servicios, llegando a los hospitales un número menor al esperado de mujeres con complicaciones obstétricas.

Indicador 3: La distribución geográfica de los hospitales COEm refleja falta de cobertura en la zona oriental del país es decir, en los departamentos de Colón, Olancho, Gracias a Dios y El Paraíso.

Indicador 4: Los hospitales clasificados como COEm que menos satisfacen las necesidades de atención a complicaciones son el IHSS de Tegucigalpa, el Hospital San Isidro de Tocoa Colón y el Hospital Juan Manuel Gálvez de Gracias Lempira.

Indicador 5: Tres de los hospitales sobrepasan el límite del 15% de cesáreas y 8 de ellos no llegan al 5% mínimo aceptable. La Región Metropolitana sobrepasa el límite esperado de cesáreas en 2 puntos, probablemente porque es un

hospital nacional al que son referidas las complicaciones de otras regiones de salud, algunas de las cuales son resueltas mediante cesáreas. Las regiones sanitarias 1 y 4 no llegan al límite inferior esperado.

Indicador 6: Todos los hospitales calificados como COEm tienen tasas de letalidad menores al 1%, por lo que están dentro del rango aceptable. El Hospital Manuel de Jesús Subirana en Yoro y el hospital de Puerto Lempira sobrepasan el límite máximo del 1%. Sin embargo, debemos recordar que las complicaciones obstétricas no están llegando como se esperaría a los hospitales. La evaluación y monitoreo de este estudio que sirvió como línea base para realizar gestiones gubernamentales y comunitarias para dar respuestas a las necesidades étnicas, de género, culturales y sociales, que tienen las mujeres que acuden a nuestros servicios de salud (16)

En esta revisión bibliográfica se analizan los establecimientos de salud que están cumpliendo con los indicadores de proceso coEm y que el personal médico es el que se encuentra más capacitado en atención obstétrica de emergencia.

No se encontró estudios dirigidos a evaluar los cuidados obstétricos de emergencia brindados por el personal de enfermería de Honduras, por lo que se realizó revisión bibliográfica en otros países encontrando un estudio en la

Universidad de Carabobo Venezuela sobre “la actitud del personal de Enfermería durante el cuidado ofrecido a la paciente obstétrica, en el Instituto Venezolano de Seguridad Social (1) y concluye lo siguiente:

En cuanto La relación existente entre la enfermera y paciente obstétrica se muestra tanto favorable como desfavorable, con respecto a los cuidados que se le deben brindar, ya que las enfermeras (os) de esta institución tienen el conocimiento de cuidado correspondiente para dichas pacientes mas no lo ponen en práctica debido a la alta demanda de partos que se presentan a diario

dentro de la referida institución, donde posteriormente se puede evidenciar como el 100% de las enfermeras encuestadas casi nunca ofrecen los cuidados integrales y pertinentes a las pacientes obstétricas.

Así mismo describiendo los cambios de personalidad, en cuanto a la hostilidad, el mal trato tanto (físico, como psicológico) de las enfermeras también se pudo observar y además referido, que la demanda diaria y excesiva de partos hace que se despeguen de su vocación de servicio.

En este estudio se identificó que la alta demanda en la atención obstétrica influye para que no se brinden los cuidados oportunos a las usuarias, esto puede generar descuidos, omisión y errores en el cumplimiento de los cuidados

Es importante que se realicen estudios sobre cuidados obstétrico de emergencia para la mejora de la atención y así posibilitar la vida de la madre y su hijo, es necesario que el personal de enfermería identifique sus conocimientos, actitudes y prácticas para el cuidado integral de la paciente obstétrica, validando a través de la investigación el trabajo importante que realiza y como elemento indispensable de un equipo de salud que brinda cuidados con responsabilidad ,ética y compromiso con la salud materna y neonatal del país.

### III. III.JUSTIFICACIÓN

La atención en los servicios de urgencias obstétricas se caracteriza por requerir de un equipo de trabajo multidisciplinario que dé respuesta a las necesidades de atención de la población demandante. En la emergencia de ginecobstetricia del Hospital Escuela Universitario en los últimos años se ha doblado la cifra de usuarias que reclaman atención en él 2013 se atendieron 30,504 usuarias, constituidas fundamentalmente por mujeres que llegan espontáneamente o referidas por trabajo activo de parto o en pródromos, aborto, preclampsia, eclampsia, infecciones y otros problemas diversos, la mortalidad fue de 229 por 100,000 nacidos vivos en el 2012, por lo que se requiere de acciones inmediatas y urgentes para el abordaje de esta problemática.

Dentro de las estrategias para el abordaje de la mortalidad materna en 1990, la Organización Panamericana de la Salud lanzó el Plan de Acción regional para la reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, cuyo objetivo principal fue reducir las tasas de mortalidad materna en un 50% para el año 2000, mediante el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva. A pesar de los esfuerzos realizados, sólo se alcanzaron mejoras insignificantes de la situación general, especialmente con respecto a los indicadores de impacto, sólo 5 países de la región comunicaron haber logrado la reducción del 15% prevista para 1995, Honduras fue uno de ellos, la evaluación del Plan indicó que limitaciones políticas y financieras obstaculizaron el éxito. Además, varias intervenciones como la asistencia del parto por personal calificado y la Atención Obstétrica Esencial no se programaron adecuadamente (2).

El Hospital Escuela Universitario se considera un centro de atención obstétrica completo, donde se brinda asistencia especializada con apoyo de material y equipo necesario para la atención obstétrica de emergencia, aunque los indicadores reflejen que no se está brindando la atención de calidad que se espera de un Hospital nacional, esta situación es preocupante por lo que

requiere asumir un compromiso por parte del personal de salud que labora en la institución para iniciar estudios sobre cuidados obstétricos de emergencia en los servicios donde se brinda asistencia a usuarias que demandan esta atención, con el propósito de fortalecer la atención de calidad y contribuir de esta forma al cumplimiento de los objetivos del milenio en lo que respecta a la disminución de la mortalidad materna del país

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Pregunta del estudio

¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas en cuidados obstétricos de emergencia tiene el personal de enfermería unidad de emergencia de ginecología, Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa, Honduras, abril 2014?

Preguntas que se derivan de la interrogante de la investigación:

- ✓ ¿Cuáles son las características sociodemográficas del Personal de Enfermería en esta Unidad?
- ✓ ¿Cuál es el conocimiento en cuidados obstétricos de emergencia que maneja el personal de enfermería?
- ✓ ¿Qué actitud tiene el personal de enfermería ante los cuidados obstétricos emergencia?
- ✓ ¿Cuáles son las prácticas que tiene el personal de enfermería en cuidados obstétricos de emergencia?

## **V. OBJETIVO**

### **5.1. Objetivo General:**

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en cuidados obstétricos de emergencia que tiene el personal de enfermería en la unidad de emergencia de ginecobstetricia, Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa, Honduras, abril 2014.

### **5.2. Objetivos específicos:**

- ✓ Caracterizar los aspectos sociodemográficos del personal de enfermería de esta unidad.
- ✓ identificar los conocimientos en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería
- ✓ Valorar las actitudes del personal de enfermería en los cuidados obstétricos de emergencia.
- ✓ describir las prácticas en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería de la emergencia de ginecobstetricia

## VI. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

“Para obstetras y parteros(as) que trabajan en países en desarrollo, la mortalidad materna no se trata de estadísticas. Se trata de mujeres: Mujeres que tienen nombres y rostros. Rostros que hemos visto sufriendo dolor, agonía y desesperanza. Rostros que continúan presentes en nuestra memoria y que nos persiguen en nuestros sueños. Esto no es solamente porque son mujeres que mueren en el pináculo de sus vidas, en momentos que deberían ser de buenas expectativas y alegría; no es solamente porque la muerte materna es una de las muertes más trágicas... pero sobre todo debido a que las muertes maternas son una ocurrencia que puede evitarse y que nunca se debería permitir que sucediese” (3).<sup>1</sup>

Cada año cerca de 600.000 mujeres en el mundo mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y muchas más sufren de discapacidades a largo plazo, como por ejemplo dolor crónico, fístulas, falta de movilidad, daños en el sistema reproductivo e infertilidad. Veintitrés millones de mujeres (15% de todas las mujeres embarazadas) desarrollan cada año complicaciones que amenazan sus vidas. El problema es aún más grave en los países en desarrollo, donde las complicaciones relacionadas con el embarazo y parto son las causas principales de discapacidades y muerte entre las mujeres en edad reproductiva (4).

En octubre de 2007 más de 2 mil líderes, profesionales de la salud, activistas mujeres, jóvenes y familias afectadas por la muerte materna en todo el mundo se dieron cita en Londres en la hoy histórica conferencia. *Las Mujeres Dan Vida*

---

<sup>1</sup> Dr. Mahmoud Fathalla, profesor de obstetricia y ginecología, Universidad de ASSIUT Egipto, Sri Lanka  
1194

para conmemorar los 20 años de la Iniciativa de Maternidad Sin Riesgos y renovar el apoyo para esta crisis mundial que aún no ha sido resuelta.

La primera vez que la comunidad mundial se reunió para analizar el tema fue en Nairobi, Kenya, en 1987, cuando se estableció dicha Iniciativa. Veinte años después, ante la falta de respuesta adecuada al problema, líderes en la materia de todo el mundo buscaron renovar el compromiso global. En la conferencia se estableció la Iniciativa Las Mujeres Dan Vida, la cual propone nuevas estrategias para renovar el compromiso internacional, centrandose en la conexión crítica que existe entre la salud de las mujeres, sus derechos, la educación y la reducción de la pobreza. Asimismo, pretende alentar a los gobiernos a integrar la salud y los derechos de las mujeres en los planes y estrategias nacionales; iniciar una campaña para que los sectores privado y público contribuyan con recursos adicionales, y convencerá la comunidad internacional para que utilice la salud de las mujeres, madres y bebés como un indicador clave de la salud de las naciones (6).

En Londres, se compartieron resultados de investigación y mejores prácticas. Dos revistas especializadas internacionales *The Lancet* y *Reproductive Health Matters* lanzaron números especiales sobre mortalidad materna que reúnen la investigación y los hallazgos más representativos de la Fundación MacArthur en México incluyeron recomendaciones para avanzar en el tema.

Hoy, el principal instrumento internacional para lograr la reducción de la mortalidad materna son los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM); específicamente, el quinto exhorta a las naciones a mejorar la salud materna y establece metas e indicadores que sirven para marcar los avances hacia el reto amplio de una mejor salud materna. La primera meta consiste en reducir la tasa de mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015. Los indicadores relacionados con esta meta son la razón de mortalidad materna y la proporción de nacimientos atendidos por personal de salud calificado. Luego de cinco años, en 2005, se incluyó una segunda meta para el Objetivo 5:

el acceso universal a la salud reproductiva, cuyos indicadores son el uso de anticonceptivos, la tasa de fecundidad entre mujeres adolescentes, la cobertura de cuidado prenatal (con un mínimo recomendado de cuatro visitas prenatales), así como la demanda insatisfecha de planificación familiar (6).

Esta Iniciativa generó un nuevo mensaje que busca aclarar y unificar la respuesta mundial para alcanzar el Objetivo5. Los “tres pilares” que propone esta Iniciativa centran la atención en áreas comprobadas para prevenir la muerte materna:

- Planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva.
- Atención calificada durante e inmediatamente después del embarazo.
- Atención obstétrica de emergencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida (6).

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto es innecesariamente alta y aún constituye una tragedia en varios países de América Latina y el Caribe. Se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100.000 nacidos vivos, lo que representó en 1995 unas 22.000 defunciones maternas. El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. Aunque la razón de mortalidad materna se ha estancado desde que la maternidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los años ochenta y principios de los noventa, la mortalidad materna es un tema de salud pública en el que se ha progresado poco en los últimos tiempos, y sobre el que se pide a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un mandato claro.

Ha aumentado considerablemente el conocimiento de las causas de la discapacidad y la muerte maternas y de las intervenciones apropiadas en entornos de escasos recursos. La historia indica que la clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino también en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible. Los resultados de investigación y la experiencia práctica demuestran que determinadas intervenciones de salud pueden reducir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio, tanto para las madres como para sus bebés. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en razón de los costos, como los cuidados obstétricos esenciales (COE), la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad. Los resultados son claros: la muerte materna es evitable; se sabe qué intervenciones son eficaces, y que la inversión en maternidad sin riesgo no solo reducirá la mortalidad y la discapacidad materna infantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades. Las intervenciones de maternidad sin riesgo, que abarcan las estrategias de promoción de la salud, figuran entre las más eficaces en función de los costos del sector, en particular en atención primaria. Esto es especialmente digno de mención, porque las mujeres pobres de las comunidades rurales aisladas son las más afectadas por la falta de atención obstétrica básica y, por lo tanto, quienes más probabilidades tienen de morir en el parto (5).

En muchas partes del mundo en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. La mayoría de las muertes, problemas de salud y lesiones se pueden evitar, mejorando el acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de

planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia.” Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer de las Naciones Unidas (1).

La mortalidad materna es un problema de salud pública que afecta a mujeres y niños a nivel mundial, la OMS la ha definido como: “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales” (5). Por lo general se hace una distinción entre muerte materna directa que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una causa de muerte indirecta que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición.

A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas, sus cuatro causas principales son: la hemorragia, la infección, los trastornos hipertensivos del embarazo y el parto obstruido. Entre las causas indirectas que ocupan el 20% restante, se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por éste, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares.

Las principales razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, incluyen el costo, temor, el maltrato recibido, el tiempo de espera, y la distancia al centro asistencial más cercano.

En el año 2006, sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de partería calificados. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica. El número total de muertes en un país es proporcional a su población y no tiende a estimar la proporción de defunciones maternas reales.

Por ejemplo, el país con el estimado más alto de muertes totales es India con 136.000, Nigeria con 37.000 y Afganistán con unas 20.000 muertes anuales. Un total de 13 países suman las 2/3 partes del total mundial.

La OMS y la Unicef reportaron en el 2000, un promedio mundial de muertes maternas de 400 x 100.000 nacidos vivos, siendo de 20 x 100.000 nacidos vivos en países desarrollados y de 440 x 100.000 nacidos vivos en países en vías de desarrollo. La mayor proporción de muertes maternas no ocurren durante el parto, sino en el puerperio.

Otro factor predisponente a una defunción materna asociada al embarazo son los abortos de alto riesgo, a partir del segundo trimestre de gestación y los causados por personas no especializadas o en lugares que carecen de los requisitos mínimos para realizar el procedimiento. En sur américa ocurren 34 abortos por cada 1000 mujeres, mayor aún que los reportados en África oriental 31 por 1000 mujeres.

En Honduras, no existe un sistema eficiente de información que mantenga los datos de mortalidad materna actualizados, la última encuesta sobre este tema fue realizada en 1997 y las últimas estimaciones se realizaron en el 2000, aun con toda esta problemática de la información las estimaciones revelan que ha habido una reducción importante en la tasa de 182 en 1990 a 108 en 1997, siendo las principales causas; la hemorragia, los trastornos hipertensivos y la infección (7).

A pesar de esta significativa disminución, la mortalidad materna continua siendo un problema de salud pública importante que no podemos descuidar y se deben analizar todas las políticas y estrategias propuestas para su disminución y tomar decisiones en la reorientación de las mismas para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio.

Para la reducción de la mortalidad materna el estado de Honduras se propone las siguientes metas (8):

- ✓ Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad en tres cuartas partes.
- ✓ Lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva.

La reducción de la mortalidad materna es una prioridad dentro de las políticas de salud de nuestro país, por lo que se ha implementado la estrategia de reducción de la mortalidad materna y de la niñez a través de la estrategia RAMNI la cuál propone como meta reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna en el período 1990-2015, tomando como reto una reducción de muertes maternas de 46 x 100,000 nacidos vivos para el año 2015. Se debe reconocer que entre 1990 y 1997 Honduras obtuvo un logro significativo al reducir la tasa de mortalidad materna en 74 puntos, lo que redujo la tasa para 1997 en 108 muertes por cada 100, 000 nacidos vivos; entre los factores que explican la rápida reducción de la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 1997 se han identificado los siguientes:

- a) incremento de la atención institucional del parto poniendo a funcionar 24 clínicas maternas infantiles y 6 hospitales
- b) aumento de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres
- c) la ejecución de un Enfoque de Riesgo Reproductivo
- d) capacitación de las parteras tradicionales
- e) aplicación del proceso de normalización de la atención integral a la mujer

La promoción del parto institucional en el país es una de las estrategias que ha sido tomada debido a las diversas complicaciones y muertes que se presentaban en partos atendidos por personal no calificado y sin reunir las condiciones mínimas requeridas para la atención de un parto limpio y seguro.

Según resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2005–2006, el 67% de los nacimientos fueron atendidos a nivel institucional dentro de los cuales el 64% corresponden al personal médico y un 3% al personal de enfermería, comparado con un 62% estimado en el 2001. El 33% de los nacimientos tuvieron lugar en la casa, siendo la proporción más alta para las madres de 35 años y más, situación desfavorable para éste grupo poblacional considerado de mayor riesgo.

Para tal propósito, se han diseñado normas actualizadas que contienen los procedimientos básicos necesarios para que los proveedores de salud, tanto públicos como privados puedan brindar una atención oportuna, segura y eficaz a las mujeres que demanden atención en hospitales y clínicas materno-infantiles.

#### Aumento de la prevalencia del uso de métodos de planificación familiar

Durante las últimas décadas, Honduras ha venido desarrollando esfuerzos que favorecen el acceso de las mujeres a la planificación familiar. La edad media de la primera relación sexual en las mujeres se da alrededor de los 18 años, la mitad de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años eran deseados lo que se relaciona con la tasa de fecundidad deseada que para el área urbana es 1.9 y 2.8 para el área rural y la tasa real es de 4.1 para el área rural y 2.6% para el área urbana. Para el período 2003– 2006, la tasa global de fecundidad (TGF) se estimó de 3.3 hijos por mujer con descenso de 1 hijo por mujer en relación al 2001, observándose que las mujeres que residen en el área rural utilizan en menor porcentaje los métodos. El método anticonceptivo más utilizado es la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina (AQV-F), seguido de los inyectables y orales respectivamente. Se resalta que en las principales ciudades existe mayor demanda de métodos de planificación familiar, situación atribuible a mayor concentración poblacional, acceso económico y geográfico,

entre otros. A pesar de los esfuerzos que se realizan existe demanda insatisfecha de planificación familiar en todos los departamentos del país (7).

### Enfoque de riesgo reproductivo

Estrategia utilizada para la detección oportuna de problemas de salud del individuo, la familia y comunidad en los distintos niveles de atención. Este enfoque de riesgo es útil en el sistema formal de salud para fortalecer la cobertura de atención, mejorar los patrones de referencia, modificar los factores de riesgo, reorganizar el sistema de salud y adiestrar personal. En el sistema no formal de salud se fortalece el autocuidado y la atención a la familia, la atención comunitaria y las políticas intersectoriales.

A continuación se describen los aspectos que deben ser incluidos en el enfoque de riesgo:

- Cobertura: Hay tres factores que influyen en la cobertura y que pueden ser modificados por el enfoque de riesgo, estos son; la disponibilidad de la atención, esta involucra el ahorro de los recursos y la transferencia para aquellos con mayor necesidad. El segundo factor es el acceso, que permite identificar y atender tempranamente aquella población con riesgo mayor. El tercer factor es la *aceptabilidad*, tiene que ver con el reconocimiento por parte del individuo de la necesidad de acudir al servicio de salud, la no asistencia a los mismos debe ser analizada para mejorar el uso de los servicios.
- Referencia: traslado de un individuo en los diferentes niveles de atención, con el propósito de que alcance el nivel y tipo de atención que necesita para resolver su problema de salud. Se espera que se mejore

el sistema de referencia y contra-referencia, que incluya un indicador de puntaje que sea útil para priorizar la atención.

- Modificaciones en los factores de riesgo: son todas las acciones de promoción de la salud encaminadas a modificar los riesgos existentes y prevenir nuevos riesgos en los individuos.
- Reorganización del sistema de salud: estrategias que permiten el uso de la información generada en los diferentes niveles de atención como herramienta para la programación y organización de los servicios de salud.
- Adiestramiento del personal de salud: orienta hacia el cambio de las habilidades y destrezas para hacer frente a la demandas de los servicios de salud de la población identificada en riesgo.
- Autocuidado y atención a la familia: formas de orientar y sensibilizar a los individuos, las familias y comunidades sobre prácticas de autocuidado que conduzcan hacia estilos de vida saludables. Dentro de estas se encuentran la lactancia materna, las inmunizaciones, el reconocimiento temprano de factores de riesgo entre otros.
- Atención comunitaria: pretende que las comunidades se involucren en la identificación y control de factores de riesgo, que incluyan la difusión de información para la modificación de comportamientos relacionados con el medio ambiente y la salud familiar.
- Políticas intersectoriales: son las dificultades o facilidades que pueden existir en la colaboración intersectorial de los órganos de gobierno locales y nacionales (9).

## Capacitación de parteras tradicionales

La partera tradicional es un recurso importante ya que tiene reconocimiento, respeto y liderazgo por parte de la comunidad y desempeña un rol decisivo en la atención de parto domiciliar. Según ENDESA 2005-2006 este recurso ocupa el segundo lugar en la atención de partos.

Las políticas de salud vigentes promueven el parto institucional, por lo que este recurso actualmente está enfocado a la detección temprana de signos de alarma en mujeres en edad reproductiva, embarazadas y puérperas. Realizando la referencia de los casos con factores de riesgos obstétricos y no obstétricos.

En los últimos años se nota una reducción en el número de partos atendidos por partera, recurso que también está desapareciendo.

La Secretaria de Salud, ha implementado la estrategia individuo, familia y comunidad, que está orientada a brindar información y educación a la población en general, a las embarazadas, sus parejas y a las parteras tradicionales sobre aspectos relacionados a la salud sexual y reproductiva en general, con énfasis en el embarazo, parto, post parto y recién nacido, de manera que le permita desarrollar actitudes y capacidades para realizar acciones de promoción de salud y la identificación oportuna de los factores de riesgo y los signos y síntomas de las complicaciones obstétricas. Esta estrategia incluye el plan de parto, reorientación del rol de la partera, incorporación de la equidad de género y ampliación del rol en los servicios de salud.

## Aplicación del proceso de normalización de la atención integral a la mujer

Para el cumplimiento de las políticas de salud, la Secretaría de salud ha elaborado diferentes normas para estandarizar y regular el manejo integral en la atención a la mujer en la etapa reproductiva, con el objetivo de contribuir en la reducción de la mortalidad materna, a continuación se mencionan las siguientes:

### Normas nacionales para la atención materno-neonatal

En virtud de la conciencia que fueron adquiriendo los gobiernos y comunidades sobre la importancia de proteger y cuidar la dimensión de las sociedades en función de su propio futuro y de su impacto en el desarrollo, es que la salud materno infantil ha sido declarada prioridad en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe en las últimas décadas.

El gobierno de Honduras ha estado desarrollando una serie de estrategias tendientes a mejorar la calidad de atención materna y neonatal. Entre estos esfuerzos la Secretaría de Salud impulsa desde el año 2008 la política nacional para lograr la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez 2008-2015 (RAMNI), la cual se enmarca en el gran proceso de reforma del sector salud. Una de las 19 intervenciones de RAMNI es la Estrategia para los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE), la cual se implementa desde el 2007 a nivel nacional, esta tiene entre sus objetivos el de mejorar la calidad de los servicios de atención poniendo a su disponibilidad normas de atención que definen lo que debe hacer el proveedor de salud y cómo hacerlo cuando brinda atención a la mujer durante su embarazo, parto, post-parto y al recién nacido, actualizando y estandarizando las prácticas clínicas y procedimientos básicos necesarios para que los proveedores de salud brinden una atención oportuna, segura y eficaz a las mujeres que demanden atención

en hospitales, clínicas materno infantiles y unidades de salud a fin de favorecer la normal evolución del embarazo, prevenir complicaciones e identificarlas precozmente para un manejo oportuno(10).

#### Manual de normas de atención integral para los y las adolescentes

Honduras al igual que el resto de los países de la región Centroamericana se caracteriza por tener un alto porcentaje de población adolescente, existe 1, 905,610 de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, lo que representa un 24% del total de población del país (12). Uno de los principales problemas de este grupo poblacional es el inicio temprano de relaciones sexuales sin protección lo que conlleva a embarazos, partos y puerperios con riesgo. Es así que la maternidad adolescente es una de las primeras causas registradas de ingresos hospitalarios. La tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años es una de las más altas de la región y sólo es superada por Nicaragua y se estima en 136 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes, cifra que aumenta para las que no tienen ningún nivel educativo. La mortalidad materna en el grupo de 12 a 14 años es de 391 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, casi 4 veces más alta que la nacional. No debiendo descuidar el hecho de que en este grupo de edad no deberían existir embarazos y mucho menos muertes maternas (11).

Las acciones que el gobierno de Honduras desarrolla a través de la Secretaria de Salud al trabajar con este grupo poblacional obedecen al cumplimiento de los planes y programas nacionales y de los compromisos emanados de las conferencias y cumbres internacionales entre estas las conferencia de Cairo y Beijing. En este marco la Secretaria de salud ha implementado el manual de atención integral para los y las adolescentes a fin de favorecer el mejoramiento de la salud y bienestar de este grupo poblacional.

La secretaria de salud comprometida con lo establecido en el plan de nación y visión de país, reconoce el embarazo en adolescentes como una prioridad que requiere un abordaje estratégico, integral y urgente. El inicio más temprano de relaciones sexuales, limita el acceso a recibir educación sexual, servicios de salud integrales, la falta de programas acordes a la edad para postergar el inicio de una vida sexual activa y sin protección, ubican a Honduras como el segundo país de Latinoamérica con mayor fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 102 por 1000 nacidos vivos, esta tasa es mayor en las adolescentes que viven en el área rural (12).

Manual de normas y procedimientos de planificación familiar

Honduras de acuerdo con lo enunciado en la Constitución de la República: Reconoce el derecho a la protección de la salud y que es deber de todos participar en la promoción y preservación de la misma, por lo que se realizan esfuerzos desde la Secretaria de Salud, desarrollando iniciativas y estrategias de acción que se enmarcan en la política RAMNI, siendo ésta el referente de todos los programas, proyectos y líneas de acción.

La Planificación Familiar es prioritaria dentro del marco amplio de salud reproductiva con enfoque de prevención de riesgos para la salud de todo hombre y mujer que tienen derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos con pleno respeto de su dignidad, por lo tanto la Planificación Familiar constituye un accionar diario y es necesario su normalización para que los proveedores cuenten con una herramienta actualizada de como brindar los servicios.

Esta norma incluye las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar y la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, así como Normas y Procedimientos para: Planificación Familiar, Climaterio/Menopausia e

Infertilidad. Su cumplimiento y aplicación es de carácter obligatorio en todas las unidades públicas y privadas del sector salud (13).

Normas de atención integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo o hija

El estudio de vigilancia centinela en embarazadas (2004) realizado por el Departamento ITS/VIH/SIDA, reportó una tasa de prevalencia de VIH de 0.5% en este grupo de población. Con relación a la tasa de transmisión de madre a hijo(a), en un estudio realizado en el Hospital Escuela en 1996 se encontró una tasa de 36%

Entre los años 1999 y 2001, en Honduras se inició la implementación de un proyecto piloto para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/hija. En el año 2003, las autoridades de la Secretaría de Salud considerando como una prioridad la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/hija decidieron trascender de un proyecto piloto a la estructuración y desarrollo de un Programa Nacional que facilite una mayor cobertura geográfica de estrategias dirigidas a prevenir la transmisión por esta vía. El propósito de esta norma es contribuir a la disminución de la transmisión del VIH de madre a hijo/hija en Honduras (14).

Norma de la atención post aborto

La secretaria en los últimos años ha impulsado diversas acciones orientadas a lograr la reducción de la mortalidad materna e infantil, en congruencia con los esfuerzos para la reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez ha definido fortalecer la implementación de la atención post aborto (APA), el cual sistematiza las líneas técnicas de la atención que respondan a las necesidades de la mujer y de su familia (15).

Todas estas normas de atención definen y dan las pautas para una atención integral a la mujer en sus necesidades reproductivas y la prevención de la mortalidad materna.

Uno de los factores más estrechamente vinculado con la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna es la atención del parto por personal sanitario especializado, en instalaciones de calidad y con la efectividad respectiva ; Entre 1990 y 2006, la atención en partos institucionalizados con asistencia de personal sanitario especializado, prácticamente se ha duplicado. Entre los factores que han contribuido a estos logros, pueden mencionarse los siguientes: a) la adopción de una visión más integral en materia de salud; b) la expansión paulatina de la cobertura de los servicios de salud y la mejora en los niveles de calidad; c) la mejora gradual en los niveles educativos de la población; d) el mayor acceso a información, y, e) el avance del movimiento en favor de los derechos de la mujer. Sin embargo, es necesario resaltar que en entornos de pobreza y desigualdad social como Honduras, existen grandes disparidades en el acceso a servicios: por área geográfica, nivel educativo y nivel de ingresos. En caso del área geográfica, hay una relación de dos a uno en beneficio de las mujeres urbanas, mientras que en el caso de la educación y el nivel de ingresos, hay una relación de tres a uno. Esto último significa que por cada mujer, con nivel de educación e ingresos bajos, que accede a partos con personal especializado, hay tres mujeres de nivel educativo e ingresos altos que acceden a estos servicios (7).

La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud.

La muerte materna es el resultado último y más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso,

marginación y rezago en la que viven un sector de las mujeres por parte del personal de salud y de autoridades gubernamentales. Asimismo, da cuenta de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a la mujer en una posición de franca desventaja. Detrás de cada muerte materna se ocultan también graves problemas socioeconómicos, como elevada mortalidad y morbilidad infantil, deserción escolar, desnutrición, orfandad e ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. Por estas razones, el fallecimiento de una mujer por causas asociadas a la maternidad es una tragedia en gran medida evitable, y se utiliza como un indicador de desarrollo.

La mortalidad materna está relacionada también con una serie de Derechos, por ejemplo, derechos económicos, sociales y culturales, y Derechos sexuales y reproductivos. No es casualidad que estos fallecimientos se concentren en mujeres pobres, indígenas, afro descendientes o urbano marginales. La maternidad ubica a estas mujeres en una situación de vulnerabilidad y en un contexto de riesgo vinculado a la exclusión en salud.

#### El camino hacia la muerte materna

El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas tanto en Honduras como en otros países, corrobora lo señalado por la OMS, respecto a que estas muertes no son accidentales, sino resultado de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de "demoras" que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad. Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta las semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas. Nos sobra recordar que en la prevención de las muertes maternas juega un papel definitivo

el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de alarma y su debida atención.

Los eslabones de esta cadena fatal se pueden desglosar en la siguiente lista de "demoras":

- ✓ En el tiempo en que las mujeres tardan en identificar como "no naturales" los síntomas o signos de alarma que se presentan durante el embarazo.
- ✓ En darle la importancia debida a los primeros avisos que tienen de que "algo no está bien.
- ✓ En acudir con la partera o utilizar los "remedios" tradicionales a su alcance.
- ✓ En tomar una decisión sobre qué hacer cuando éstos no resuelven los malestares.
- ✓ En comunicar a sus parejas o familias los malestares que están sintiendo.
- ✓ Tardanza de éstos en identificar la necesidad de acudir a la brevedad posible con el personal de salud capacitado o a una unidad hospitalaria.
- ✓ En el tiempo para tomar la decisión de hacerlo.
- ✓ En conseguir los recursos económicos necesarios.
- ✓ En obtener un medio de transporte.
- ✓ En encontrar un centro de salud abierto y que cuente con el personal y los recursos necesarios para resolver los problemas que se presenten.
- ✓ En decidir la necesidad de referir a la paciente a una unidad que cuente con dichos recursos, en el caso de que no existan en ella.
- ✓ En obtener una ambulancia u otro tipo de vehículo para efectuar el traslado.
- ✓ En ser bien diagnosticado el problema, obtener los donadores de sangre y los medicamentos solicitados por el establecimiento de salud.
- ✓ En ser atendida adecuadamente; en ocasiones, cuando lamentablemente ya es demasiado tarde. En toda esta lista de "demoras"

están presentes las carencias estructurales que impone la pobreza y las enormes limitaciones que padece el sistema de salud pública respecto a la cobertura de sus servicios y la disponibilidad de recursos humanos y materiales que garanticen su capacidad resolutive. Las mujeres que fallecen en las instituciones de salud han tenido que recorrer entre dos y tres unidades antes de ser atendidas, por desgracia, cuando ya no hay nada que hacer.

Durante las últimas décadas los programas de salud materna han usado el diagnóstico prenatal para tratar de identificar a mujeres que se encuentran en riesgo de sufrir complicaciones. Aunque estos procesos pueden ser beneficiosos de muchas maneras, no han tenido éxito en disminuir las tasas de mortalidad materna. Los estudios muestran que la mayoría de las mujeres que desarrollan complicaciones no tienen ningún factor de riesgo. Por cierto, aun cuando una mujer goza de buena salud y recibe atención prenatal, no existe forma de saber si desarrollará complicaciones y requerirá de servicios de emergencia. Por lo tanto, los servicios de AOEm de calidad necesitan estar disponible para cada mujer embarazada; y como un profesional de la salud, puede salvar vidas ejerciendo la necesaria vigilancia y la pronta atención a las complicaciones que amenazan vidas (5).

Se han identificado tres tipos de demoras que pueden afectar las probabilidades de una mujer para sobrevivir una emergencia obstétrica , Las primeras dos ,demora en la decisión de buscar atención cuando los signos de peligro aparecen y demora para llegar a un establecimiento de salud reflejan en parte factores sociales subyacentes (falta de recursos, infraestructura deficiente, carencia de establecimientos apropiados, el estatus poco valorado de las mujeres, decisiones tomadas por las familias respecto al nacimiento) que ocurren fuera del establecimiento y que algunas veces resultan en emergencias que ya no pueden resolverse con la ayuda médica. Esto puede ser profundamente frustrante para los profesionales de la salud, y estos problemas

sociales son difíciles de cambiar a nivel individual. Pero el tercer tipo de demora las demoras que ocurren una vez que una mujer llega al establecimiento están generalmente bajo control institucional (5). Aunque muchos sistemas de salud en países en desarrollo no pueden contar con todo el personal adecuado como se desearía, existen oportunidades para lograr mejoras con los recursos que se tienen, ciertamente los procesos de mejora de la calidad de atención pueden ayudar al personal a cambiar y mejorar prácticas y condiciones que resultan en demoras innecesarias. Debido a que las causas físicas directas de la muerte materna, hemorragia, complicaciones del aborto inseguro, sepsis, infección, hipertensión (eclampsia), trabajo de parto obstruido se pueden *tratar*, los esfuerzos por brindar atención obstétrica de emergencia (AOEm) de manera ágil y competente, utilizando los recursos disponibles pueden lograr un impacto significativo en los resultados del embarazo (4).

Se ha estimado que el tiempo promedio para que se produzca la muerte a partir del inicio de la emergencia obstétrica (EO) es de dos horas en el caso de una hemorragia postparto, dos días para la eclampsia y el parto obstruido, así como seis días en el caso de algún proceso infeccioso. Por lo anterior, resulta de vital importancia el enfoque de la atención de las EO.

La atención obstétrica de emergencia (OAEM) se entiende a menudo en términos de atención “básica” e “integral”, disponible dentro de un establecimiento y brindada a una mujer con complicaciones obstétricas. Los servicios básicos e integrales se distinguen de acuerdo a las funciones que se asignen al establecimiento de salud (4).

-La atención básica incluye:

Administración de antibióticos parenterales.

Administración de oxitócicos parenterales.

Administración de anticonvulsivantes parenterales para pre-eclampsia y eclampsia.

Extracción manual de placenta.

Extracción de restos ovulares por Aspiración manual endouterina (AMEU).

Parto vaginal asistido.

-La atención integral incluye todos los pasos del 1 al 6 e incluye las siguientes:

Cirugía (por Ej. cesárea).

Transfusiones sanguíneas.

Un establecimiento básico de AOEm es el que puede realizar todas las funciones de manera consistente de 1-6; mientras que un establecimiento integral realiza todas las funciones de 1-8.

Actualmente resulta claro que una EO amerita de atención inmediata, aunque el significado del concepto de EO no ha sido una tarea fácil en virtud de que la connotación de emergencia para la población no necesariamente se refiere a una situación de urgencia acorde con los criterios médicos.

Lo anterior es conocido como “urgencia sentida” (la urgencia que es percibida por la usuaria). Esto permite distinguir entre las necesidades de la población (“necesidades sentidas”) y las necesidades que son percibidas por el Sector Salud, priorizándose estas necesidades a partir del perfil epidemiológico de la población y de los recursos humanos y materiales con los que se cuente.

En otras palabras, aquellas enfermedades que ocurren con mayor frecuencia son las que se visibilizan como acciones prioritarias: obesidad en la población adulta e infantil; enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión), o aquellas enfermedades que conllevan secuelas sociales que derivan en la destrucción del núcleo familiar, como es el caso del cáncer y del VIH (aunque en este rubro

se incluye la mortalidad materna, no se le dimensiona como una problemática social de grandes consecuencias en comparación con las anteriores).

Es así como el Sistema Nacional de Salud evalúa las necesidades de salud de la población (o lo que considera que sean, ya que no existe consenso acerca de las prioridades en salud de ambas partes: población y Sector Salud, como se hace en los diagnósticos de salud comunitarios a nivel local, aunque esta metodología no sea empleada a niveles mayores).

Es fundamental diferenciar el concepto de cobertura universal con el acceso universal a los servicios de salud. En el primer caso dicho concepto denota la afiliación de la totalidad de la población a algún servicio de salud.

En cambio, en el segundo caso, la afiliación conlleva mayores obligaciones del Estado para lograr el aseguramiento de la prestación de servicios médicos ante la EO a cualquier mujer que así lo solicite de manera oportuna y de calidad, resaltando la gratuidad de los mismos.

Tanto el Convenio como la estrategia Embarazo Saludable detallan qué es considerado como una emergencia, de lo cual se desprende que en el servicio de urgencias otorgan atención inicial a las mujeres que solicitan atención de emergencia, pero, en caso de que ésta sea descartada después de la valoración médica, se cobra dicha atención si la mujer no está afiliada a la institución donde solicitó los servicios médicos (6).

Esta situación genera grandes confusiones entre la población usuaria, ya que al solicitar atención médica de emergencia (y ya que existe la posibilidad de que la usuaria perciba y dimensione su caso como emergencia médica, como se ha

mencionado), resulta que podría darse el caso de que el prestador de servicios de salud no otorgue la consulta médica (por no tratarse de una emergencia), y únicamente brinde orientación y derive a la paciente a su unidad de salud correspondiente, con la consecuente insatisfacción de la usuaria por no satisfacer el motivo de la demanda de la consulta.

Lo anterior deriva en situaciones que redundan en el cobro de los servicios a las usuarias, y además de una clara discriminación a las usuarias en razón de su condición de salud, tanto en una “urgencia sentida” como en el caso de aquellas usuarias que presentan una verdadera emergencia médica que no se encuentre enlistada en la cobertura universal.

De lo anterior se concluye que la construcción del concepto de emergencia, tanto en la idea, como en su uso y definición (y más importante: en su operación), no sólo requiere de alineación con decretos internacionales, sino también de unificar criterios y perseguir la inclusión de la totalidad de situaciones que podrían poner en riesgo la vida de la mujer o del producto en caso de no estar dentro de las estrategias mencionadas, por no tratarse de una emergencia y favorecer su exclusión.

Ante este panorama, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Dimensionar el concepto de la EO como causal de muerte materna.
  
- Ampliar la denominada cobertura universal que ofertan las estrategias Embarazo Saludable y el Convenio en términos de atención de EO, y lograr la verdadera cobertura universal. En otras palabras: no excluir patología alguna que ponga en situación de EO a la madre y al producto.

–Difundir, entre la población usuaria de los servicios de salud, el concepto emergencia obstétrica y los signos y síntomas por los cuales se amerite acudir al hospital más cercano.

–Construir las necesidades en salud de la población, de manera conjunta entre el Sector Salud y la población usuaria de los servicios, a través de consultas ciudadanas (6).

Se puede esperar que el 15 por ciento de las mujeres embarazadas tenga complicaciones durante el embarazo o el parto y que necesiten atención obstétrica de emergencia, se deben atender las necesidades de las embarazadas y los bebés para prevenir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Los preparativos para una situación de emergencia pueden garantizar una maternidad sana, se debe incluir la planificación de una distribución rápida de insumos para partos asépticos, medicamentos esenciales, y equipos para la atención obstétrica en los establecimientos de salud como también asegurar la presencia de personal calificado para ofrecer atención obstétrica de emergencia (AOEm) en establecimientos de salud ,que las parteras y los establecimientos de salud cuenten con equipos e insumos adecuados para partos seguros y atención obstétrica de emergencia; y que las mujeres puedan acceder de modo seguro a un sistema de derivaciones de emergencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana.(4)

-Mejoramiento de la calidad para la atención obstétrica de emergencia

Se define calidad de la AOEm de la siguiente manera: involucra un estado de oportunidad que le permitirá al equipo de salud responder de forma apropiada a emergencias obstétricas de manera que se satisfagan las necesidades y derechos de las usuarias.

- ✓ Oportunidad: Lograr y mantener un estado de preparación en el establecimiento para brindar AOEm de calidad. Esto incluye que el personal disponible cuente con las destrezas requeridas y la disposición de responder a las necesidades de las clientes 24 horas al día, 7 días a la semana, equipo disponible y funcionando, y suministros e infraestructura adecuada.
- ✓ Respuesta: Brindar atención rápida y apropiada cuando surgen emergencias, de acuerdo a los estándares y protocolos clínicamente aceptables.
- ✓ Derechos: Brindar servicios de manera que se respeten los derechos y necesidades de todas las usuarias.

Las usuarias tienen derecho a atención de calidad. Estos derechos consisten en:

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

El personal tiene necesidades específicas a ser satisfechas, para que puedan brindar esta atención.

Específicamente, necesitan respeto, dignidad y libertad de expresar su opinión; supervisión facilitadora y administración confiables para mantener un ambiente de trabajo positivo; información, capacitación y desarrollo para mantener los niveles de habilidades; equipos y suministros en condiciones de funcionamiento, adecuados e *infraestructura* para brindar un tratamiento correcto y completo.

La AOEm de calidad representa un desafío para la gerencia porque debe estar disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para lograr máxima efectividad. Por lo tanto, cualquier proceso de mejoramiento de la calidad (MC) debe ser diseñado para encarar tanto el *esfuerzo constante* para mantener la oportunidad como la *naturaleza impredecible* de las emergencias obstétricas. Es decir, cualquier intento de mejorar el servicio no podrá ser un esfuerzo aislado, sino deberá estar inmerso en la dinámica del establecimiento y debe funcionar como un proceso continuo.

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

El proceso de MC está diseñado para que el equipo de AOEm lo utilice regularmente y para que puedan evaluar, ajustar sistemas y prácticas de manera constructiva.

Este proceso se inicia con un paso destinado a establecer los cimientos y continúa con cuatro pasos que deben realizarse en forma continua. El paso para establecer cimientos corresponde a crear una visión de la calidad de servicios que pueden brindar. Para los cuatro pasos que se realizan en forma continua, el personal debe:

- Recolectar y analizar información.
- Desarrollar un plan de acción.
- Implementar soluciones.
- Revisar y evaluar avances.

## Recolectando y analizando información

En este paso el personal identifica áreas de su trabajo que necesitan mejorarse. En grupos de trabajo el personal reúne información sobre la calidad de sus servicios de varias y diferentes fuentes, que incluyen:

- La evaluación de AOEm (experiencia relacionada a la provisión de servicios y el nivel de preparación sala por sala.
- Entrevistas a las usuarias
- Revisión de registros
- Análisis de flujo de clientes
- Revisión de casos
- Evaluaciones a la comunidad
- Monitoreo médico, realizado por supervisores(as) internos(as) y externos(as)

A través de un proceso de análisis estructurado, los grupos de trabajo identifican problemas, examinan las causas subyacentes y recomiendan soluciones. Las “causas subyacentes” se refieren a la razón primaria o principal causante del problema al nivel en que un individuo puede tener un efecto sobre el problema. Las causas subyacentes deben ser puestas en términos de temas específicos que se presten para encontrar soluciones (ver capítulo 3 para más detalles respecto a cómo encontrar las causas subyacentes).

## Desarrollando un plan de acción

El personal identifica lo qué necesitará para realizar mejoras en las áreas que lo ameriten. El equipo de AOEm revisa el nivel de análisis inicial de los grupos de trabajo individuales juntos como un grupo, afina soluciones, da prioridad a los

problemas y asigna responsabilidades y fechas para su finalización. Al desarrollar soluciones el personal debe concentrarse primeramente en los recursos con los que cuentan antes de buscar ayuda externa.

#### Implementando soluciones

En este paso, el personal implementa las soluciones elegidas, con el apoyo y la coordinación del líder del equipo.

#### Revisando y evaluando avances

En este paso, el equipo dedica tiempo para reconocer el avance y celebrar los éxitos, identificar obstáculos para un avance posterior, y realiza nuevas recomendaciones. Es también tiempo de planificar el próximo ciclo de recolección y análisis de la información.

Haciendo uso de estos pasos y revisando continuamente los planes de acción para mejorar la calidad de los servicios, el equipo puede ser motivado no únicamente para hacer un buen trabajo sino también para encontrar formas de mejorar permanentemente.

#### Principios del proceso de mejoramiento de la calidad

El MC es el esfuerzo concertado y continuo para hacer las cosas mejor hasta que sean hechas bien la primera vez y cada vez. El objetivo es que los servicios avancen de “prácticas existentes” a “prácticas deseadas”. El MC está basado en seis principios clave:

- ✓ *Sentido de propiedad e involucramiento del personal:* El personal en todos sus niveles debe estar involucrado en el proceso de MC.
- ✓ *Pensamiento enfocado en el cliente:* Se deben satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

- ✓ *Concentrarse en sistemas y procesos:* Se debe reconocer que la calidad de atención deficiente es generalmente el resultado de sistemas y procesos débiles, o problemas en su implementación, en lugar de falla de las personas.
  - ✓ *Conciencia sobre costos y eficiencia:* El MC eliminará los costos de calidad de atención deficiente (por Ej. hacer doble trabajo, desperdiciar recursos e incluso muerte o discapacidad).
  - ✓ *Aprendizaje continuo, desarrollo y fortalecimiento de capacidades:* El personal necesita de habilidades para llevar adelante el proceso de MC y para brindar servicios de calidad; el(la)líder del equipo facilita el trabajo del equipo de AOEm y el desarrollo de dichas habilidades.
- *MC continuo:* Siempre habrá oportunidades para mejorar lo que hace el equipo, y lograr un impacto sostenido y positivo en los servicios; el MC debe ser un proceso continuo (4).

## Equipos

Más que una agrupación de individuos, un equipo es un grupo de personas que trabaja en relación de interdependencia para lograr una meta común. Como se sabe, la AOEm es compleja, requiere la colaboración de muchas personas con una amplia gama de habilidades y conocimientos. Al incentivar el trabajo de equipo entre el personal de AOEm se contará con el desempeño colectivo necesario para mantener a un establecimiento listo y deseoso de brindar una respuesta de emergencia ágil y efectiva.

Un enfoque basado en equipo es de igual manera crítico para el MC. De acuerdo al rol que cada persona tiene en la AOEm, él o ella aportarán al equipo una perspectiva única en relación con la identificación y resolución de problemas, y para los cambios necesarios. Por lo tanto, cada persona involucrada en la prestación de AOEm debe participar en la evaluación y el cambio de prácticas. Sin embargo, para determinar quienes realmente

participarán en una reunión de MC dependerá de los problemas específicos que se traten como también del tamaño y recursos del establecimiento. Ciertamente, un elemento importante en el MC es el *sentido de apropiación* que desarrolle el personal respecto a los procesos y resultados. Cuanto más involucrados estén los miembros del equipo en identificar problemas, desarrollar soluciones y resolver problemas, tomarán más responsabilidad para realizar sugerencias continuamente y lograr mejorar su trabajo (4).

#### Mejoramiento de calidad para la AOEm

Los miembros del equipo de AOEm que participen en un proceso de MC incluyen al personal de apoyo y clínico, a los directores(as) responsables de los servicios obstétricos y a los (las) que brindan apoyo a los servicios de emergencia. En conclusión, esto incluye un amplio abanico de personal: Médicos(as), enfermeros(as), parteros(as), asistentes médicos(as), anestesistas, porteros(as), recepcionistas, encargados(as) de registros, laboratoristas, personal de limpieza, chóferes y mensajeros(as).

#### Proceso de mejoramiento de la calidad en su establecimiento

Es importante asegurar que las mujeres que necesitan esta atención tengan acceso a los mejores servicios posibles.

La calidad de AOEm que se desea brindar es un proceso de MC y este debe ser flexible y brindar respuestas a las necesidades del servicio en particular, se pueden integrar sus principios más importantes dentro de los sistemas existentes. Por ejemplo, si se cuentan con un proceso de evaluación anual, pueden incorporar los aspectos de participación y continuidad de este proceso de MC haciendo que el equipo de AOEm ayude a realizar las evaluaciones de forma más frecuente y así recomiende soluciones a los problemas.

- *Derechos*: Brindar servicios de forma que se respeten los derechos y las necesidades de todas las clientes y del personal.

### Generando apoyo institucional

Para que el proceso de MC sea más efectivo y sostenible, es de suma importancia contar con el apoyo de la gerencia tanto a nivel de establecimiento como de actores externos clave.

El conjunto de los actores clave está conformado por el personal que tiene autoridad para la toma de decisiones o responsabilidades de supervisión. Por ejemplo, en el servicio, se pueden incluir:

El (la) médico(a) a cargo, el (la) jefe de ginecología/obstetricia, (el) la enfermero(a) principal o partero(a), o el (la) administrador(a) del hospital. En el sistema de salud los actores clave pueden incluir personas de jefaturas entre el personal médico, clínico y de supervisión. Los puestos y títulos pueden variar en diferentes sitios y organizaciones, de igual forma pueden existir otros actores clave (por Ej. donantes, grupos de empresas de seguros, etc.). Usted o el (la) facilitador(a) externo(a) necesitan identificar a los actores clave para cada servicio en particular para asegurar que las personas clave estén orientadas hacia el proceso de MC. (4)

No hay un método en particular que sea el preferido para llevar a cabo esta orientación, aunque debe ser realizada personalmente y ajustarse a las circunstancias y horarios de las persona involucradas. Puede incluir una sola reunión con los (las) gerentes, una serie de reuniones, un taller con representantes de diferentes servicios o instituciones. Cuando se planifica una orientación, el conocimiento de los puntos principales que se desea transmitir y la flexibilidad serán importantes, hay que asegurarse que se están actualizando los estándares técnicos y protocolos sobre AOEm del establecimiento de salud,

En consecuencia, resulta fundamental mejorar la calidad de atención en los Servicios de Obstetricia, particularmente la que concierne al manejo de las emergencias obstétricas, a fin de que sus equipos profesionales puedan actuar en forma adecuada y sin demoras. (17)

En Honduras la “Estrategia Nacional para los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales” (CONE) constituye la respuesta técnica que integra los dos pilares fundamentales en la lucha contra esa problemática, el “Incremento del Acceso” y la “Mejora de la Calidad de Atención en los Servicios de Salud”. Además integra el concepto mundial actual del “continuo” de la atención al proceso de la reproducción “Madre-Recién Nacido”.

La estrategia Incluye la re organización de los servicios en función de su capacidad de respuesta, su integración como una red articulada que atiende a la población de los espacios población definidos como “Regiones Departamentales”, también incluye las actividades de capacitación, normalización y monitoria y evaluación del desempeño como herramientas fundamentales para mejorar la calidad de la atención.(18)

La presente estrategia aplicará el modelo de atención “Sistema Integrado de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales CONE” (SI-CONE) basado en los conceptos definidos por la OMS y aceptados por el Sistema de Naciones Unidas y otros organismos de cooperación técnica y financiera en todo el mundo, conocidos como “**Cuidados Obstétricos Emergencia (COEm)**” que definen la cantidad y tipo de unidades de servicios para atender determinados grupos poblacionales y utilizan una serie de “**indicadores de proceso**” relacionados con el cuidado obstétrico esencial tales como el porcentaje de cesárea y la letalidad Hospitalaria por complicaciones obstétricas.

El enfoque de esta estrategia (CONE) está basado en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales que en su la mayoría no pueden ser prevenidas o evitadas y por lo tanto las mujeres y niños que sufren de complicaciones necesitan Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales CONE rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo. De igual manera, un número importante de niños nacerá con problemas relacionados con asfixia, bajo peso, prematurez y otros que habiendo nacido sanos, en los primeros 28 días de vida desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos que ponen en riesgo su vida y a los que habrá que brindarles cuidados neonatales esenciales en base a la mejor evidencia científica.

En cuanto a la red de servicios de salud la Estrategia COEm define que para cada grupo de población de 500,000 personas se debe contar con los siguientes servicios:

- 1 establecimiento que ofrezca Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial Completo.
- 4 establecimientos que ofrezcan Cuidado Obstétricos y Neonatales Esenciales Básicos.

La Estrategia Nacional CONE tomando en cuenta la realidad de Honduras define implementar un Sistema Integrado SI-CONE en cada una de las Regiones Departamentales, es decir que en cada Región Departamental deberán funcionar 1 CONE Completo, de 2 a 4 CONE Básicos (según las necesidades y capacidad local) y cada uno de ellos con una red de servicios ambulatorios en la cantidad que sea necesaria y posible.

En consecuencia los servicios de CONE son necesarios si se quiere reducir la mortalidad materna y neonatal pero, actualmente las acciones desarrolladas no son suficientes. Incluso cuando los servicios están funcionando mejor, las

mujeres con complicaciones obstétricas enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlos e igual situación ocurre con los recién nacidos sanos y más aún, con aquellos que presentan algún tipo de complicación. Algunas limitantes son de carácter económico (falta de dinero para pagar el transporte o los servicios), otras son geográficas (distancias largas y vías en mal estado) y otras son culturales o educativas, que incluyen la propia incapacidad de la población para reconocer oportunamente un problema de salud y demandar de inmediato a los servicios de salud para su pronta solución, todo esto, conduce a serias demoras que frecuentemente terminan en la muerte y que se agrupan en el modelo de las tres demoras que describimos a continuación.(18)

Existen ciertos casos de complicaciones obstétricas y neonatales que además de los servicios CONE Completos necesitaran atención de mayor nivel, por ejemplo el Síndrome HELLP en Obstetricia y la Membrana Hialina en neonatología que ameritaran Cuidados Intensivos, los que deberán ser referidos a los centros Nacionales de Nivel Superior.

Tomando en cuenta las definiciones de la OMS, la realidad nacional y la estrategia CONE se adoptan las siguientes definiciones:

**SI-CONE:** el Sistema Integrado CONE es un espacio político/geográfico con una red escalonada de servicios institucionales de salud por nivel de complejidad, complementada con la organización y trabajo comunitario orientado a mejorar la salud materna y perinatal de la población.

**CONE Ambulatorio:** se refiere a un CESAR, CESAMO, CMI o Consulta externa de un Hospital que cuenta con personal, equipo e insumos para brindar las atenciones siguientes:

- Atención Prenatal de bajo riesgo, tratamiento de complicaciones menores (Anemia, infección urinaria, malaria, vaginosis y otras similares) y detección temprana de complicaciones que ameritan referencia.
- Atención puerperal normal, tratamiento de complicaciones menores y detección temprana de complicaciones mayores que ameritan referencia.
- Atención en planificación familiar de intervalo y pos evento obstétrico
- Atención básica al recién nacido sano.
- Detección temprana de complicaciones del recién nacido que ameritan referencia.
- Educación a la madre sobre cuidados básicos del recién nacido: lactancia materna, inmunizaciones, higiene, prevención y control de infecciones, cuidado de los ojos, reconocimiento de signos de peligro, entre otros.

**CONE básico:** Un hospital o Clínica Materno Infantil (y de Emergencia) que cuente con médico capacitado por 24 horas diarias durante todos los días del año para que se brinden los siguientes servicios:

- Tratamiento inicial del embarazo con problemas (por ejemplo: anemia, diabetes);
- Monitoreo del parto normal utilizando el partograma y de acuerdo a normas
- Atención del parto y el puerperio inmediato de acuerdo a normas
- Tratamiento de las complicaciones obstétricas no quirúrgicas como: hipotonía uterina, retención de placenta total o parcial, retención de restos placentarios (Procedimientos manuales de emergencia) y desgarros.
- Tratamiento médico inicial de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el aborto (por ejemplo hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, pre eclampsia/eclampsia, diabetes y otros)
- Reparación de episiotomías;
- Atención básica del recién nacido sano.

- Reanimación del recién nacido con asfixia.
- Detección temprana, manejo inicial y referencia de complicaciones del recién nacido.
- Estabilización del recién nacido en estado crítico, para su transporte y referencia apropiados.
- Referencia correcta y oportuna de las complicaciones obstétricas y neonatales a una Unidad CONE completo.

**CONE completo:** un hospital que cuenta con todo el personal (obstetra, pediatra, médico general, anestesista, técnico de laboratorio, enfermería profesional y auxiliar), instalaciones físicas y equipo necesario para ofrecer todos los servicios de CONE básico más:

- Intervenciones quirúrgicas (cesárea, legrado, histerectomía, reparación de ruptura uterina)
- Anestesia
- Transfusión sanguínea.
- Manejo de Trastornos Hipertensivos del embarazo
- Manejo de la sepsis obstétrica
- Manejo de otras complicaciones obstétricas.
- Manejo de la asfixia neonatal en sus diferentes grados de severidad.
- Manejo de la sepsis neonatal que incluye el choque séptico.
- Manejo de los casos de prematurez y bajo peso al nacer.
- Manejo de complicaciones neonatales: prematurez, bajo peso al nacer, sepsis, asfixia y sus problemas asociados.
- Identificación temprana del riesgo, para referencia oportuna a un hospital de tercer nivel, cuando no sea posible su manejo en un Hospital Departamental.
- Estabilización del paciente crítico para transporte a un hospital de tercer nivel de atención, en las mejores condiciones que garanticen su sobre vida.

- Ofrecer cuidados compasivos a aquellos pacientes críticos en riesgo inminente de muerte.

Los servicios **CONE** deben ser de calidad y accesibles a todas las mujeres y recién nacidos, y para que sean efectivos deben garantizar una **“atención calificada”** del embarazo, parto, puerperio y el neonato; los suministros necesarios y la capacidad de transportar rápidamente y en las mejores condiciones a una mujer o recién nacido con problemas a un centro **CONE completo**, o de superior complejidad en caso necesario.

Un **“proveedor calificado”** es toda persona (médico, enfermera o auxiliar de enfermería) que ha sido adecuadamente formada para prestar la atención durante el embarazo, el parto, el puerperio y al recién nacido de acuerdo a las normas y guías clínicas que han sido elaboradas basándose en la evidencia científica actualizada. Los proveedores calificados en la atención del parto deben poder atender a la parturienta durante la dilatación y el parto normales, reconocer la aparición de complicaciones, realizar las intervenciones esenciales, comenzar el tratamiento y supervisar el traslado de la madre y el bebé cuando sean precisas intervenciones que están más allá de su competencia o no son posibles en las instalaciones.

## **LÍNEAS DE ACCIÓN Y ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA-CONE**

La estrategia CONE desarrolla cuatro Líneas de Acción, que se detallan adelante con las principales actividades a ser implementadas:

1. Aumento de la demanda y el acceso a los servicios CONE, mediante el desarrollo de acciones comunitarias.
2. Mejora Continua de la Calidad, que incluye Capacitación Clínica en Cuidado Obstétrico y Neonatal Básico.

3. Establecimiento y operación de un sistema activo de referencia y respuesta:
4. Humanización / Adecuación cultural de los Servicios a las necesidades y requerimientos de las usuarias y sus familiares.(18)

Para que los servicios CONE sean de calidad se incorporarán prácticas clínicas basadas en la evidencia científica y un mecanismo de monitoreo y mejora continua de la implementación de dichas prácticas. Para ello el personal que implemente las prácticas basadas en la evidencia, será adecuadamente capacitado considerando lo siguiente:

- El SI-CONE desarrollará un sistema de capacitación clínica que asegure que tanto en los servicios de CONE Básicos como en el Completo se cuente con personal de salud capacitado y suficiente para la atención de pacientes obstétricas y los recién nacidos las 24 horas del día, 7 días a la semana, los 365 días al año.
- Establecerá un centro de capacitación continua en CONE que tenga como base al Hospital de Referencia CONE Completo en cada Región Departamental de enfoque.
- Establecerá una currícula de capacitación y/o actualización en los aspectos CONE, manejo y destrezas para complicaciones obstétricas y neonatales. El proceso de capacitación estará basado en las competencias necesarias para brindar los servicios CONE.

Algunas de las competencias basadas en la evidencia que serán incluidas en la capacitación y monitoreo de la calidad son:

**En la Atención Prenatal:**

- Atención Prenatal de acuerdo a normas para garantizar la evolución normal del embarazo (madre y feto)

- Identificar las señales de peligro para la madre y el niño, durante el embarazo, parto y post-parto, a través de la aplicación de normas y estándares de atención.
- Manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales más frecuentemente ligadas a la morbilidad y mortalidad de la madre y el feto.
- Brindar consejería sobre la identificación de las señales de peligro durante el embarazo, parto, pos parto, planificación Familiar, cuidados del recién nacido y lactancia materna.
- Brindar consejería para planificación familiar pos parto o pos aborto.

**En la Atención de la labor de parto:**

- Proveer monitoreo de la labor de acuerdo a normas, incluyendo la utilización correcta del partograma.
- Evaluación periódica de la vitalidad fetal, para la realización de intervenciones inmediatas que permitan su nacimiento en las mejores condiciones.
- Manejo correcto de las complicaciones obstétricas y fetales de acuerdo a normas, guías y protocolos

**En la Atención del parto y alumbramiento:**

- Aplicar medidas de bioseguridad
- Brindar atención en posición vertical que la paciente prefiera
- Conducir la utilización adecuada del pujo
- Aplicar la práctica de episiotomía restringida
- Brindar una protección correcta del periné
- Aplicar la práctica de manejo activo del tercer periodo del parto.
- Proporcionar una adecuada atención inmediata del recién nacido.
- Aplicar la práctica de monitoreo del alumbramiento.
- Realizar el examen visual de la placenta y las membranas.
- Aplicar DIU pos placenta si la embarazada lo ha solicitado y/o aceptado

- Realizar una reparación adecuada de episiotomía y desgarros cuando sea necesario
- Realizar manejo adecuado de las complicaciones que se presenten en el parto y el recién nacido

#### **En la Atención del post parto:**

- **En las primeras horas:** Proveer monitoreo de temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina, características de loquios y/o sangrado de acuerdo a normas.
- **Después del período Crítico:** proveer monitoreo de signos vitales, características de los loquios, involución uterina, presencia o no de fiebre, anticoncepción pos parto el método que la puérpera solicite.

#### **En la Atención del recién nacido.**

- Realizar una adecuada atención inmediata básica del recién nacido que incluya:
  - Recepción,
  - Limpieza de secreciones,
  - Secado del recién nacido,
  - Ligadura y corte del cordón umbilical,
  - Evaluación de la vitalidad (APGAR al minuto y a los 5 minutos),
  - Aporte de calor y abrigo en el contacto piel a piel o a través de calor radiante,
  - Examen físico inicial,
  - Prevención y control de infecciones oculares y
  - Prevención y control de enfermedad hemorrágica.
- Realizar una adecuada identificación y registro del recién nacido, que incluya huellas plantares del niño y dactilares de la madre, la colocación de un brazalete con el nombre de la madre, la fecha y hora de nacimiento y el sexo del niño.

- Realizar un examen físico completo que incluya el registro del peso, talla, perímetro cefálico y la adecuación de estos parámetros a la edad gestacional (adecuado, pequeño o grande para la edad gestacional).
- Realizar una adecuada reanimación del recién nacido (en caso necesario), en base al reconocimiento de los siguientes parámetros:
  - El líquido amniótico está libre de meconio?
  - El niño respira o llora?
  - El tono muscular es bueno?
  - La coloración es rosada?
  - El niño nació a término?
- Manejar las principales complicaciones relacionadas con la asfixia neonatal.
- Reconocer y manejar las enfermedades más comunes que determinan la mayor morbilidad y mortalidad del recién nacido:
  - Bajo Peso al Nacer.
  - Prematurez.
  - Sepsis neonatal.
- Identificar precozmente las complicaciones que se presenten en el manejo de estas y otras enfermedades del recién nacido, para su referencia inmediata.
- Estabilizar al recién nacido en condición crítica, previo a su transporte y referencia a un nivel de mayor complejidad.
- Practicar y promover el apego precoz y el alojamiento conjunto en todos los niveles de atención.
- Brindar consejería a la madre, sobre lactancia materna, cuidados de recién nacidos e identificación de señales de peligro.

**En el manejo clínico de las complicaciones del embarazo, parto, puerperio inmediato y procedimientos manuales:**

- Brindar atención de acuerdo a Normas, guías, protocolos y estándares de calidad en las situaciones siguientes:

- Complicaciones del embarazo y parto: Trastornos hipertensivos, infección urinaria, ruptura de membranas, embarazo cronológicamente prolongado, sufrimiento fetal crónico y agudo, parto obstruido, Retención de placenta, hipotonía uterina, inversión uterina, reparación de desgarros, solución de hematomas, etc.
- puerperio inmediato: sangrado e infección
- Recién Nacido: asfixia, prematurez y sepsis

**Establecimiento y operación de un sistema activo de referencia y respuesta:**

En apoyo a la aplicación del concepto de las tres demoras se aplicará un sistema efectivo de referencia y respuesta, el funcionamiento del SI-CONE provocará un incremento de la atención institucional del embarazo y el parto y los servicios de salud deben estar preparados para ello. La capacitación de las mujeres, su familia y comunidad, así como del personal voluntario de salud hará que las embarazadas demanden los servicios, obviamente la detección temprana de complicaciones aumentará el flujo de pacientes entre los diferentes servicios de salud por nivel de complejidad lo cual exigirá el funcionamiento adecuado de la comunicación entre ellos.

Para ello se hará lo siguiente:

- Diseñar, mejorar o aplicar procesos de referencia y respuesta institucional de acuerdo a la realidad local.
- Diseñar, mejorar o aplicar procesos de referencia comunitaria, con la participación de la comunidad, de acuerdo a la realidad local.
- Promover la referencia comunitaria en casos de detección de complicaciones en el embarazo, parto, pos parto y recién nacidos/as.
- Promover la referencia institucional a tiempo y en las mejores condiciones de estabilización, de los casos que presenten complicaciones, si no se cuenta con la complejidad necesaria para atenderlas.

- Promover la contra referencia desde las Unidades CONE completas o de mayor complejidad a Unidades COE básicas o de menor complejidad, con los formularios respectivos, que sean prácticos, dirigidos y que faciliten la educación y orientación para conductas terapéuticas que deban continuarse en otro nivel.
- Apoyar al Comité de Investigación epidemiológica activa de la muerte materna y neonatal.

### **Humanización/adecuación cultural de la atención del parto, a las necesidades y requerimientos de las usuarias y sus familiares.**

Esta Línea de Acción está orientada a eliminar o por lo menos minimizar las barreras culturales que existen en los servicios de salud que limitan a la población a demandar los servicios de salud, por ello se **realizará una adecuación cultural de la atención obstétrica y neonatal**, implementando cambios concretos a la prestación de servicios en base a las necesidades identificadas por equipos de trabajo que incluyen representantes de comités de salud comunitarios, parteras tradicionales y/o otras organizaciones comunitarias. El trabajar la humanización/adecuación cultural permitirá superar barreras culturales que impiden a las mujeres embarazadas acercarse a los servicios de salud para la atención de su embarazo y parto. De esta manera se obtendrá un incremento significativo en la utilización de los servicios que ofrecen atención calificada del parto para reducir así las muertes maternas y perinatales.(18)

La actitud es un aspecto importante que se debe considerar al brindar cuidados obstétricos de emergencia, y se define como, una predisposición a actuar, aprendida, dirigida hacia un objeto, persona o situación, y que incluye dimensiones cognitivas, afectivas o evaluativas y, de manera eventual, propiamente conductuales, en otra definición menciona la actitud como «una predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de

respuestas», y entienden que estas respuestas pueden ser de tres tipos: cognitivas, afectivas y conductuales. (19)

El personal de enfermería debe tener ciertas actitudes para brindar un cuidado humanizado, por medio de sus vivencias, logros e interacciones con el paciente, adquiere la capacidad de saber que el cuidado humanizado no solo son procedimientos técnicos sino que involucra la capacidad de percibir al ser humano en sus diferentes dimensiones.(20)

Conocer el trato que reciben las mujeres durante su proceso de parto y puerperio inmediato por parte de los profesionales ayudará a reflexionar sobre la Línea de Acción de la estrategia CONE, por lo que se busca modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud, basándose en formas de cuidado beneficiosas, que son aceptadas y/o solicitadas por la población y que son científicamente validas, por ejemplo:

- Eliminar la práctica rutinaria de la episiotomía; del rasurado perineal y de la aplicación de enema.
- Proveer apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y parto.
- Permitir la participación (acompañamiento) de la pareja o un familiar durante el trabajo de parto y parto; y si es posible la participación de la partera tradicional durante el trabajo de parto y parto.
- Permitir que la parturienta escoja la posición para el parto
- Promover el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre hijo/a y la lactancia precoz sin restricciones.
- Si se solicita se devuelve la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural local.
- Se da apoyo para las madres con desventajas sociales para mejorar la relación madre – hijo.

- Incorporar una cultura de respeto y de trato humanizado a la paciente y a sus familiares.

Los equipos integrados tanto por personal de la Unidad como por representantes de las organizaciones comunitarias, parteras tradicionales y gobiernos locales, a través de una metodología participativa identifican las barreras y brechas culturales más importantes, diseñan propuestas de cambio específicas a la atención, elaboran planes de trabajo y diseñan estrategias para el manejo adecuado de la resistencia al cambio. A la vez monitorean en conjunto la aplicación de los cambios propuestos y ofrecen apoyo a la Unidad para vencer las resistencias. (18)

Es importante poder implementar todas estas estrategias mencionadas para mejorar la AOEm en nuestro país y de empezar sería evaluando la situación actual de los servicios y del personal que presta los servicios y poder determinar sus conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la AOEm, en base a los resultados obtenidos elaborar un plan estratégico de implementación a corto y mediano plazo donde se incluya la elaboración de protocolos de atención , capacitación al personal y mejoramiento de la estructura física y organizativa del servicio de emergencia obstétrica, continuar con la parte de investigación para la mejora continua de la calidad de atención .

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** este estudio es descriptivo de corte transversal donde se Determinaran los conocimientos, actitudes y prácticas en cuidados obstétricos de emergencia que tiene el personal de enfermería que labora en la unidad de emergencia de Ginecobstetricia del Hospital Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

**Área de estudio:** el presente estudio se realizó en la Emergencia de Ginecobstetricia del Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

**Universo:** lo constituyen las 18 auxiliares de enfermería de la unidad de Emergencia de Ginecobstetricia Hospital Escuela Universitario.

**Marco Maestral:** La información se obtendrá de un cuestionario semi estructurado para el personal auxiliar de enfermería y otro instrumento de observación de la atención que brinda el personal de enfermería.

**Muestra:** es el 100% del personal auxiliar de enfermería que labora en la emergencia de Ginecobstetricia.

**Unidad de análisis:** es el personal auxiliar de enfermería en la emergencia de Ginecobstetricia del Hospital Escuela Universitario.

**Unidad de observación:** son los elementos del universo donde se medirán o estudiarán las variables de interés para el estudio.

**Criterio de selección, de inclusión y exclusión:** se selecciona todo el personal auxiliar de enfermería y se excluyen las auxiliares que estén con incapacidad, de vacaciones o no deseen participar en el estudio.

**Fuentes y obtención de los datos:** de los cuestionarios semi estructurados para el personal de enfermería y observación de la atención.

**Técnicas e instrumentos:** con el primer instrumento se pretende identificar los conocimientos y la actitud en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería y con el segundo instrumento se pretende describir las prácticas en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería.

**Procesamiento de datos:** serán procesados en una base de datos utilizando el programa EPI INFO.

**Análisis de datos:** la información será analizada utilizando el programa de EPI INFO.

**Cruce de variables:** se realizará cruce de variables para obtener información significativa del estudio.

**Trabajo de campo o de terreno:** es la aplicación de los instrumentos en el área de servicio donde trabaja el personal de enfermería.

**Aspectos éticos:** se informará al personal de enfermería del objetivo del estudio y la información obtenida será para usos de la investigación y de posibles intervenciones que mejoren los servicios en el Hospital.

## **VIII. RESULTADOS**

### **PRIMERA ENCUESTA**

#### **I. Datos generales:**

##### **8.1 Edad**

El 42.6% del personal de enfermería se encuentran entre las edades de 20 a 30 años, el 28.6% están en el rango de 31 a 40 años, un 14% se encuentra entre los 41 a 50 años, hay una persona que se encuentra entre la edad de 51 a 60 años y otra en el rango de 60 años o más y cada una representa un 7.4%.

El 86% del personal es de sexo femenino y el 14% es de sexo masculino

El 57.1% son solteros, el 28.6% están en unión libre y un 14.3% están casados.

##### **8.2 Escolaridad**

El personal con primaria completa corresponde a un 7.1%, con secundaria incompleta a un 21.4%, con secundaria completa aun 28.4%, carrera a nivel medio con un 36.0% y universidad incompleta un 7.1%.

##### **8.3 años de laborar en la emergencia de ginecobstetricia**

Un 64.3% tienen menos del año de laborar en el servicio, de uno a 10 años un 7.1%, de 11 a 20 años un 14.4%, entre los 21 a 30 años y más de 30 hay un 7.1% a cada uno.

##### **8.4 tiene otro empleo**

Un 14.3% refiere tener otro empleo, un 85.7% no tienen otro empleo

## **II. conocimientos que tiene el personal de enfermería en cuidados obstétricos de emergencia:**

### **8.5 capacitaciones recibidas**

El 93% del personal no ha recibido capacitaciones en cuidados obstétricos de emergencia y un 7% refiere que si recibió capacitación

### **8.6 conocimiento de la norma materno neonatal**

El 93% del personal no conoce las normas materno neonatales del país y un 7% si las conoce. El personal en un 79% refiere que no hay una norma materno neonatal en el área de trabajo y un 21% dice que sí.

**8.7 Descripción de los aspectos más importantes de los cuidados obstétricos de emergencia:** para poder analizar estas preguntas se realizó un cuadro con lo mínimo esperado en cada pregunta y se comparó con las respuestas que consigno el personal

### **Atención del parto y post parto inmediato**

El 100% del personal no menciona lavarse las manos antes y después de atender el parto, un 71.43% no menciona preparar el equipo para la atención del parto, el 28.57% si lo menciona, el 92.86% no menciona colocarse guantes estériles para la atención del parto, un 7.14% si lo menciona.

El 78.57% no menciona la limpieza de los genitales para la atención del parto, un 21.43% si lo menciona, el 100% del personal no menciona colocar campos limpios para la atención del parto.

El 57.14% menciona la toma de muestras y canalizar a la señora si es necesario y un 42.86% no lo menciona.

La administración de 10u de oxitocina para la prevención del sangrado en el post parto un 78.57% si lo menciona y un 21.43% no lo menciona.

La toma de signos vitales en el post parto inmediato no lo menciona el 64.29% y un 35.71% si lo menciona

### **Atención del aborto**

El 92.86% del personal encuestado no menciona la importancia de preparar el material para la aspiración manual endouterina AMEU, el 64.29% no menciona la importancia de la limpieza de genitales, solamente el 35.71% lo menciona.

El 85.71% no menciona la importancia de tomar signos vitales para recuperar a la paciente, el 14.29% si lo menciona, el 71.43% no mención la importancia a la paciente si lo tiene indicado, el 28.57% si lo menciona, el 92.86% no menciona como parte de la atención post aborto la consejería en planificación familiar, el 7.14 si lo menciona.

### **Atención inmediata del recién nacido**

El 100% del personal de enfermería no menciona la importancia del apego precoz, el 92.86% no menciona la hora de nacimiento y el sexo del recién nacido, el 7.14% si lo menciono, el 85.71% no menciona la importancia de colocar la grapa a 2.5 cm del abdomen, el 14.29% si lo menciona.

La profilaxis oftálmica y la medición de los perímetros no lo mencionan como parte de la atención del recién nacido en un 85.71% y un 14.29% si lo menciona.

El 71.43% no menciona lo importante que es secar con dos campos al recién nacido para prevenir el enfriamiento, el 28.57 si lo menciona.

- **Preclampsia y eclampsia**

El 100% del personal no menciona la importancia de tomar exámenes de laboratorio a las pacientes con preeclampsia y eclampsia, el 92.86% menciona la importancia de administrar SO<sub>4</sub>Mg de carga, canalizar dos vías, el 7.14% no lo menciona.

El 92.86% no menciona el administrar suero Hartman, el 7.14% si lo menciona, el 78.57% no menciona la importancia de aplicar hidralazina 5mg I/V como parte del manejo de la preeclampsia / eclampsia, 21.43% si lo menciona.

El 50% menciona la importancia administrar SO<sub>4</sub>Mg de 12gr en 880ml Hartman como dosis de mantenimiento y de colocar sonda Foley a la señora, el otro 50% no lo menciona.

- **Asepsia y antisepsia**

El 100% del personal de enfermería no menciona la importancia del lavado de manos antes y después de cada procedimiento, el 100% del personal no menciona la importancia de mantener su área de trabajo limpia.

La importancia de preparar el material en una bandeja antes de realizar un procedimiento, el 92.87% no lo menciona y el 7.13% si lo menciona.

El colocarse guantes antes de cada procedimiento, el 57.14% no lo menciona y el 42.86% si lo menciona.

### **III. Valorar las actitudes del personal de enfermería en los cuidados obstétricos de emergencia**

- **Atiende a la usuaria con respeto y consideración:** el 71.4% considera que siempre atiende a la usuaria con respeto y consideración, casi siempre un 28.6%.

- **Se dirige a ella por su nombre y con amabilidad:** el 71.4% considera que se dirige a la paciente por su nombre y con amabilidad y un 28.6% considera que lo realiza casi siempre.
- **Se esmera porque este limpia y cómoda.** Un 50% del personal considera que siempre se esmera porque la paciente este limpia y cómoda y un 50% lo realiza casi siempre
- **Cumple oportunamente los medicamentos indicados.** El personal considera que siempre cumple oportunamente con los medicamentos indicados en un 50%, en un 42.86% casi siempre y ocasionalmente un 7.14%
- **Vigila de cerca los cambios observados en su problema de salud.** El personal menciona que siempre vigila de cerca los cambios observados en su problema de salud en un 85.71%, un 7.14% casi siempre y ocasionalmente un 7.14%.
- **Está pendiente de la toma de signos vitales dos veces en el turno.** El personal menciona que siempre está pendiente de tomar signos vitales dos veces en el turno en un 85.71%, casi siempre un 7.14% y algunas veces un 7.14%.
- **Explica con paciencia los cuidados y procedimientos que realiza.** El personal menciona que siempre explica a la paciente los cuidados que le realizara en un 50%, casi siempre en un 42.86% y algunas veces un 7.14%
- **Realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento.** El personal menciona que siempre se lava las manos antes y después de cada procedimiento en un 57.14%, casi siempre un 35.71% y algunas veces un 7.14%

- **Mantiene limpia y ordenada su área de trabajo.** El personal refiere que siempre mantiene limpia y ordenada su área de trabajo en un 71.43%, casi siempre un 21.43% y algunas veces un 7.14%

## **Segunda Encuesta**

1. **Tiempo transcurrido en atender a la usuaria desde que llega a la emergencia de ginecobstetricia y es atendida por el personal auxiliar de enfermería:** el 92.9% tarda 20 minutos o más en atender a la usuaria que llega a la emergencia en busca de atención, el 7.1% tarda entre 10 a 14 minutos.
2. **tiempo de cumplimiento del tratamiento indicado:** el 14.3% tarda menos de 10 minutos en cumplir con el tratamiento indicado, el 42.9% de 10 a 19 minutos, otro grupo tarda entre 20 a 29 y de 30 y más minutos con un 14.3% y no aplican un 14.3% porque no se les indico tratamiento.
3. **Tiempo de toma de la muestra de exámenes de laboratorio:** el 50% tarda menos de 10 minutos en tomar la muestra de los exámenes de laboratorio, un 7.1% tarda 10 a 19 minutos, un 21.4% entre 20 a 29 minutos, un 7.1% tarda 30 y más minutos, un 14.3% no aplica porque no le indicaron exámenes.
4. **Tiempo que tardan los resultados de laboratorio en estar en el expediente:** un 14.3% tarda menos de una hora, de una a dos horas un 42.9%, de 2.1 a 3 horas un 28.6% y no aplica un 14.3%.
5. **Observación de la atención brindada:** el 100% del personal tiene un trato amable y respetuoso con la usuaria, explica el procedimiento que realiza a

la usuaria, un 78.6% no lo explica y un 21.4% si lo explica, un 64.3% llama a la usuaria por su nombre y un 35.7% no lo hace.

6. **Observación de la atención brindada:** el 100% del personal no se lava las manos antes y después de realizar un procedimiento, en la preparación del equipo previo a realizar el procedimiento el 71.4% no lo hace y el 28.6% si lo hace, en el cuidado posterior del equipo un 78.6% si lo hace en relación a un 21.4% que no lo hace, descarta el material cortopunzante, un 92.9% si lo hace y un 7.1% no lo hace, utiliza guantes antes de cada procedimiento, el 100% del personal no lo utiliza, deja ordenada y limpia el área de trabajo, un 71.4% si lo hace y un 28.6% no lo hace.

## **IX. ANALISIS DE RESULTADOS**

**9.1** El personal de enfermería de la emergencia de ginecobstetricia es relativamente joven, cerca de la mitad se encuentra entre las edades de 20 a 30 años, con menos de un año de laborar en el área y en su mayoría son del sexo femenino.

En el nivel educativo, la mayoría tienen carrera a nivel medio y con secundaria completa.

Según la estrategia CONE el “proveedor calificado” es toda persona (médico, enfermera o auxiliar de enfermería) que ha sido adecuadamente formada para prestar la atención durante el embarazo, el parto, el puerperio y al recién nacido de acuerdo a las normas y guías clínicas que han sido elaboradas basándose en la evidencia científica actualizada esta definición nos indica que todo personal de enfermería que labora en una emergencia de ginecobstetricia de un Hospital de tercer nivel o CONE completo debe tener pleno conocimiento de las normas materno-neonatales del país , en el estudio se encontró que el personal no conoce las mismas y no hay una norma de consulta en su área de trabajo.

En la estrategia CONE se menciona que se debe asegurar un sistema de capacitación clínica tanto en los servicios de CONE Básicos como en el Completo para que el personal de salud capacitado brinde atención a pacientes obstétricas y los recién nacidos las 24 horas del día, 7 días a la semana, los 365 días al año, en el estudio se encontró que el personal no ha recibido capacitaciones en cuidados obstétricos casi en un 100%.

Los proveedores calificados en la atención del parto deben poder atender a la parturienta durante la dilatación y el parto normales, reconocer la aparición de complicaciones, realizar las intervenciones esenciales, comenzar el tratamiento y supervisar el traslado de la madre y el bebé cuando sean precisas intervenciones que están más allá de su competencia, en el estudio el personal de enfermería tenía que describir los cuidados obstétricos de emergencia que brinda a las usuarias en relación a la atención del parto y post parto inmediato, atención del aborto, atención inmediata del recién nacido, atención de la usuaria con preeclampsia y eclampsia y la asepsia y antisepsia, en el análisis de sus respuestas se encontró que omitieron varios aspectos que son importantes para brindar una atención de calidad como ser:

El lavado de manos antes y después de cada procedimiento, colocarse guantes para realizar los procedimientos, la limpieza de los genitales previo a la atención del parto, colocar campos limpios para la atención del parto la toma de signos vitales, la aplicación de 10u de oxitocina para la prevención del sangrado post parto.

En la atención del aborto no mencionan la importancia de preparar el material antes del procedimiento, la toma de los signos vitales en el periodo de recuperación post AMEU, de mantener limpia y ordenada su área de trabajo, el descartar el material corto punzante ni la consejería en planificación familiar, como se menciona en la norma de atención a la mujer post aborto

En la atención del recién nacido, no mencionan la importancia del apego precoz ni la importancia de secar el recién nacido con dos campos para prevenir el enfriamiento, como se menciona en la norma materno neonatal vigente.

Donde más conocimiento tiene es en la atención de la preeclampsia y eclampsia ya que la mayoría describió el manejo inicial de esta patología.

La estrategia CONE menciona que el personal debe dar un trato humanizado a la usuaria y esto se relaciona con la actitud para brindar el cuidado, el desarrollo

de estas capacidades están relacionadas con sus vivencias, logros e interacciones con el paciente y lo lleva a concluir que el cuidado humanizado no solo son procedimientos técnicos sino que involucra la capacidad de percibir al ser humano en sus diferentes dimensiones.

Al valorar la actitud del personal ante la usuaria, la mayoría se califica que siempre atiende a la usuaria con respeto y consideración, se dirige a la paciente por su nombre, se esmera porque la paciente este limpia y cómoda, cumple los medicamentos indicados, las vigila de cerca, toma sus signos vitales, explica los procedimientos que realiza a la usuaria, realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, que mantiene limpia y ordenada su área de trabajo, al comparar lo consignado en el cuestionario de aptitud con las observaciones que se realizaron a la atención brindada se encontró lo siguiente:

Que todo el personal trata a la usuaria con respeto y consideración, no se lava las manos antes y después de realizar un procedimiento, no utiliza guantes antes de cada procedimiento, no siempre llaman a la usuaria por su nombre, cumple oportunamente con el tratamiento indicado, explica a la usuaria el procedimiento, mantiene limpia y ordenada el área de trabajo, la norma materno neonatal indica que el lavado de manos y utilizar guantes antes de realizar un procedimiento es básico e indispensable para brindar una atención segura y libre de riesgo y el personal no lo está incorporando en el momento de brindar la atención.

## X. CONCLUSIONES

1. La mayoría del personal de enfermería es relativamente joven, con poco tiempo de laborar en esta área.
2. El personal de enfermería tiene conocimientos en cuidados obstétricos de emergencia , pero requiere reforzar en los siguientes aspectos:  
En el manejo de la asepsia, específicamente en el lavado de manos, la utilización de guantes previo a realizar un procedimiento, preparar el material en una bandeja, dejar limpia y ordenada su área de trabajo, en la atención del parto, post parto, en el post aborto reforzar en la consejería en planificación familiar y cuidados en la recuperación post AMEU, en la preeclampsia y eclampsia y cuidados del recién nacido.
3. El personal de enfermería valora su actitud como que cumple con los cuidados obstétricos de emergencia y al compararla con las observaciones de la atención se concluye lo siguiente:  
Que el personal de enfermería trata con respeto y consideración a la usuaria  
No siempre la llama por su nombre, no siempre explica a la paciente el procedimiento que le va a realizar y
4. Consideramos que la práctica de enfermería está directamente relacionada con los conocimiento que el personal maneja en cuidados obstétricos de emergencia, por lo que se requiere enfatizar en los mismos para mejorarla y que sea segura para las usuarias
5. El personal de enfermería requiere de capacitación periódica en cuidados obstétricos de emergencia para mantener actualizados los conocimientos y las prácticas y fortalecer las actitudes hacia una atención humanizada y libre de riesgos para la usuaria.

## **XI. RECOMENDACIONES**

1. Mantener actualizados los conocimientos en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería, a través de capacitaciones periódicas.
2. Evaluar el cumplimiento de la normativa en atención obstétrica de emergencia por parte del personal de enfermería, a través de un plan de seguimiento y monitoria de la atención.
3. Elaborar un protocolo de atención de enfermería que sirva de guía en la atención obstétrica de emergencia.
4. Continuar con las investigaciones en cuidados de emergencia involucrando el resto del personal (residentes, especialistas, estudiantes)

## **XII. BIBLIOGRAFÍA**

1. Lena Orleidis Torrealba Padilla. Actitud del personal de enfermería durante el cuidado ofrecido a la paciente obstétrica en el Instituto Venezolano de Seguros Sociales Dr. José María Carabaño Tosta, 1986-8924 , Revista Médica Electrónica de Portales Medicos.com, España 2006.
2. Investigación cualitativa sobre mortalidad materna INAM, abril 2003.
3. Mariano Romero, Silvina Ramos, Edgardo Abalos. Modelo de análisis de la mortalidad materna, observatorio de salud sexual y reproductiva OSSYR, número 3, octubre 2010. ISSN:1853-015x, Buenos Aires Argentina.
4. Mejoramiento de la calidad para la atención obstétrica de emergencia, manual de liderazgo, una adaptación COPE (cliente orientado, proveedor eficiente), Engender Health, 2005.
5. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad materna. CE130R10. Organización Panamericana de la Salud, Washington 2002.
6. Graciela Freyermuth, Paola Sesia. La muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura, ISBN 978-607-95199-0-2, primera edición marzo 2009.
7. Encuesta nacional de demografía y salud ENDESA 2005-2006
8. Estrategia de reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez, Honduras 2008-2015.
9. Salud reproductiva: concepto e importancia, serie PALTEX para ejecutores de programas de salud OPS, número 39, 1996.
10. Norma nacional para la atención materna neonatal, Secretaria de Salud, Republica de Honduras, agosto 2010.
11. Secretaria de Salud, dirección de promoción y protección de la salud, Manual de normas de atención integral para los adolescentes, 2007.
12. Secretaria de salud, estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes en Honduras, 2012.

13. Secretaria de salud, normas y procedimientos de atención para: planificación familiar, climaterio, menopausia, infertilidad, agosto 2012.
14. Secretaria de salud, normas de atención integral a la mujer embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, febrero 2008.
15. Secretaria de salud, atención de la mujer en el post aborto (APA), enero 2011.
16. Juan Manuel Pérez. Atención obstétrica de emergencia en la prevención de la mortalidad materna. Revista de la FCM año 1; volumen 1, numero 2 2004, Tegucigalpa Honduras.
17. Ministerio de salud, Republica de Argentina, manual breve sobre emergencias obstétricas, UNICEF,2012
18. Secretaria de salud, departamento de atención integral a la familia estrategia nacional de cuidados obstétricas y neonatales esenciales(CONE), agosto 2007
19. A.M. López Martínez, M.A. Martin Ortiz, R.M Rodríguez Ferrer, R. Rosa Aguayo, M.I. Sánchez Perruca. Actitudes del personal sanitario del área de parto ante la mujer inmigrante, matronas profesión 2012; 10:32,39
20. Julie Tatiana González Burgos, Diana Carolina Quintero Martínez. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia del II y III nivel de atención, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Bogotá , abril 2009

**ANEXOS**

# **MODELO EXPLICATIVO**

## MODELO EXPLICATIVO

Evaluación de los Cuidados Obstétricos de Emergencia brindados por el Personal de Enfermería en la Unidad de Emergencia de Ginecobstetricia del Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa, Honduras.



## TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	INDICADORES	DEFINICIONES Y OPERACIONALES	VALORES	ESCALA DE MEDICION
1. Características sociodemográficas del Personal Auxiliar de Enfermería.	Edad	Años Cumplidos	20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años Más de 60 años	Continua
	Sexo	Características biológicas que lo identifican como hombre o mujer	Femenino Masculino	Nominal
	Procedencia	Lugar donde vive actualmente.	Barrios y colonias de Tegucigalpa, Comayagüela, Departamento de Francisco Morazán y otros Departamentos.	Nominal
	Estado Civil	Es la situación personal en su relación de pareja.  Soltera: que no tiene pareja. Unión libre: que tiene pareja pero no está casada. Casada: que esta formalizada su relación por la Iglesia o por lo civil.	Soltera Unión Libre Casada	Nominal

	Nivel de Escolaridad	Años de educación formal con los años aprobados	Analfabeta Primaria Incompleta Primaria completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Carrera Nivel Medio. Bachillerato Perito Mercantil Carrera Técnica Universidad Incompleta Universidad Completa Carrera	Nominal
	Antigüedad en el empleo actual	Años de laborar en la Emergencia de ginecobstetricia	< de un año 1 a 10 años 11 a 20 años 21 a 30 años 30 o más	continua
	Tiene otro empleo	Otro empleo fuera del horario del hospital	No si	nominal
2.-identificar los conocimientos en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería	Capacitaciones recibidas sobre cuidados obstétricos de emergencia	No Si Cual fue el tema Hace cuánto tiempo	No Si Cual fue el tema Hace cuánto tiempo	nominal

	Conoce la norma materno neonatal del país	Si no	Si no	nominal
	existe una norma materno neonatal para que la consulte en su área de trabajo	si no	si no	nominal
	conocimientos de cuidados obstétricos de emergencia que maneja el personal de enfermería	Atención del parto, post parto inmediato. Atención del aborto Atención inmediata del recién nacido Atención de preclampsia y eclampsia asepsia y antisepsia Medidas de bioseguridad	Atención del parto, post parto inmediato. Atención del aborto Atención del aborto Atención inmediata del recién nacido Atención de la preclampsia y eclampsia asepsia y antisepsia medidas de bioseguridad	Nominal

<p>3.- Valorar las actitudes del personal de enfermería en los cuidados obstétricos de emergencia.</p>	<p>Actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones</p>	<p>-Atiende a la usuaria con respeto y consideración          -Se dirige a ella por su nombre y con amabilidad          -se esmera porque este limpia y cómoda          -Cumple oportunamente los medicamentos indicados          -Vigila de cerca los cambios observados en su problema de salud          -está pendiente de la toma de signos vitales dos veces en el turno          -explica con paciencia los cuidados y procedimientos que realiza          -realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento          -mantiene limpia y ordenada su área de trabajo</p>	<p>5.-Siempre          4.-Casi siempre          3.-Algunas veces          2.Ocasionalmente          1.-nunca</p>	<p>nominal</p>
--	--	--	--	----------------

<p>4.- describir las prácticas en cuidados obstétricos de emergencia personal de enfermería de la emergencia de ginecobstetricia</p>	<p>La atención a la Usuaría.</p>	<p>Es la oportunidad que tiene la usuaria de recibir atención obstétrica de emergencia en forma rápida.</p>	<p>&lt; de 1 minuto 1 a 4 5 a 9 10 a 14 15 a 19 20 o más</p>	<p>Continua</p>
	<p>Aplicación de los tratamientos.</p>	<p>Recibe el tratamiento indicado.</p>	<p>Recibe el tratamiento indicado: Menor de 10 minutos. 10 a 19 minutos 20 a 29 minutos 30 0 más</p>	<p>Continua</p>
		<p>Exámenes de laboratorio, tomados.</p>	<p>Exámenes de laboratorio tomados: Menor de 10 minutos. 10 a 19 minutos 20 a 29 minutos 30 0 más</p>	<p>Continua</p>
		<p>Resultados de exámenes de laboratorio en el expediente</p>	<p>Menos de una hora. 1 a 2 horas 2.1 a 3 horas 3.1 a 4 horas 4.1 a 5 horas 5.1 o más horas</p>	<p>Continua</p>
		<p>Derivados sanguíneos ordenados y aplicándose a la paciente</p>	<p>Derivados sanguíneos ordenados y aplicándose a la paciente</p>	<p>continua</p>
			<p>Menos de una hora. 1 a 2 horas 2.1 a 3 horas 3.1 a 4 horas 4.1 a 5 horas 5.1 o más horas</p>	

	Comunicación enfermera/ usuaria	-Trata con amabilidad y respeto a la usuaria	Si No	
		-Le explica lo que le hará y le permite que le haga preguntas La menciona por su nombre	Si No	
	Aplicación de las medidas de asepsia	-Aplica el lavado de manos antes y después de cada procedimiento	Si No	
		-Prepara el equipo y material necesario previo a realizar un procedimiento - deja ordenado y limpio el material y equipo después de realizar el procedimiento	Si No	
	Medidas de bioseguridad	-Descarta el material corto punzante en los recipientes destinados para este uso	Si No	
		-Utiliza guantes antes de realizar cada procedimiento	Si No	
		-mantiene el orden y limpieza de su área de trabajo	Si No	

**ENCUESTA**



## INSTRUMENTO No.1

### PERSONAL DE ENFERMERÍA

**Objetivo:** Identificar los conocimientos en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería de la Emergencia de Ginecobstetricia del Hospital Escuela Universitario.

A continuación se le describen una serie de preguntas relacionadas con el trabajo que desempeña en la Emergencia de Ginecobstetricia del Hospital Escuela Universitario, lea detenidamente el siguiente cuestionario y conteste de forma clara y precisa las siguientes preguntas:

Orden: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### I. Datos generales

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: H:\_\_\_\_ M:\_\_\_\_\_
3. Estado Civil: Soltera:\_\_\_\_\_ Casada:\_\_\_\_\_  
Unión Libre: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_
4. Escolaridad:
  - a. Primaria Completa \_\_\_\_\_
  - b. Secundaria Incompleta \_\_\_\_\_
  - c. Secundaria Completa \_\_\_\_\_
  - d. Carrera Nivel Medio:  
Maestro (a) \_\_\_\_\_ Bachiller\_\_\_\_\_ Perito  
Mercantil\_\_\_\_\_

Carrera Técnica\_\_\_\_\_

e. Estudios Universitario:

Carrera\_\_\_\_\_

Completa\_\_\_\_\_ Incompleta\_\_\_\_\_ Cambio

Carrera\_\_\_\_\_

5. Lugar de Residencia:

Departamento\_\_\_\_\_ Municipio\_\_\_\_\_ Barrio o

Colonia\_\_\_\_\_

6. Años que tiene de laborar en la Emergencia de Ginecobstetricia del Hospital Escuela Universitario.

a. < de un año

b. 1 a 10 años

c. 11 a 20 años

d. 21 a 30 años

e. 30 o más años

7. Tiene otro empleo

SI

NO

**II. Conocimientos en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería.**

1.-Capacitaciones recibidas sobre cuidados obstétricos de emergencia

SI

NO

¿Cuál fue el tema?\_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo?\_\_\_\_\_

2.--Conoce la norma materno neonatal del país.

Sí  No

3.-Existe una norma materno neonatal para que la consulte en su área de trabajo

Sí  No

4.- En pocas palabras describa los aspectos más importantes de los cuidados obstétricos de emergencia que realiza en las siguientes situaciones:

a) Atención del parto, post parto inmediato.

---

---

---

---

b) Atención del aborto.

---

---

---

---

c) Atención inmediata del recién nacido.

---

---

---

---

d) Atención de preclampsia y eclampsia.

---

---

---

---

e) asepsia y antisepsia.

---

---

---

---

f) Medidas de bioseguridad

---

---

---

---

Orden	Indicador	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Ocasionalmente	Nunca
1.	Atiende a la usuaria con respeto y consideración.					
2.	Se dirige a ella por su nombre y con amabilidad.					
3	Se esmera porque este limpia y cómoda.					
4	Cumple oportunamente los medicamentos indicados.					
5	Vigila de cerca los cambios observados en su problema de salud.					
6	Está pendiente de la toma de signos vitales dos veces en el turno.					
7	Explica con paciencia los cuidados y procedimientos que realiza.					
8	Realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento.					
9	Mantiene limpia y ordenada su área de trabajo.					

**Valorar las actitudes del personal de enfermería en los cuidados obstétricos de emergencia.**

Gracias por su colaboración



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



**INSTRUMENTO No.2**

**Objetivo:** Describir las prácticas en cuidados obstétricos de emergencia del personal de enfermería de la Emergencia de Ginecobstetricia del Hospital Escuela Universitario.

Se realizaran observaciones de la atención que brinda el personal de enfermería relacionadas con el trabajo que desempeñan en la Emergencia de Ginecobstetricia.

Fecha\_\_\_\_\_

Turno\_\_\_\_\_

Orden\_\_\_\_\_

1. Tomar el tiempo que tarda la enfermera en atender a la usuaria al llegar a la emergencia de ginecobstetricia:

a) < De 1 minuto\_\_\_\_\_

b) 1 a 4 \_\_\_\_\_

c) 5 a 9 \_\_\_\_\_

d) 10 a 14 \_\_\_\_\_

e) 5 a 19 \_\_\_\_\_

f) 20 o más \_\_\_\_\_

Observaciones\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Tomar el tiempo que tarda la enfermera en cumplir con el tratamiento indicado:

- a) Menor de 10 minutos \_\_\_\_\_
- b) 10 a 19 minutos \_\_\_\_\_
- c) 20 a 29 minutos \_\_\_\_\_
- d) 30 0 más \_\_\_\_\_

3. Tiempo que tarda en tomar exámenes de laboratorio indicados:

- a) Menor de 10 minutos \_\_\_\_\_
- b) 10 a 19 minutos \_\_\_\_\_
- c) 20 a 29 minutos \_\_\_\_\_
- d) 30 0 más \_\_\_\_\_

4. Tiempo transcurrido desde la toma hasta que los resultados estén en el expediente:

- a) Menos de una hora \_\_\_\_\_
- b) 1 a 2 horas \_\_\_\_\_
- c) 2.1 a 3 horas \_\_\_\_\_
- d) 3.1 a 4 horas \_\_\_\_\_
- e) 4.1 a 5 horas \_\_\_\_\_
- f) 5.1 o más horas \_\_\_\_\_

5. Tiempo transcurrido desde la orden de transfusión hasta su aplicación

- a) Menos de una hora \_\_\_\_\_
- b) 1 a 2 horas \_\_\_\_\_
- c) 2.1 a 3 horas \_\_\_\_\_
- d) 3.1 a 4 horas \_\_\_\_\_
- e) 4.1 a 5 horas \_\_\_\_\_
- f) 5.1 o más horas \_\_\_\_\_

6. Observar si la enfermera trata con amabilidad y respeto a la usuaria

Sí  No

7. Observar si la enfermera(o) explica a la usuaria lo que le hará y le permite que le haga preguntas.

SI  NO

8. Observar si la enfermera(o) llama a la usuaria por su nombre.

SI  NO

9. Observar si la enfermera aplica el lavado de manos antes y después de cada procedimiento.

SI  NO

10. Observar si la enfermera prepara el equipo y material necesario previo a realizar un procedimiento.

SI  NO

11. Observar si la enfermera deja ordenado y limpio el material y equipo después de realizar el procedimiento

SI  NO

12. Observar si la enfermera descarta el material corto punzante en los recipientes destinados para este uso.

SI  NO

13. Observar si la enfermera utiliza guantes antes de realizar cada procedimiento.

SI  NO

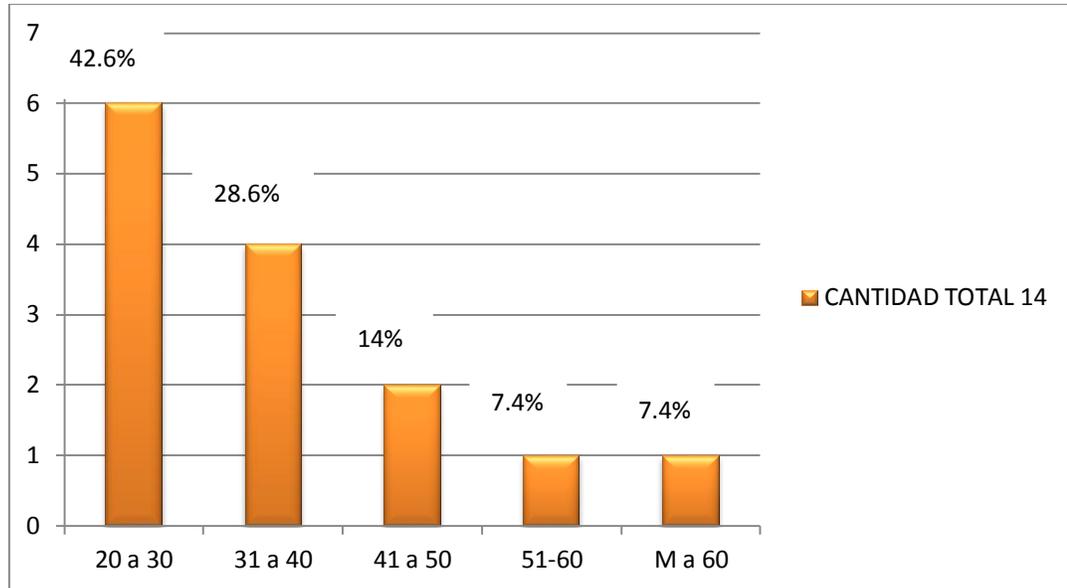
14. Observar si la enfermera mantiene el orden y limpieza de su área de trabajo

SI  NO

# **GRÁFICOS Y TABLAS**

## GRAFICO N°1

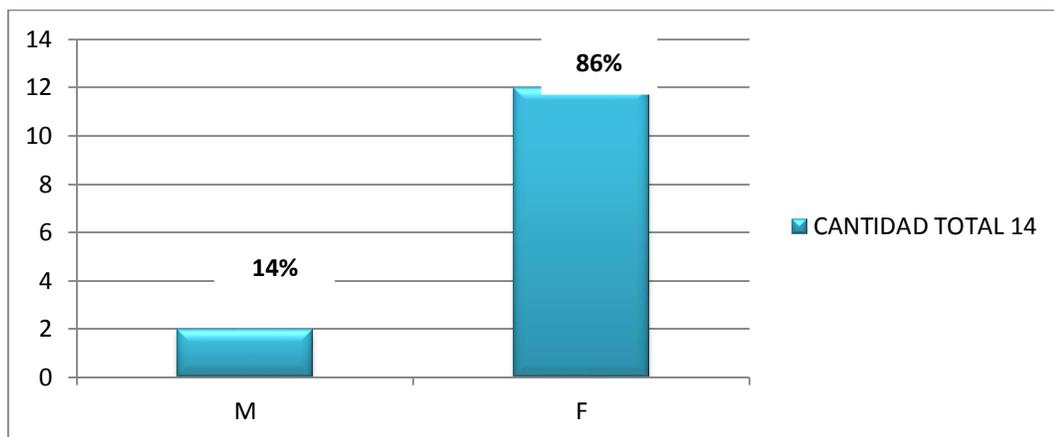
### Edad del personal de enfermería



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

## GRAFICO N°2

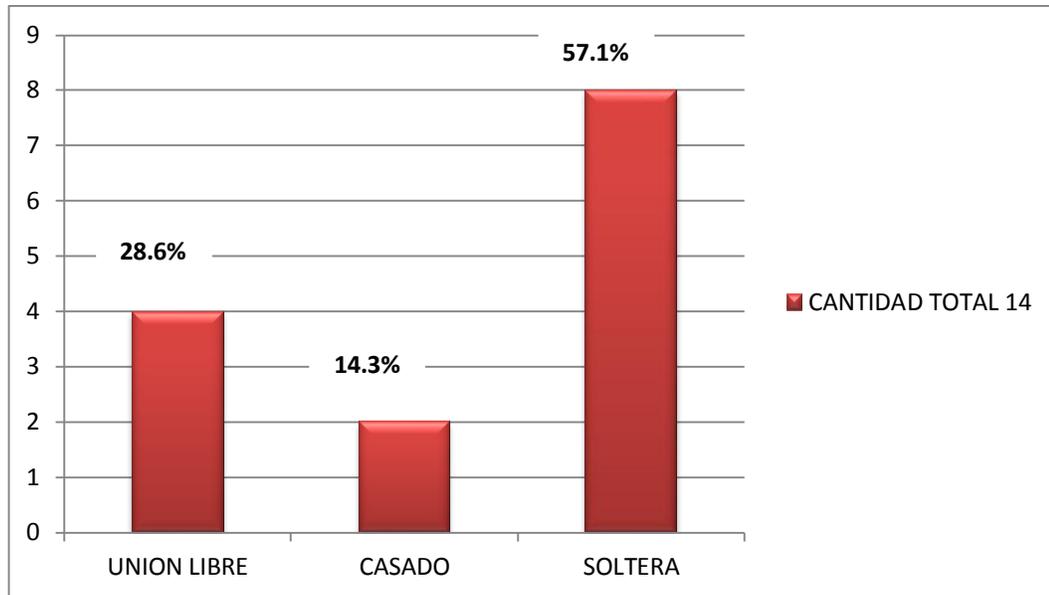
### Personal de enfermería según sexo



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

### GRAFICO N°3

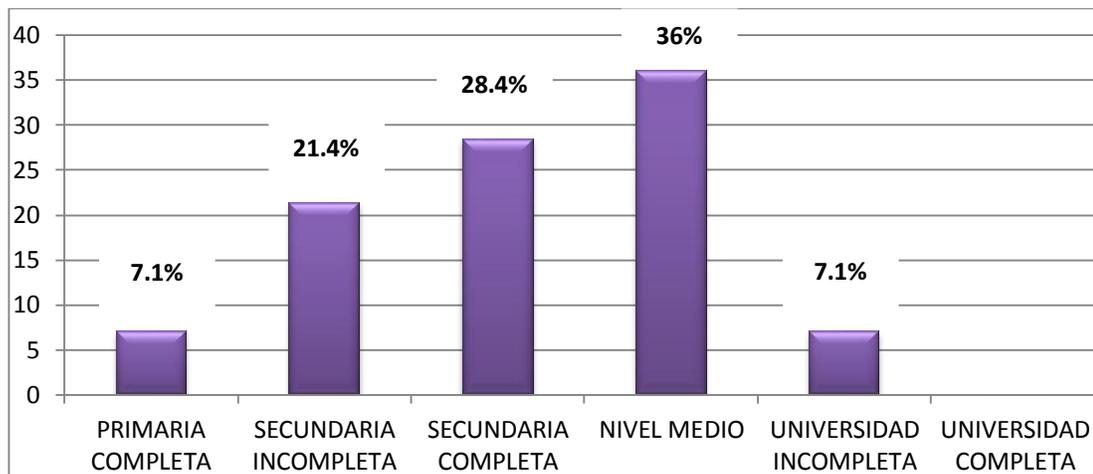
#### Personal de enfermería según estado civil



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

### GRAFICO N°4

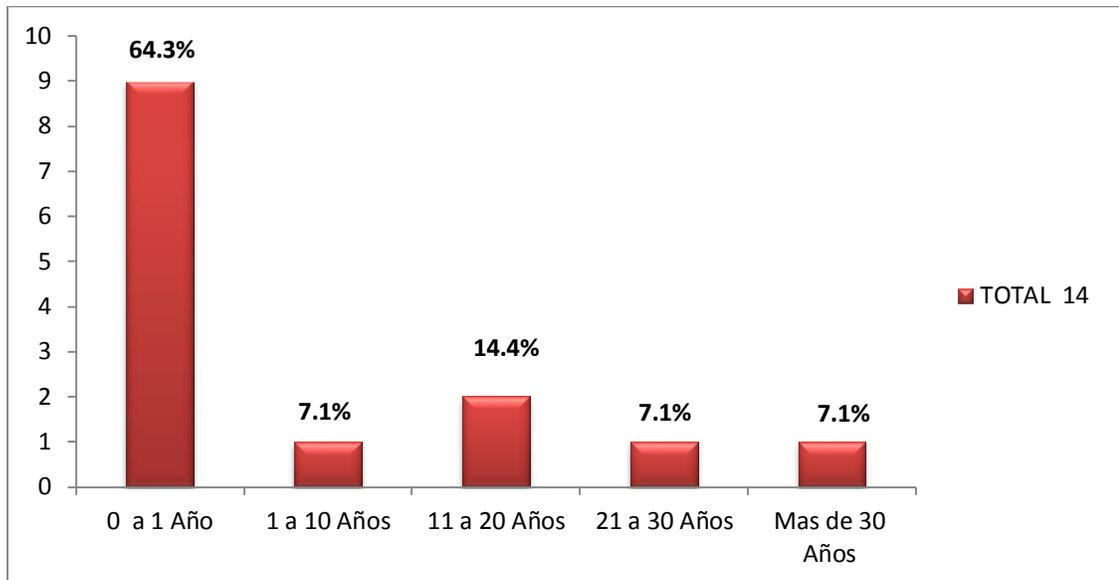
#### Personal de enfermería según nivel educativo



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

## GRAFICO N°5

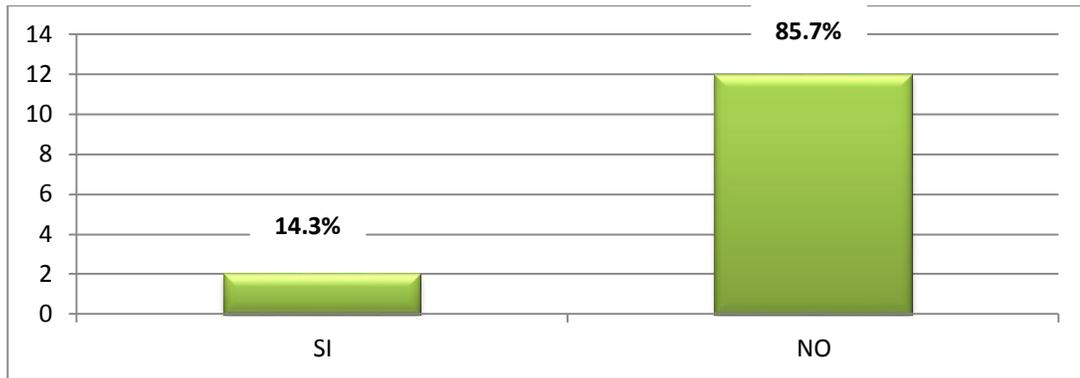
### Personal de enfermería según años de laborar



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

## GRAFICO N°6

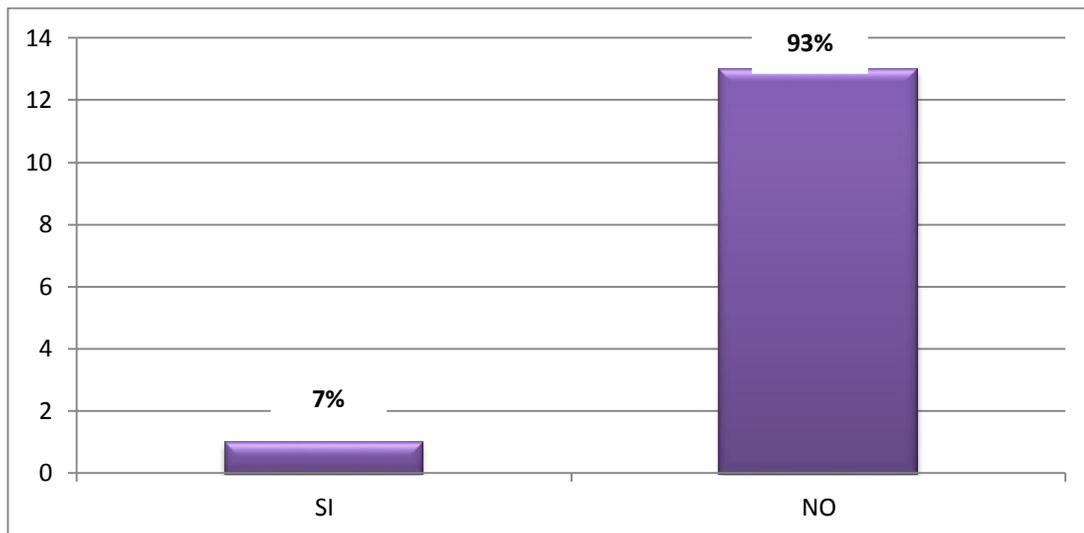
### Personal de enfermería que posee otro empleo



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

## GRAFICO N°7

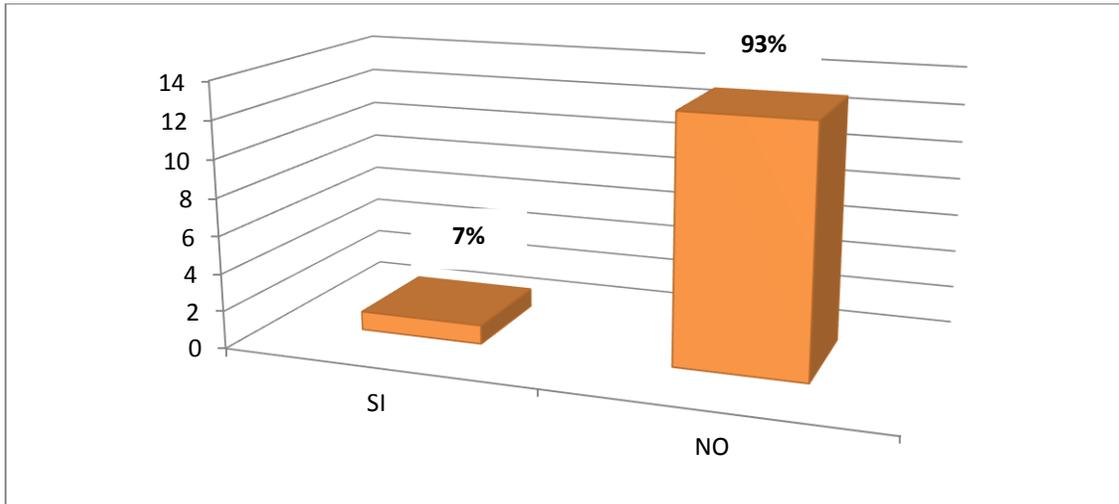
### Personal de enfermería que ha recibido capacitaciones en cuidados obstétricos de emergencia



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

### GRAFICO N°8

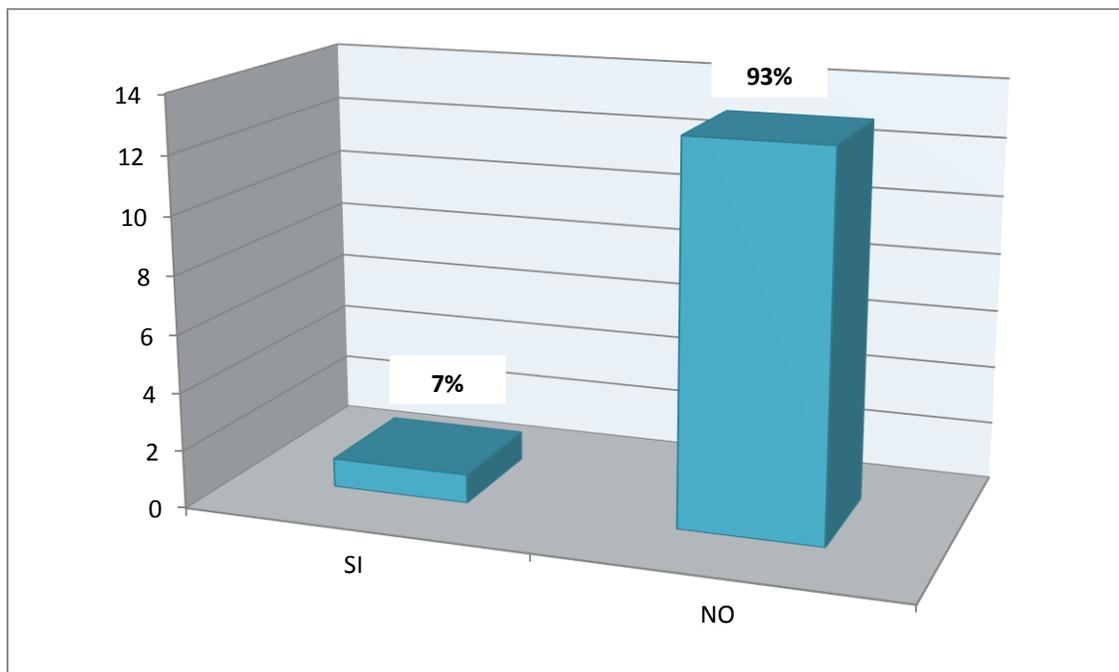
#### Personal de enfermería que conoce la norma materno-neonatal



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

### GRAFICO N° 9

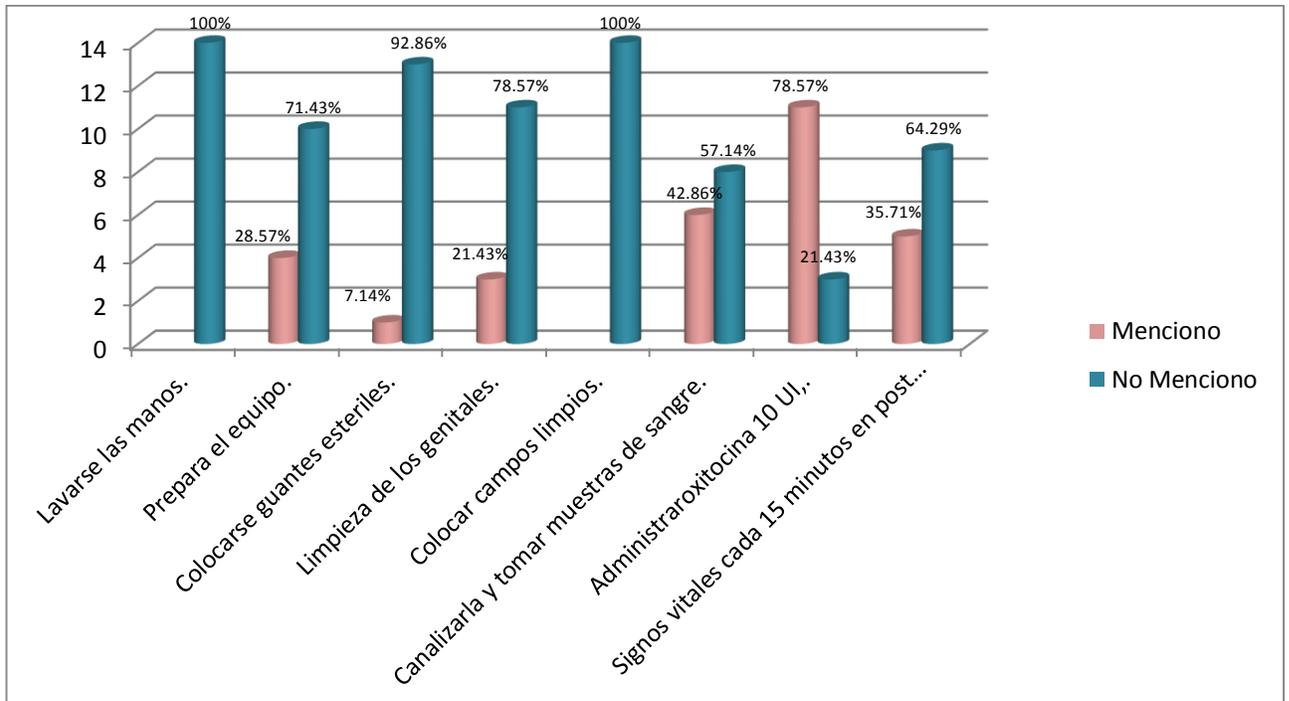
#### Norma materno neonatal en su área de trabajo



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

## GRAFICO N° 10

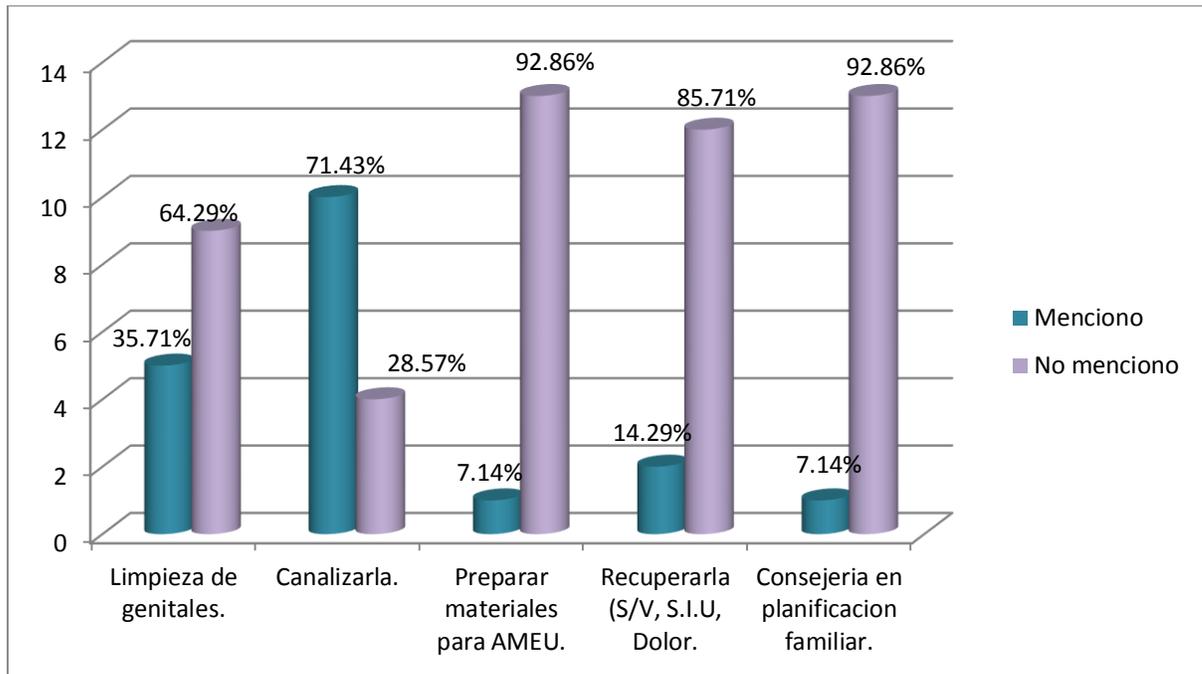
### Descripción de la atención del parto y post parto inmediato



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginec Obstetricia 2014.

## GRAFICO N° 11

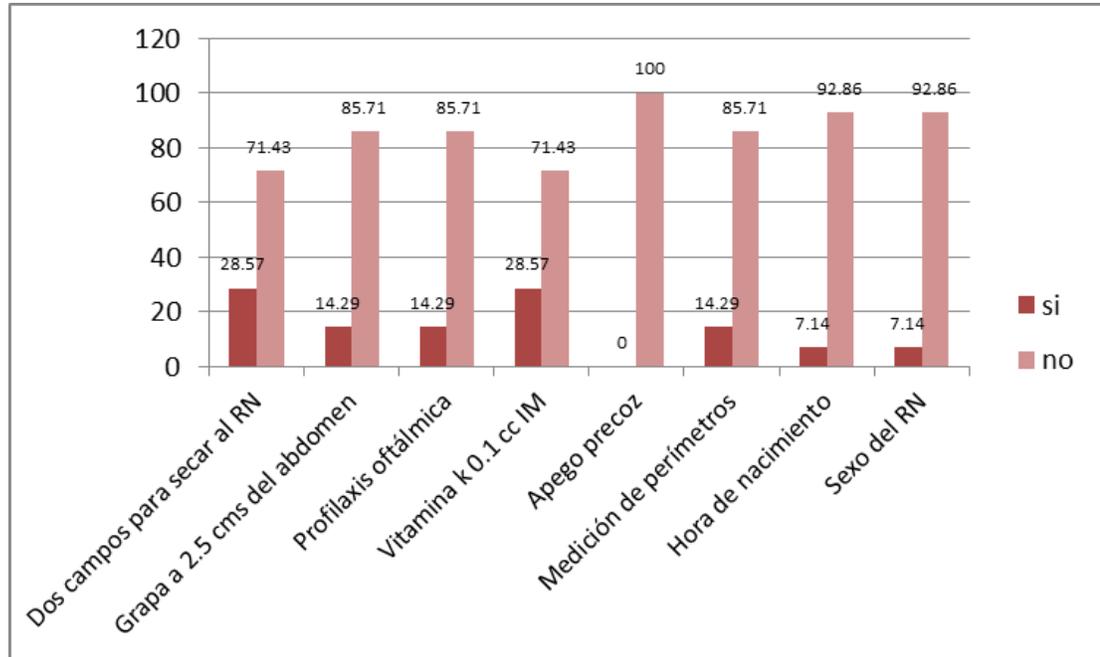
### Descripción de la atención del aborto



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014.

## GRAFICO N° 12

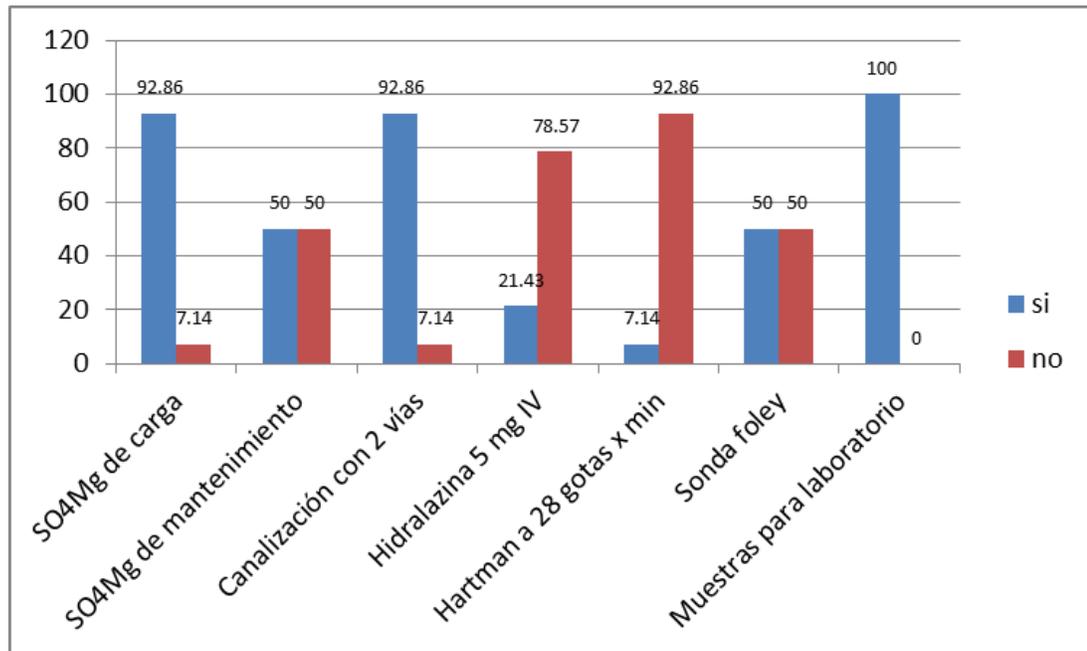
### Descripción de la atención inmediata del recién nacido



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014.

### GRAFICO N° 13

#### Descripción de la atención de pacientes con preclampsia y eclampsia



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

**GRAFICO N° 14 Conocimiento de la asepsia y antisepsia**

*Mejorar el grafico (falta colocar porcentaje en las barras verdes y rojas)*

*-Lavado de manos antes y después de cada procedimiento*

*Menciono 0*

*No menciono 14.... 100%*

*-Limpieza del área de trabajo*

*Menciono 0*

*No menciono....14....100%*

*-preparación del material en la bandeja*

*Menciono... 1...7.13%*

*No menciono... 13....92.87%*

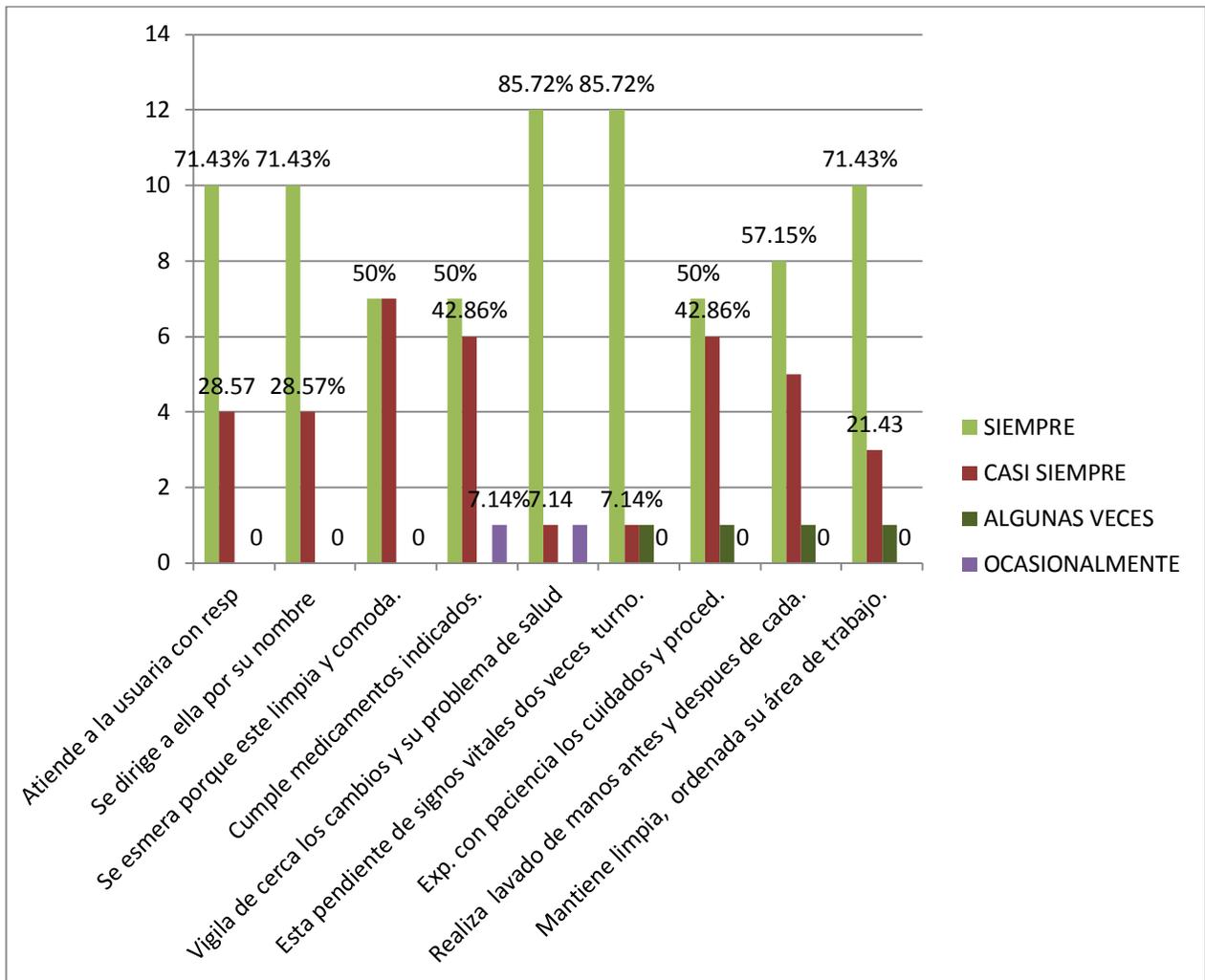
*-colocarse guantes antes de cada procedimiento*

*Menciono...6...42.86%*

*No menciono....57.14%*

**GRAFICO N° 15 *arreglar grafico (falta colocar el porcentaje en las barras color verde oscuro son 4 de 1% y rojo***

**Actitud del personal de enfermería en los cuidados obstétricos de emergencia**



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginec Obstetricia 2014.

**TABLA N° 1****Actitud del personal de enfermería en los cuidados obstétricos de emergencia**

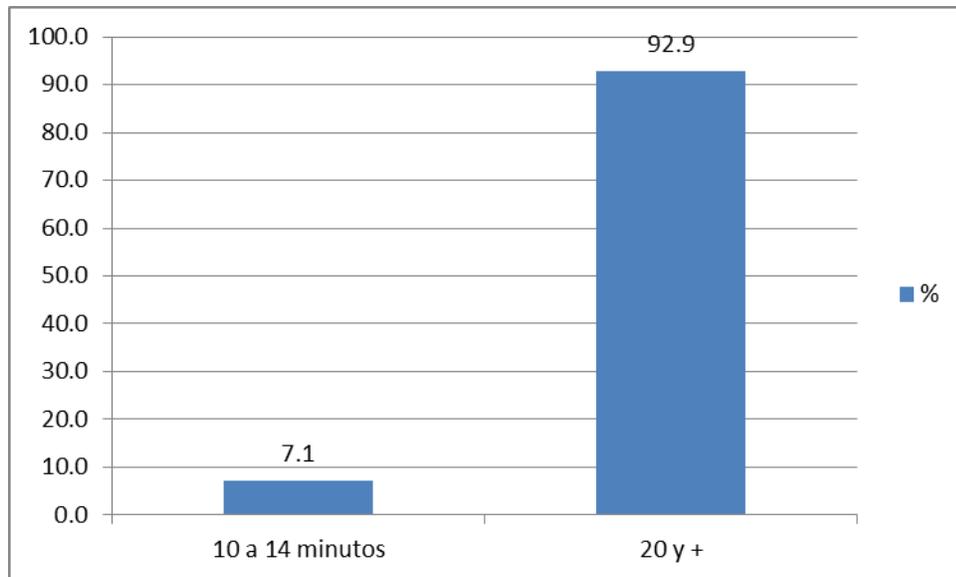
ORDEN	INDICADOR	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	OCASIONALMENTE
		%	%	%	%
1	Atiende a la usuaria con respeto y consideración	71.4	28.6	0	0
2	Se dirige a ella por su nombre y con amabilidad.	71.4	28.6	0	0
3	Se esmera porque este limpia y cómoda.	50	7 50	0	0
4	Cumple oportunamente los medicamentos indicados.	50	42.86	-	7.14
5	Vigila de cerca los cambios observados en su problema de salud	85.71	7.14	-	7.14
6	Está pendiente de la toma de signos vitales dos veces en el turno.	85.71	7.14	7.14	0
7	Explica con paciencia los cuidados y procedimientos que realiza.	50	42.86	7.14	0
8	Realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento.	57.14	35.71	7.14	0
9	Mantiene limpia y ordenada su área de trabajo.	71.43	21.43	7.14	0

Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginec Obstetricia 2014.

## SEGUNDA ENCUESTA: observación de la atención

### GRAFICO N° 1

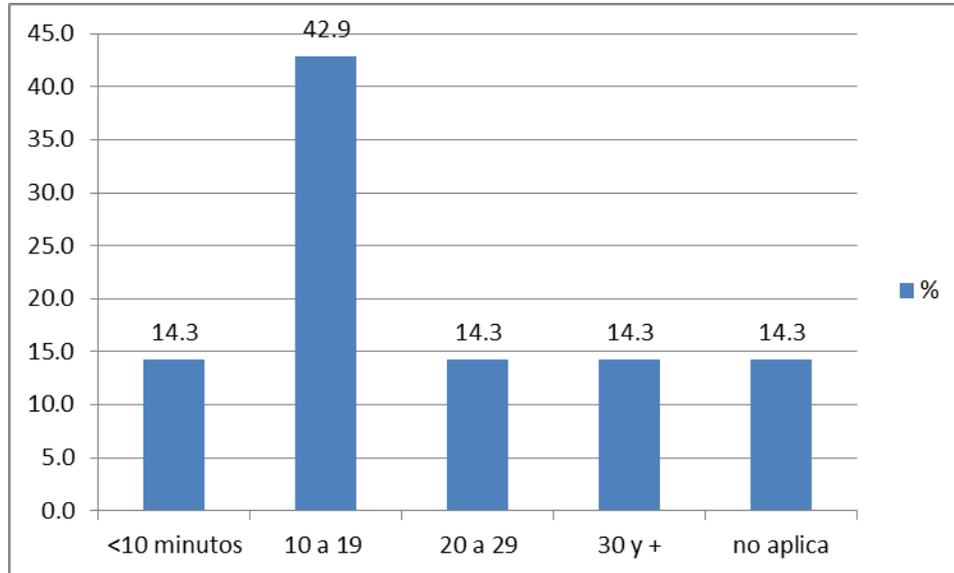
#### Tiempo de espera para ser atendida



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014.

## GRAFICO N° 2

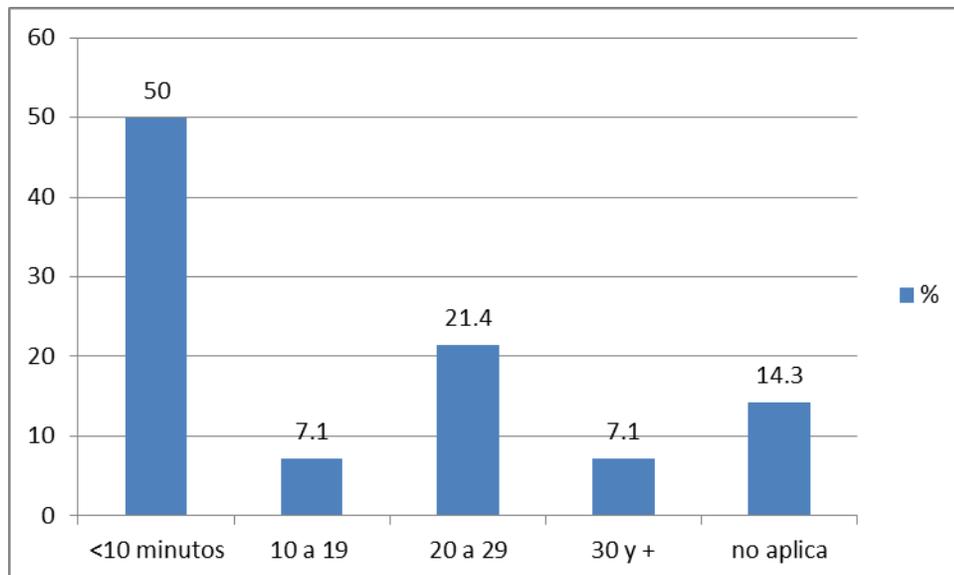
### *Tiempo de cumplimiento del tratamiento indicado*



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

## GRAFICO N° 3

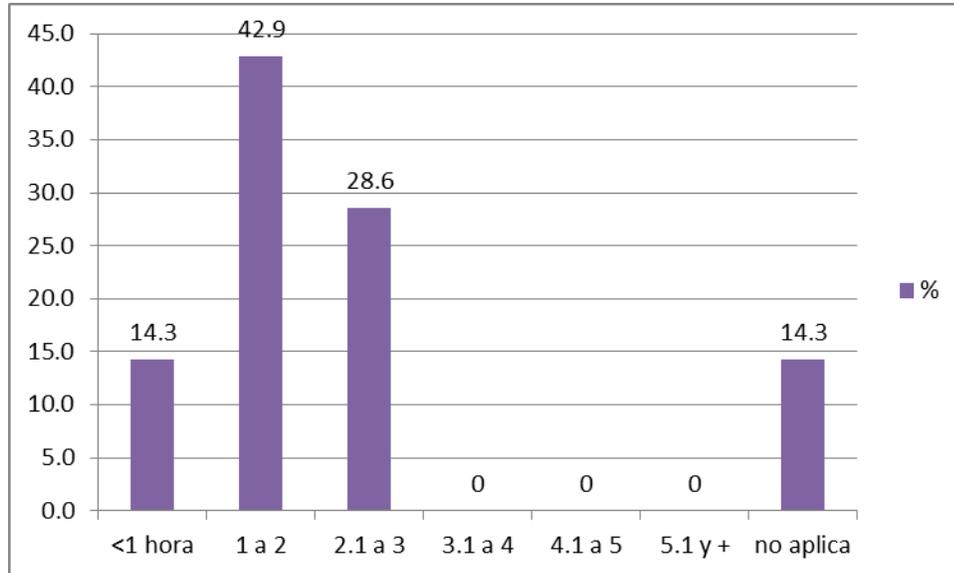
### *Tiempo de toma de la muestra de exámenes de laboratorio*



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

#### GRAFICO N° 4

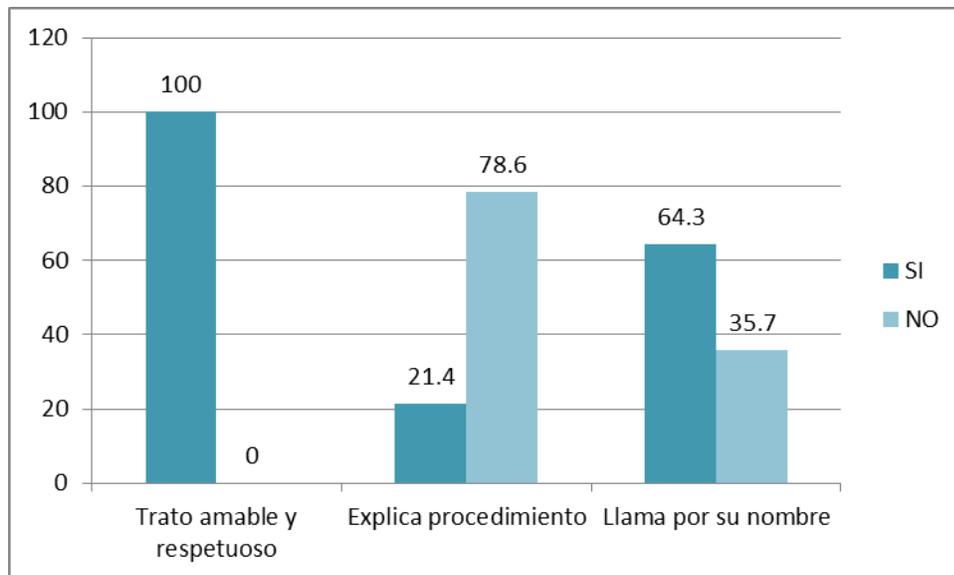
*Tiempo que tardan los resultados de laboratorio en estar en el expediente*



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

#### GRAFICO N° 5

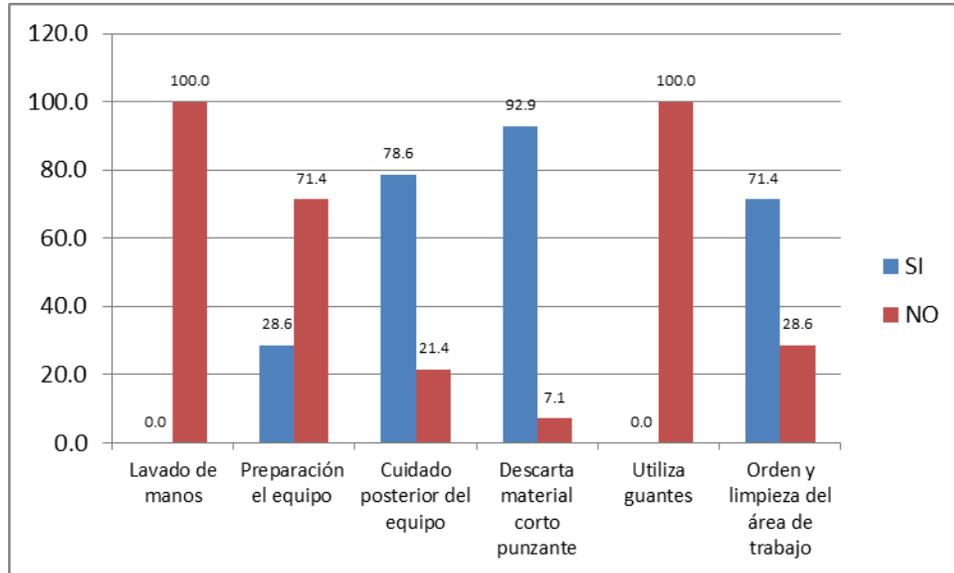
*Observación de la atención brindada*



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014.

## GRAFICO No 6

### Observación de la atención brindada



Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014

## TABLA N° 2

### Cuadro comparativo entre lo consignado por el personal de enfermería en el cuestionario de actitud y lo observado en la atención brindada

<b>parámetros</b>	<b>Cuestionario de actitud (siempre)</b>	<b>Observación en la atención (si)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Atiende a la usuaria con respeto y consideración</i></li></ul>	71.4%	100%
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Se dirige a ella por su nombre</i></li></ul>	71.4%	64.3%
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Cumple oportunamente con el tratamiento</i></li></ul>	50%	50%
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Explica a la usuaria el procedimiento</i></li></ul>	50%	21.4%
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Realiza el lavado de manos antes y después del procedimiento</i></li></ul>	57.14%	0
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Mantiene limpia y ordenada el área de trabajo</i></li></ul>	71.43%	71.43%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal del área de Emergencia de Ginecobstetricia 2014