

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Trabajo Monográfico para optar al Título de Médico y Cirujano.

TEMA:

**Calidad de Atención del Puerperio Fisiológico Inmediato en pacientes
atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional Santiago
Jinotepe, En El Período: Febrero 2010.**

ELABORADO POR:

**Br. Lesther Antonio Aragón Guevara
Br. Rafael Humberto Cruz Lugo**

TUTOR Y ASESOR METODOLÓGICO:

**Dr. José de los Ángeles Méndez
Profesor Universitario Gineco-obstetra**



Managua, Abril del 2010.

MED
378.242
Ara
2010

Don x Fac. de med. - 04/08/2010.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro tutor Dr. José de los Ángeles Méndez una excelente persona y profesional, quien nos brindó su apoyo incondicional y fortaleció nuestra confianza y seguridad para poder culminar nuestro estudio.

Le pedimos a Dios que le guarde y bendiga, que le brinde sabiduría e inteligencia para que siga desempeñando su excelente labor como docente e investigador, y siga brindando apoyo a otros estudiantes que también necesiten de su ayuda.

Agradecemos también a nuestros padres por habernos dado la vida, y apoyo durante nuestra formación como profesionales.

Agradecemos también a la Dra. Alcira Mejía Páramo, por su apoyo incondicional, como amiga y compañera.

OPINION DEL TUTOR

La calidad de atención forma parte del desarrollo básico de una sociedad, como principio fundamental de la satisfacción del usuario en la atención en salud conlleva a aplicar y reconocer una serie de estándares e indicadores y el porcentaje de cumplimiento, lo que al final refleja como estamos laborando en servicio del que solicita ayuda.

Esta es una tarea ardua, mantener en forma constante una evaluación sistemática de nuestro actuar y proceder sin olvidar de que se involucran en este proceso una serie de elementos medio ambientales, estructurales y actitudes.

Basados en la importancia que revierte medir la calidad de atención es que los investigadores Lèsther Aragòn Guevara y Rafael Cruz Lugo, se han preocupado a través de este esfuerzo investigativo, mostrar la realidad en la que se está laborando y a través de sus pesquisas y recomendaciones mejorar, cambiar o modificar elementos que permitan elevar el nivel de calidad de atención en este grupo tan especial como son las puérperas.

Reciban los investigadores de mi parte mis màs altas muestras sinceras de aprecio y felicitaciones por haber concluido con éxito esta primera etapa de su vida profesional y orientarles a continuar desarrollando el proceso investigativo como pilar fundamental de la formación médica con calidad.

Dr. José de los Ángeles Méndez
Médico Especialista en
Ginecología y Obstetricia
C.O. MINSU 9427

Dr. José de los Ángeles Méndez
Gineco – Obstetra HBCR.

RESUMEN

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe en el período febrero del 2010, con el objetivo de identificar como es la calidad de atención brindada a las pacientes ingresadas en la sala de puerperio fisiológico inmediato. El estudio fue descriptivo de corte transversal, cuyo universo estuvo conformado por 107 puérperas de las cuales se tomaron como muestra las mismas, seleccionadas por conveniencia no probabilística.

La recolección de los datos se realizó a través de tres instrumentos: una ficha de observación, una ficha de recolección de datos aplicada al expediente clínico y una encuesta de satisfacción para la cual se entrevistó de manera directa a las usuarias.

Para medir la calidad de atención se dió puntajes a los instrumentos realizados los que en su totalidad suman 100 puntos: ficha de observación 33 puntos, ficha de recolección de datos 34 puntos y encuesta de satisfacción 33 puntos. Posteriormente se elaboró una escala de valoración de la calidad de atención: Bueno 90-100 puntos, regular 70-89 puntos y mala menos de 70 puntos.

Se encontró en lo que respecta a estructura que la distancia entre cama y cama, distancia entre cama y pared es inadecuada, la iluminación, ventilación, espacio para moverse y accesibilidad a los servicios higiénicos y limpieza de los mismos fue considerada como parcial, la limpieza de la sala, disponibilidad de ropa y agua potable disponible en sala y en baños fue considerada como adecuada.

En lo referente al proceso se identificó que en todos los casos se aplicó oxitocina profiláctica, en la mayoría de los casos se realizó un buen monitoreo del puerperio durante las primeras dos horas críticas y no se indicaron ni valoraron exámenes de laboratorio de rutina en todas las pacientes.

En lo que respecta a la encuesta de satisfacción se obtuvo lo siguiente, el 98.1% de las usuarias refirieron haber recibido una atención fraterna por parte del personal de salud, el 100% refirió que volvería a esta unidad para solicitar atención nuevamente.

Con los datos obtenidos en este estudio se pudo concluir que la calidad de atención global brindada a las pacientes participantes del estudio fue regular.

INDICE

<i>I INTRODUCCION.....</i>	<i>pág. 1</i>
<i>II ANTECEDENTES.....</i>	<i>pág. 4</i>
<i>III JUSTIFICACION.....</i>	<i>pág. 8</i>
<i>IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</i>	<i>pag.9</i>
<i>V OBJETIVOS.....</i>	<i>pág. 10</i>
<i>VI MARCO TEORICO.....</i>	<i>pàg.11</i>
<i>VII DISEÑO METODOLOGICO.....</i>	<i>pág. 49</i>
<i>VIII OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....</i>	<i>pág. 52</i>
<i>IX RESULTADOS.....</i>	<i>pág. 56</i>
<i>X ANALISIS Y DISCUSION RESULTADOS.....</i>	<i>pàg.60</i>
<i>XI CONCLUSIONES.....</i>	<i>pág. 64</i>
<i>XII RECOMENDACIONES.....</i>	<i>pág. 66</i>
<i>XII BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>pág. 67</i>
<i>XIII ANEXOS.....</i>	<i>pág.69</i>

I INTRODUCCION

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo, el parto y el Puerperio continúa siendo 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 100000 nacidos vivos, lo que representa no sólo una tragedia para las familias individuales sino también una pérdida muy grande para la sociedad. La pérdida de vidas a causa de complicaciones durante el embarazo, la incidencia de morbilidad y discapacidad y los impactos sociales y económicos subrayan la necesidad urgente de reducir la mortalidad materna en la región. (9)

El mayor acceso a los servicios maternos de calidad, ha sido respaldado por los gobiernos nacionales y por agencias internacionales. El Ministerio de Salud en conjunto con agencias de cooperación externa como USAID, OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, han venido impulsando estrategias que contribuyan a la reducción de la mortalidad Materna y Neonatal siendo una de ellas la vigilancia de la calidad de los procesos de atención en salud de la embarazada y el recién nacido.

El plan nacional para la reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil del ministerio de salud de Nicaragua, aún vigente, contempla entre sus líneas la implementación de la estrategia de Maternidad Segura así como la movilización y organización comunitaria alrededor de los problemas de salud de su comunidad y de la mortalidad materna. Estableciéndose objetivos y resultados esperados. Los estándares e indicadores de calidad permiten determinar el nivel de acercamiento de las metas del plan de Reducción por parte de las unidades de salud. (5)

Las limitaciones estructurales son importantes pero las evidencias reflejan que aún en las condiciones actuales se puede mejorar el control y vigilancia del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Se debe de considerar “reducir la mortalidad materna a través de trabajos coordinados y con la participación del Ministerio de Salud y los organismos socios para aumentar la demanda comunitaria de nacimientos asistidos y el cuidado de las complicaciones, aumentar el acceso a cuidados maternos y obstétricos con calidad y calidez, mediante la implementación de prácticas basadas en la evidencia científica actual”.

Según las metas de desarrollo establecidas en la cumbre del Milenio, en su Objetivo No.5 Nicaragua se comprometió a mejorar la salud materna, reduciendo 2/3 la tasa de mortalidad materna y asegurar el acceso universal a métodos anticonceptivos para el 2015 (9). Mejorar la cobertura de la atención prenatal, parto y puerperio, para esto es necesario poner en marcha acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de la oferta y la calidad de los servicios, promover la atención del parto y puerperio para disminuir los riesgos de mortalidad materna. (10)

La calidad y eficiencia en la atención del parto, así como en el puerperio son importantes y conllevan a la necesidad de medirlas, pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes de la que se relaciona con la atención prestada. La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria; tiene un alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además de la estancia que lógicamente ofrecen. La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector de la salud.

Según la OMS las complicaciones puerperales inmediatas, son las principales causas de morbi-mortalidad materna más fácilmente prevenible y tratable, reduciendo la incidencia de mortalidad, en aquellas mujeres que se han sometido a un parto institucional y además considera urgente que los servicios sanitarios proporcionen la asistencia con alta eficiencia, calidad adecuada y de fácil acceso a todos los niveles de la prestación de los servicios. (8).

LA Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado que para disminuir estas tasas se deben efectuar evaluaciones periódicas y considerar los elementos de la estructura, el proceso y los resultados, solo así se lograrán servicios acordes con las necesidades de la población que los demanda. El Ministerio de Salud de Nicaragua y los servicios seccionales de salud han venido reestructurando el Programa Materno Infantil, mediante la definición de políticas, objetivos y normas para cumplir con las metas de la OMS en este grupo de la población.

La actual situación de salud de Nicaragua y las prioridades del Ministerio de Salud hacen necesario desarrollar a la brevedad un sistema de evaluación de calidad que aborde simultáneamente esta problemática, en el primer y segundo nivel de atención, este sistema no debe incluir solamente medición continua del trabajo del personal, sino también la definición de criterios y estándares generales que puedan ser aceptados por el personal y los usuarios para garantizar que el proceso asistencial en los centros de atención tengan un determinado nivel de calidad, como para dar condiciones mínimas de seguridad a la población.

II ANTECEDENTES

En la encuesta nacional de desarrollo realizada en el año 2001, se evidenció que existen barreras para que las poblaciones más pobres puedan acceder a los servicios que brindan las instituciones del sector público, los que están siendo utilizados por los estratos con mayores recursos económicos. A Pesar de los esfuerzos por incrementar la cobertura de los servicios de salud, ya sea por razones geográficas, económicas, culturales e incluso de falta de información sobre los beneficios de los servicios de salud. (12)

En el marco de seguimiento de los acuerdos brindados en la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo (CIPS) realizada en Egipto en 1994, se realizó un diagnóstico sobre atención segura por el MINSA – OPS encontrando los principales resultados:

- El 93.7 % expreso que el monitoreo y evaluación no se realizaba.
- El 100% afirma que no existen actividades de monitoreo y seguimiento principalmente por que no existen planes estratégicos en el servicio

Proveedores:

- El 26 % considero que la atención brindada en los servicios era buena, el 62 % opino que la atención era regular y el 10 % era mala.
- Los principales problemas y limitantes que enfrentan los servicios para la realización de su trabajo es la escasez de recursos humanos en 13.7 %
- El trato brindado por el personal a las usuarias fue considerado como regular en el 54 %

Usuaris:

- El tiempo trascurrido para recibir atención considerada como integral fue en 31.3 % posterior a 24 horas después del parto.
- El nivel de confianza en el personal que le brinda atención fue en un 78% en los médicos y 74.7 % en el personal de enfermería.
- La orientación sobre los procedimientos a realizársele reporta que solo el 59.3 % recibió explicación por parte del personal, el 44 % no comprendió la explicación y el 59 % no le explicaron los riesgos.

Desde los años 93-94 el Ministerio de Salud ha venido impulsando un amplio proceso de reflexión y ajusta a sus políticas y estrategias principalmente las relacionadas con la organización de los servicios de salud y la priorización en la atención de los grupos poblacionales más desprotegidos de Nicaragua. (10)



En 1994, se profundiza la reorganización del MINSA y se inicia una revisión de los mecanismos y procedimientos para la entrega de servicios de salud a la población, dándose inicio a la formulación de un nuevo modelo de atención que permita alcanzar progresivamente un amplio grado de integralidad en la prestación de los servicios.

A pesar de que en 1994, se trató de diseñar y aplicar un nuevo modelo de atención con el interés de lograr la integridad en el abordaje a las personas, eficiencia en el uso de los recursos y equidad en el acceso, entre otros principios, no obstante, la integralidad no se logró, ya que solo se realizó el abordaje de la atención a la mujer y la niñez, con intentos de extensión a la adolescencia sin desarrollar el concepto de integralidad hacia otros grupos poblacionales; hubo falta de coordinación inter programática, ya que no se contempló la integración de los diferentes programas de atención a daños y al medio ambiente, por lo que la atención siguió ofreciéndose de forma paralela.(14)

Los sistemas de salud en América Latina y el Caribe en buena parte de los países son altamente segmentados; con gran desintegración, no necesariamente responden a la satisfacción de las necesidades de salud de la población; ni a sus expectativas en relación con la calidad de la atención. (2)

En el documento elaborado por el MINSA sobre el plan nacional de reducción de la mortalidad materna, perinatal e infantil, publicado en agosto del 2003, se reconocen entre los principales factores que condicionan la elevada morbilidad y mortalidad materna e infantil: factores socio económicos, inadecuadas condiciones de higiene, alto riesgo reproductivo, alto riesgo obstétrico, y los factores relacionados a la deficiente calidad en la atención. (10)

La calidad de prestación de los servicios de salud tiene como uno de los principales indicadores de salud, la tasa de mortalidad materna e infantil. La Organización Mundial de la Salud ha planteado que para disminuir estas tasas se debe hacer la programación de las actividades en los servicios, con un reconocimiento previo de la comunidad usuaria de los recursos y de la tecnología disponible. (16)

En un estudio realizado por Wong Blandón Yudi y cols. Sobre Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud: perspectivas de los usuarios, en Matagalpa durante Noviembre 2002. Se encontró que a un 5% de

los entrevistados no se les respetó su privacidad, 2% refieren haber recibido mal trato sobre todo por enfermería, un 32% tuvo que comprar medicamento, el 92% refirió no haber pagado la atención. (20)

En un estudio realizado por la Dra. Katy Avendaño sobre la calidad de la atención del parto desde la percepción de las pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Fernando Vélez Páiz Agosto – Noviembre 2004. Se encontró que la información recibida sobre condición del embarazo y puerperio el 44% obtuvieron mala información y el 42% buena información. Con respecto a la comodidad de las salas donde fueron atendidas las pacientes fueron buenas para un 48.5%, regular para un 35% y malas un 18%. De la compra del medicamento fuera del hospital, el 77% de las pacientes refirieron que no hubo necesidad de abastecimiento externo y el 23% si tuvo que comprar medicamentos. (15)

En un estudio realizado por Dávila Álvarez Eddy. Sobre calidad de atención del puerperio fisiológico inmediato de las pacientes atendidas en el servicio de maternidad del hospital Bertha Calderón Roque, en septiembre-noviembre del 2006. Se encontró que la satisfacción de la usuaria en la estructura hospitalaria fue adecuada y parcialmente adecuada en los mismos porcentajes, describiendo que la iluminación y la limpieza de la sala son adecuadas, la cantidad de salas, dotación de ropa son inadecuadas, la limpieza de los servicios higiénicos son parcialmente adecuados. La privacidad de las usuarias es adecuada en su mayoría, refiriendo que no hubo personal ajeno durante la exanimación existiendo un cuarto exclusivo para la atención, sin embargo no es cubierta con sabana durante la exanimación ginecológica en su totalidad. Con respecto a la relación médico – paciente desde la percepción de la usuaria la consideran inadecuada en su mayoría con 66.7% y adecuada en el 33.3%. El cumplimiento de los estándares de calidad de atención del puerperio inmediato según lo encontrado con soporte en el expediente clínico de las pacientes en estudio fue parcialmente adecuada en su mayoría en 83.4%. (16)

En el 2007, Monterrey y Olivares, en un estudio sobre calidad de atención del puerperio inmediato de las usuarias ingresadas en el servicio de puerperio fisiológico y patológico en el hospital regional Santiago de Jinotepe, mayo-junio del 2007, encontraron que en la estructura: la iluminación de la sala fue valorada como parcial en un 82.67%, al igual que la accesibilidad a los servicios higiénicos 80.67%, la limpieza de la sala y los servicios higiénicos fue buena con un 96.67%. En cuanto a la satisfacción de la usuaria se encontró que el 73.4% refirió sentirse satisfecha con la atención brindada, y el 88% de

las usuarias manifestó que regresaría al hospital para ser atendida nuevamente. Se encontró también que el personal de salud se identifica ante la usuaria en más del 50%, la aplicación de oxitocina profiláctica alcanzó un 86% y el registro de complicaciones a penas un 38%, la vigilancia del puerperio y el llenado de la nota de recibo no obtuvo resultados favorables. (17)

III JUSTIFICACION

La atención institucional del parto y puerperio inmediato es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto y puerperio, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

La muerte materna puede ocurrir durante el embarazo, parto o puerperio, esto refleja el estado básico de salud de la mujer, su acceso a los servicios de salud y la calidad del servicio que recibe.

Es responsabilidad de los servicios de salubridad el manejo de los problemas de salud de la mujer, para ello se requiere el aumento de las coberturas y de mejorar la calidad de atención que se brinda, interviniendo precozmente para evitar las complicaciones maternas.

La calidad de los servicios de atención en salud está íntimamente relacionada con la capacidad científica y humana del personal, así como la existencia de material y equipos disponibles de los servicios ofertados, accesibilidad de las usuarias. Es por eso que con el presente estudio se pretende conocer la calidad de atención de las usuarias en el servicio de puerperio fisiológico inmediato del Hospital Regional Santiago Jinotepe, los resultados obtenidos al finalizar este estudio, servirán de aporte para la toma de decisiones en la formulación de estrategias o actividades para los dirigentes de salud, contribuyendo de esta forma a mejorar la calidad de atención de las usuarias del servicio.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se considera que alrededor de 25-33% de todas las muertes ocurridas en mujeres en edad reproductiva en los países en vías de desarrollo se da como resultado de complicaciones del embarazo o el parto. De todos los indicadores de salud monitorizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna es una de las que muestra mayor discrepancia entre los países denominados desarrollados y en vías de desarrollo.

Según “Technical Support” de junio del 98, de la OMS, el periodo en que ocurren las muertes maternas en los países desarrollados son embarazo 22%, parto 7% y el puerperio en un 72%, cifras similares se logran observar en los países en vías de desarrollo: embarazo 24%, parto 16% y puerperio 61%.

Las cifras más elevadas se manifiestan siempre en el periodo del puerperio, según reportes internacionales esto se debe principalmente a un “Cierta Abandono” en la vigilancia de la prevención de complicaciones en todos los periodos del puerperio, es por esto que se plantea la interrogante:

¿Cómo es la calidad de atención del puerperio fisiológico inmediato en las pacientes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional Santiago Jinotepe Carazo en el mes de febrero del 2010?

V OBJETIVOS

Objetivo General:

- Identificar como es la calidad de atención del puerperio fisiológico inmediato de las pacientes que fueron atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional Santiago Jinotepe durante el mes febrero del 2010.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los principales datos generales de las pacientes en estudio.
2. Identificar los principales datos gineco - obstétricos del grupo de pacientes en estudio.
3. Identificar el nivel de calidad de atención en relación a la estructura (Condición de sala)
4. Identificar el nivel de calidad de atención en relación al proceso.
5. Identificar el nivel de calidad de atención en relación a resultado (Satisfacción de Usuaría).

VI MARCO TEORICO

La evaluación de calidad es una de las tres actividades fundamentales para mantener la misma, las otras dos son la definición de la calidad (elaboración de estándares) y el diseño/ rediseño de procesos, y el análisis de sus resultados debe servir para llevar a cabo los reajustes necesarios en el sistema de calidad.

La calidad ha sido definida como la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas. Palmer (1989): definió calidad como la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario. La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edward Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera: **“Hacer lo correcto en la forma correcta de inmediato”**. (19)

Los indicadores son medidas cuantitativas, generalmente expresadas como porcentajes, de la presencia o de unos criterios de calidad previamente definidos. Los criterios de calidad son condiciones o atributos deseables que deben cumplir algunos aspectos de la atención a la salud. Para cada criterio relevante hay que elaborar el indicador correspondiente. Así es como nos encontraremos con indicadores de estructura, proceso y de resultados.

CONTROL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

El control de la calidad de la atención médica en función de los componentes de la asistencia sanitaria, analiza la estructura, el proceso y el resultado.

ESTRUCTURA:

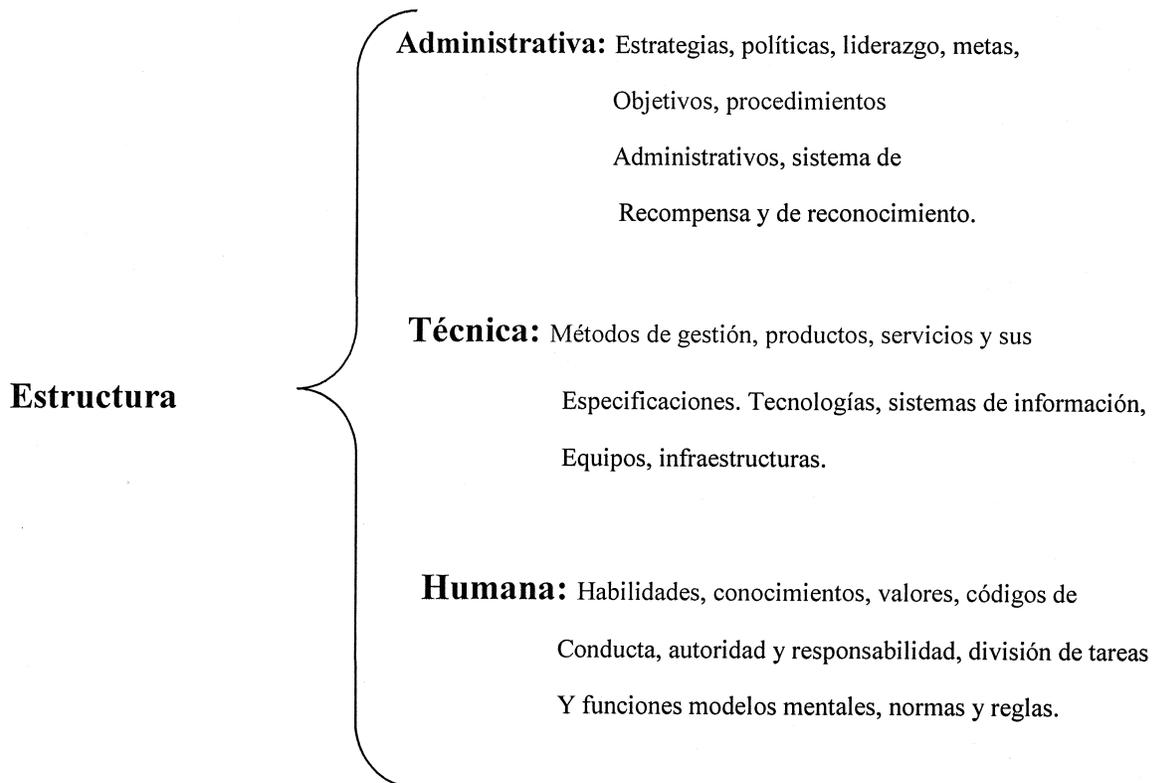
Comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención sanitaria de los instrumentos y recursos que tiene a su alcance y los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y calificación profesional así como el número, tamaño, equipo y localización geográfica de los hospitales, el origen de la financiación la organización formal e informal de la prestación de los servicios, el proceso de producción, el sistema retributivo de los profesionales y la organización formal del personal médico y de enfermería.

PROCESO:

Son las interacciones entre los profesionales y sus clientes acerca de los cuales se puede emitir un juicio de su bondad tanto con la observación directa como del análisis de la información registrada. Contempla también aquello que el paciente hace para cuidarse así mismo (el esfuerzo dedicado por el individuo a la promoción y mantenimiento de su estado de salud).

Dentro del análisis de los procesos cabe el estudio de dos campos diferentes pero interrelacionados. Por una parte los aspectos científicos, técnicos y los aspectos que de él se deriva y por la otra las relaciones establecidas entre los profesionales y consumidores: es el análisis de la función relacional. Las relaciones interpersonales pueden tener una influencia importante en la calidad técnica debido al alto grado de contacto e interdependencia existente en las actividades medicas.

ESQUEMA 1.1



Disposiciones Para El Edificio:

La sala de recuperación obstétrica incluye área de trabajo de enfermeras, debe estar en forma modular (cubículos) para que proporcione aislamiento. Cada cubículo debe tener capacidad para una cama-camilla con su área tributaria correspondiente.

El área en las secciones de hospitalización tienen 8m cuadrados, mínimo por enfermo en salas generales y 12m cuadrados por enfermo en cuartos individuales.

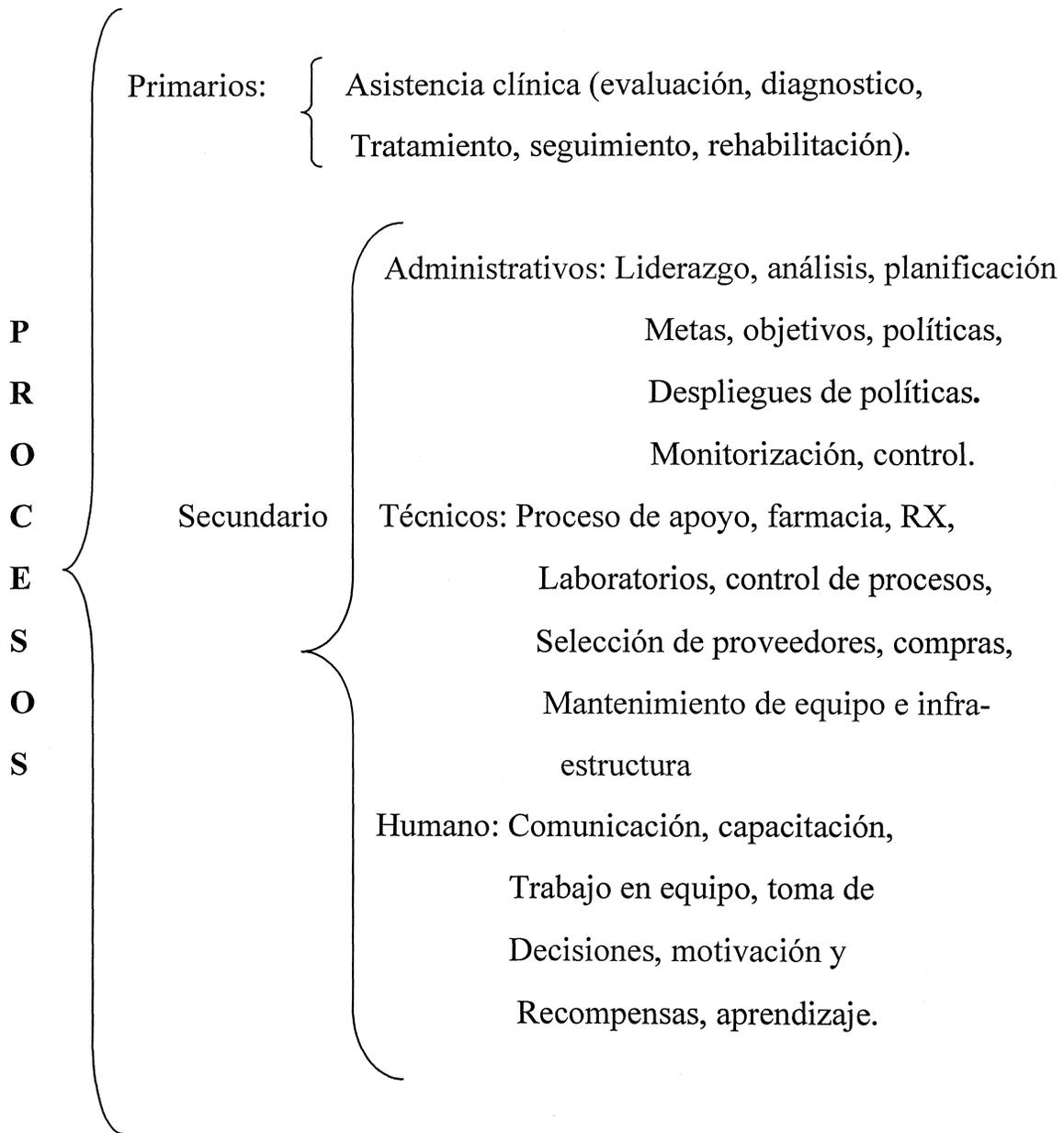
La distancia mínima entre camas es de 120cms, De borde a borde, y de 180cms, de pie a pie de cama, la distancia mínima a paredes o ventanas laterales es de 60cms.

Los procesos dentro de una organización obedecen a las reglas de juego que les marca la estructura, son el resultado de patrones estructurales de comportamiento y por tanto si queremos modificar los procesos habrá que ver si la estructura lo permite o hay que modificarla. Muchos intentos de rediseño de procesos acaban introduciendo inestabilidad en el sistema o directamente en fracasos estrepitosos precisamente por dejar intacta la estructura.

Las características de los procesos asistenciales están mas directamente relacionadas con los resultados obtenidos de las características de la estructura.

Los indicadores para medir la calidad de los procesos se pueden obtener fácilmente de la historia clínica u otros registros.

ESQUEMA 1.2



RESULTADOS:

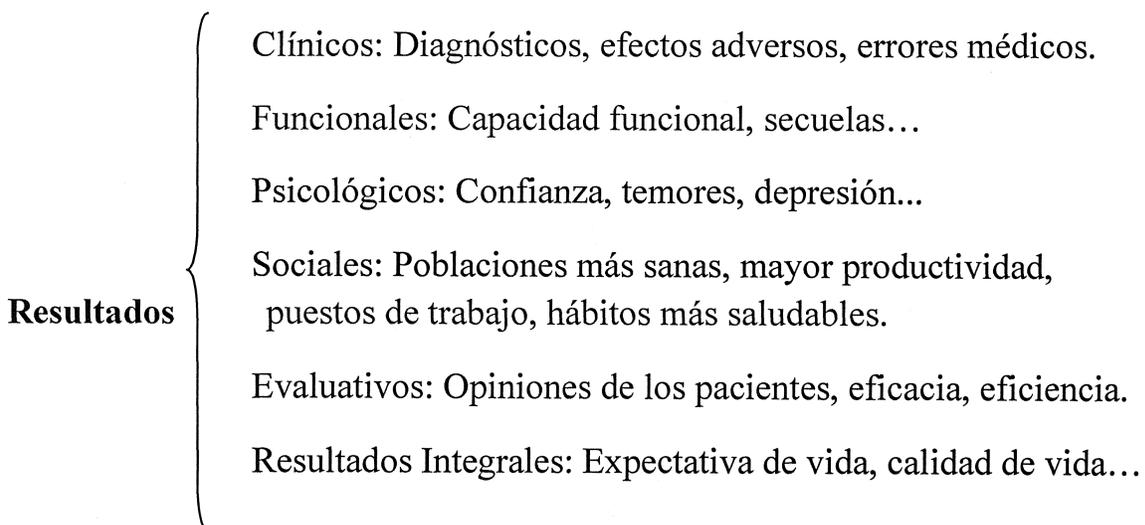
Es el cambio atribuible a la atención médica que se produce en el estado actual y futuro en la salud de la paciente. Se incluye en la mejora de la función social y psicológica, las nuevas actitudes del paciente, el conocimiento adquirido sobre la salud y las modificaciones de los hábitos de vida. La OMS considera que el resultado de la atención médica es bueno cuando el paciente recibe un diagnóstico correcto y los servicios terapéuticos lo conducen al estado de salud óptimo alcanzable en este paciente.

Entre los tres componentes de la atención médica: estructura, proceso y resultado se establece una relación funcional considerando que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso y que un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado.

SEPHS: Establece que la evaluación de la calidad asistencial debe hacerse con:

1. El análisis de las condiciones de la calidad previas necesarias para una
2. atención.
3. El análisis de los elementos de la actividad médica.
4. Evaluaciones clínicas cuantitativas sobre cuestiones técnicas y científicas.
5. El análisis de los efectos de la atención.

ESQUEMA 1.3



EL ENFOQUE ESTRUCTURAL

El enfoque estructural como método de evaluación de la calidad asistencial se define como la formación de los médicos y la necesidad de normalizar el ingreso en las facultades de medicinas, los planes de estudio, la especialización y la formación continua.

El examen de la estructura hospitalaria es un método indigesto de medidas de la calidad de la atención hospitalaria. Se basa en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. Las evaluaciones aisladas de la estructura pueden llevar a conclusiones erróneas acerca de la calidad del resultado y no se ha demostrado que exista relación alguna entre los resultados de las medidas retrospectivas de la calidad de asistencia con métodos estructurales y los obtenidos con el empleo de técnicas de proceso o de resultados.

Aceptadas como características de la estructuras las propuestas por los diversos autores, el análisis estructural pone de manifiesto algunas propiedades comunes a todas las industrias de servicios, tales como la educación, la accesibilidad al sistema, la capacidad de adaptación de la estructura organizativa a un entorno cambiante, la capacidad técnica científica del personal, equipo y materiales utilizados, el marco físico donde se desarrollan las operaciones, así como la adecuación de los procesos de producción a las necesidades de los clientes internos y externos.

EL ENFOQUE DEL PROCESO

Se basa en la Asunción de que si se explican plenamente el conocimiento médico del momento y la tecnología disponible, es más probable un buen resultado que si se emplea de manera deficiente. El análisis del proceso, como método de evaluación de la calidad de la atención médica, está generalmente aceptado. Según sus defensores, el proceso es la parte más invariable de la asistencia sanitaria aun cuando cambie su contenido y esta vinculado al efecto, aunque la relación exacta no siempre se pueda conocer y los profesionales sanitarios no puedan sino emplear adecuadamente los mejores conocimientos y métodos disponibles para el cuidado de sus pacientes.

Por otro lado los criterios del enfoque son más fáciles de cambiar condicionados por los avances de la ciencia que los criterios estructurales o de resultados. Sin embargo se han formulado algunas objeciones a este método.

EL ENFOQUE DEL RESULTADO

Su fundamento es que, dado que los objetivos de la asistencia sanitaria son curar la enfermedad, frenar el proceso, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y el sufrimiento, el éxito y la calidad de la asistencia sanitaria deben medirse según el grado de consecución de estos objetivos.

El resultado real de los servicios sanitarios en su efecto en la cantidad y calidad de vida. Es la satisfacción del paciente, la adquisición de conocimientos, de actitudes, habilidades de salud y el impacto en la población.

En general la medida de los resultados se considera el mejor medio para evaluar el nivel de calidad de los cuidados asistenciales. Sin embargo, los resultados son consecuencias atribuibles a la asistencia dispensada y para hacer un juicio sobre la calidad se debería poder identificar que asistencia ha sido específicamente responsable de un resultado.

Esta conexión entre la asistencia, antecedentes y el consecuente resultado es con mucha frecuencia difícil de establecer originando lo que Donabedian llamo "Problema de atribución". (17)

Medir los resultados es algo más que difícil. Cuando los resultados se producen mientras se presta la asistencia, son fácilmente observables y pueden evaluarse sin problemas.

Esas dificultades son contrarrestadas por varias ventajas, una de ellas es la capacidad de inclusión que tienen muchas medidas de resultados. Otra ventaja es que los resultados permiten evaluar indirectamente la destreza y habilidades con que la asistencia se llevo a cabo y además permiten que los pacientes puedan juzgar la calidad de atención que recibieron.

La OMS: integra eficiencia, accesibilidad perspectiva del usuario, definiéndola como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Para evaluar la calidad desde la perspectiva del proveedor se revisan:

- Calidad técnica.
- Efectividad de la solución del problema.
- Eficiencia en la solución con el menor costo.

Para evaluar la calidad desde la perspectiva del usuario se revisan:

- Relación interpersonal.
- Acceso.
- Comodidades.
- Calidad técnica.
- Efectividad.
- Continuidad.
- Seguridad.

Además en la evaluación de la calidad se considera el apoyo de la mujer, su pareja y su familia:

- Proteger la salud y la vida de la mujer.
- Respetar su derecho a información, opciones y participación.
- Dar apoyo físico y emocional continuo.
- Tratar con cortesía y bondad.
- Facilitar la comunicación eficaz.
- Obtener consentimiento y permiso.
- Asegurar la privacidad y confidencialidad.
- Respetar la costumbre, creencias culturales, deseo y preferencia de la mujer.
- Dar a la mujer tanta información como lo desea.
- Que la mujer se sienta segura y confiada.
- Proporcionar apoyo empático durante toda su estadía.
- Facilitar buena comunicación entre los proveedores, la mujer y su acompañante.
- Proporcionar apoyo físico y empático continuo, se asocia con menor necesidad de medicamento y analgesia.

DEFINICIONES:

Estándar: Es una declaración de la calidad esperada. Es una expectativa en relación a un proceso determinado, es la medida del desempeño esperado.

Indicador: Reflejan aspectos concretos de la actividad en salud ya sea del primer o segundo nivel de atención, su propósito es verificar el grado de cumplimiento de las acciones referidas en los requerimientos de cada estándar y el impacto que ellas tienen en las usuarias. Son las expresiones obtenidas en el desempeño a través de la relación cuantitativa entre las variables que interactúan en un mismo proceso, facilitan la medición y propician el análisis, lo que da origen a planes de mejoras para su cumplimiento.

A través de ello se mide no solo la calidad científica técnica de los proveedores de salud sino también la satisfacción de los usuarios.

En el segundo nivel de atención se considera como muestra 20 expedientes tomados al azar (aleatorio sistemática) del total de usuarias a quienes se les halla realizado la atención del parto en la unidad de salud monitoreada. Si la unidad de salud hubiese atendido menos de 20 expedientes se tomará como muestra el total del universo.

Define como buen trato: Cuando una usuaria de los servicios de obstetricia en la encuesta manifiesta haber sido atendida con amabilidad, este indicador es verificable a través de encuestas que se deben realizar cada tres meses.

En los servicios de salud hay **dos tipos de calidad:** (1)

1. Técnica: Es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar después de tomar en cuenta el balance de las ganancias o perdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas las partes. Esta calidad recoge el pensamiento de quien la aplica (Médicos, Enfermera y Administradores etc.), con su cosmovisión y formación académica.

2. Sentida: Esta subjetividad de los usuarios debe ser explicada y expresada por ellos, corresponde a la satisfacción razonable de su necesidad, luego de la utilización de los servicios.

Entonces, calidad es el cumplimiento de las normas técnicas, pero también de las necesidades sentidas por el usuario. Por lo tanto, el impacto sobre la salud es el resultado de la calidad técnica de la atención y la calidad del servicio:

CALIDAD TOTAL = Calidad de Atención más Calidad de Servicio.

Mejorar la calidad implica implantar un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica de la atención y aumento de la satisfacción de las necesidades sentidas por los usuarios. (1)

En una institución se reconocen cuatro componentes vitales para la existencia de la calidad total, para que exista mejoramiento continuo de los servicios se necesita un buen **sustento técnico** de calidad, llevado adelante por **equipos** de trabajo motivados con un compromiso activo del nivel **gerencial** para apoyar el proceso.

El equipo, junto con la herramienta científica de resolución de los problemas, se ubican en la base del triangulo por que representa a la parte en contacto diario con usuario. Si falla esta base será difícil mejorar el servicio.

Los servicios de salud en su diario transitar se encuentran al frente de problemas, algunos son visibles, así: el desperdicio de los insumos, los trámites complicados y el papeleo, la subutilización del personal, equipos e infraestructura, la alta mortalidad, etc. Sin embargo toda esta situación tiene un componente no visible, como la ineficiencia de los procesos, los equipos obsoletos, la pérdida de imagen de la institución de salud, etc. “La organización de los servicios de salud deben supeditarse a las necesidades de los demandantes expresado en forma de organización conciencia adecuada, debiéndose diseñar practicas de salud que coloquen como centro de cambio las condiciones de vida y de trabajo, a través de programas integrales que actúan transformadoramente sobre el papel de reproducción social de dicha clase”. (1)

La atención de los servicios de salud que es mas adecuada cuando se estructura en función del sistema de necesidades cada vez cambiante y ascendente de la población, se logra mediante la participación popular en la planificación y manejo de acciones de salud. Considerando la integralidad de las acciones como un eje fundamental.

En las sociedades donde la mortalidad materna es alta como en Nicaragua, existe generalmente muchos factores causales: pobreza, analfabetismo, higiene y nutrición deficiente, medios de transporte precario y servicios médicos inadecuados. (3)

En América Latina y el Caribe con el fin de implementar la estrategia de reducir las enfermedades y defunciones materna en **cincuenta por ciento para el año dos mil**, se establecieron acciones entre ellas el Plan Regional para la Reducción de la Muerte Materna y otras acciones encaminadas a la implementación de cuidados obstétricos esenciales en los once países de América Latina que tiene las más altas cifras de mortalidad materna, entre ellos Nicaragua. (10)

En Nicaragua dando repuestas al compromiso asumido por el gobierno y en especial por el MINSA, sean realizados diversos esfuerzos para la educación de la mortalidad materna y perinatal, entre esto es importantes mencionar lo siguiente.(14)

- En Agosto de 1993, el MINSA asume el compromiso de implementar la iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y la Madre.
- En 1994, el MINSA adopta el modelo de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia implementando como un pilar importante para la reducción de la muerte materna, en donde se modifica el enfoque materno infantil por un enfoque de atención integral.
- En 1996, se establece el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna con el propósito de desarrollar un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de los datos, al que se le suma el Sistema de Vigilancia de Mortalidad Perinatal, iniciando el registro a partir de 1998 en las Unidades del MINSA.
- Implementación de las Normas para la Atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio, Normas de Planificación Familiar y Manual de Salud Reproductiva, así como las pautas generales para la organización y Atención de Emergencias Obstétricas en todos los SILAIS del país.

Esta acciones concluyeron en la elaboración de un plan Nacional de reducción de la mortalidad materna, perinatal e infantil el cual responde a los nuevos criterios e identificados en la Política Nacional de Salud.

CLASIFICACION DE LOS CRITERIOS ESTANDARES.

Los criterios y estándares traducen las características de la calidad de la asistencia sanitaria en instrumentos de medida. Se clasifican:

❖ Según el enfoque del análisis:

- ✓ De estructura.
- ✓ De proceso.
- ✓ De resultados.

Estos se evalúan con los siguientes indicadores:

ESTRUCTURA:

➤ Disponibilidad de los recursos:

Disponibilidad de los servicios de atención en el puerperio, considerando unidades que cuentan con personal capacitado y equipos completos para brindar una atención con calidad.

➤ Condiciones de la planta física y equipamiento:

La disponibilidad de equipos se encontraba supeditada a la donación de los mismos de parte de agencias de cooperación o por proyectos financiados por organismos internacionales.

➤ Abastecimiento técnico y material:

La distribución y accesibilidad del instrumental no sigue el mismo proceso que los demás insumos médicos que dispone el sistema oficial.

➤ Gestión local.

PROCESO:

➤ Competencia técnica:

Es la eficiencia con la que todos los miembros del equipo de prestadores de servicios de salud desarrollan sus habilidades relativas de atención.

➤ Integralidad en la prestación de servicios:

Aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, culturales, étnicos y circunstanciales que debe estar presente de manera interrelacionada en la atención en salud.

➤ Relaciones interpersonales:

La interacción entre la mujer y el equipo de prestadores de servicios de salud, cuando busca y recibe atención en el parto y puerperio, debe estar caracterizada por, respeto y apoyo a la mujer, no tener actitudes de incriminación, prejuicio o coerción en la prestación del servicio con el objetivo de crear una atmósfera de sinceridad entre mujer y el prestador.

➤ Privacidad en la atención

Refiere a las características de los servicios de salud con respecto a la privacidad al momento de atención.

➤ Oportunidad de atención

La oportunidad de recibir los servicios en las unidades de salud con calidad.

➤ Consejería

En la atención se le ayuda a la mujer a tomar decisiones y expresar sus inquietudes y brindar información sobre todos los aspectos de su atención además de información acerca de donde y como encontrar una atención en salud reproductiva comprensiva que le provea cuidado de acuerdo a sus necesidades.

RESULTADO:

➤ Satisfacción en la atención de servicio:

La satisfacción podría ser global, referida al conjunto de los servicios recibidos, o parcial, relacionada con cualquiera de sus componentes y daría lugar, en ambos casos, a una continua satisfacción con múltiples y arbitrarios grados determinados por la suma de la satisfacción con los diversos elementos del servicio sanitario.

Donabedian demuestra la manera en que la tabulación cruzada de atributos y enfoques intenta clasificar los métodos y mediciones de evaluación:

1. Tratamiento técnico:

1.1 Estructura: Comprende la estructura física, instalaciones y equipos. Alcance y extensión de los servicios, propiedad, acreditación y afiliación del hospital y otros recursos. Número, tipos y calificaciones del personal, organización fiscal, incluyendo financiamiento y métodos de pago. La presencia y organización de mecanismos de monitoreo de la calidad. Satisfacción de los profesionales y otros miembros del personal con las condiciones de trabajo, incluyendo instalaciones, equipo, selección del personal, remuneración, relaciones con los colegas, relaciones con los pacientes, prestigios, oportunidades para aprender, etc.

1.2 Proceso: Características del uso de servicios con relación a las necesidades de salud. Pertinencia del trabajo de diagnóstico y tratamiento, incluyendo lo completo y específico del diagnóstico. Adhesión a las normas profesionales definidas de la buena práctica, tanto en general como para padecimientos, diagnóstico y situaciones específicas.

1.3 Resultados relacionados con el paciente: Mortalidad e incapacidad, en general y en grupos especiales. Ocurrencias de morbilidad e incapacidad no detectadas o evitables. Resultados del tratamiento en la forma de complicaciones, defunciones, incapacidad residual o restauración de la función física, psicológica y social. Satisfacción del paciente con los resultados así como con las características estructurales y el proceso que se cree que conducen a los resultados.

2. El manejo del proceso interpersonal:

2.1 Estructura: Estabilidad de afecto hacia un médico personal. Disponibilidad de tiempo adecuado para que los médicos puedan dedicarlo a los pacientes. Incorporación de amenidades al ambiente físico y la operación de las instalaciones. La presencia y funcionamiento de mecanismos adecuados para atender las sugerencias y quejas de los pacientes. Participación de consumidores en el gobierno. Satisfacción de los profesionales y otros miembros del personal con las condiciones de trabajo y con sus recompensas materiales y psíquicas.

2.2 Proceso: La manera como los profesionales y otros miembros del personal atienden a los pacientes: Interés, cortesía, respeto por la autonomía del paciente, mantenimiento de la privacidad, explicación, confianza, apoyo, aceptación del paciente sin hacer juicio sobre su enfermedad y su conducta. Empleo de bastante tiempo, no apurar al paciente.

2.3 Resultados relacionados con el paciente: Satisfacción con las amenidades de la atención y los aspectos de la relación interpersonal. Comprensión de la enfermedad y del régimen de atención. Adhesión al régimen. Cambio de médico primario dentro del plan. En general establecimiento de conductas que indican que se hace frente con éxito a la enfermedad y a la incapacidad, mejorías en los prospectos para la salud futura y mayor habilidad para buscar y usar bien los servicios.

Para hacer la evaluación más fácil y más uniforme, varios grupos han elaborado listas de indicadores de calidad, las cuales esbozan características medibles de los servicios de atención médica que se relacionan más de cerca con los resultados demográficos o con algunas otras metas sociales importantes. De esta manera, los indicadores pueden incluirse en lista de verificación, en cuestionarios o en algún otro instrumento para evaluar la calidad.

En 1990 un comité integrado por representantes de 25 agencias internacionales elaboró casi 100 preguntas sobre la calidad, las cuales fueron concebidas como punto de partida para la evaluación. A pesar de la evidente utilidad de dar a la calidad una calificación numérica, los expertos se sienten preocupados respecto a los posibles abusos que podría sufrir un sistema de esta naturaleza. La estandarización podría conducir a comparaciones entre programas o países, lo cual crearía resentimiento en vez de una motivación para el cambio.

MODELO DE ORGANIZACIÓN:

La Organización de los servicios debe orientarse a que toda persona reciba una atención integral independientemente del motivo de consulta y que el personal de salud realice acciones integrales, asegurando que toda persona reciba todos los servicios necesarios.

Esto implica que el trabajador de salud que brinda la atención practique el proceso de integración de las diferentes normativas de los programas. Todos los servicios se deben ofertar en forma simultánea para que los usuarios no tengan que regresar de nuevo a otra consulta, de esta manera se logrará resolver la mayoría de los problemas en una sola visita, identificándose aquellos que requieran de una atención especializada u otro nivel que amerita la referencia ya sea interna en el mismo establecimiento o hacia otra unidad.

I. Flujo Para La Atención: (14)

- ✓ **Admisión:** Todas las unidades de salud deben realizarse el proceso de admisión, en el cual se identificará al usuario (a) según tipo de demanda: espontánea, referida o citada.
- ✓ **Clasificación:** Para esto se designará un recurso médico o de enfermería en dependencia de la disponibilidad de cada unidad, quien realizará una breve entrevista y una inspección física general para recomendar el área de atención a la que debe ser remitido.
- ✓ **Espera:** Mientras el usuario (a) espera ser atendido, el personal de salud deberá aprovechar para brindar educación en salud sobre los temas de promoción, prevención de enfermedades, tratamiento y recuperación de la salud, promoción de los servicios que presta la unidad, horarios e importancia de asistir a las citas programadas.
- ✓ **Atención:** Al usuario (a) que consulta por primera vez se le brinda atención para resolver su motivo de consulta. Si están enfermas se les hace el diagnóstico y plan de tratamiento y a la vez se le completarán acciones integrales (historia clínica, examen físico, detección de factores de riesgos, valoración del estado de salud, etc.)

- ✓ **Exámenes clínicos:** Las unidades que cuentan con este servicio realizarán los exámenes que le son ordenados a los usuarios (as) en las distintas consultas como parte complementaria de atención integral.
- ✓ **Entrega de Medicamentos:** La entrega de medicamentos es el último paso en flujo de atención de la atención de servicio a los usuarios(as) para completar la integralidad de la atención, con el objetivo de que el usuario y la usuaria no pierda mucho tiempo, y dependiendo de las características y la capacidad de la unidad se recomienda descentralizar la entrega de algunos insumos donde se brinda la atención.

MODELO DE GESTION:

Es importante que a nivel de cada unidad de salud y municipios se realicen actividades relacionadas con la gestión de recursos para el financiamiento de sus planes de acción. (14)

Para ello el equipo de salud del territorio debe de orientar sus esfuerzos a la captación de ingresos y recursos locales por otras fuentes, lo que permitirá obtener un presupuesto en base a fondos del MINSA, de otros sectores del estado, de la cooperación externa y de la propia comunidad. Así mismo, debe redefinir las formas de asignación de recursos presupuestarios, cambiando de una asignación por programas verticales o patologías específicas a una asignación por actividades a ser realizadas en forma integral y conforme a la población que atiende y ejercer un estricto control de presupuesto, analizando periódicamente la eficacia con que se desarrolla las actividades financiadas.(14)

La tasa de mortalidad materna es uno de los indicadores de calidad de atención. La mortalidad materna obstétrica que en Nicaragua se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguiente a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo y /o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

En los últimos años han muerto al menos 445 mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio. La muerte de estas mujeres no ha sido totalmente ignorada en Nicaragua. La problemática ha sido reconocida en las políticas del país, abordada en los medios de comunicación e incluida en el

enfoque de varios proyectos de cooperación internacional. Sin embargo la evidencia señala que el número total de las mujeres maternas está bajando. Esto representa un desafío para el estado y para la sociedad civil Nicaragüense que es imprescindible abordar. (14)

Los factores asociados con la muerte materna influyen la inequidad de género, desnutrición crónica, la violencia intrafamiliar, la planificación familiar, entre otros. Por eso la muerte materna refleja el estado básico de salud de la mujer, su acceso a los servicios de salud y la calidad de servicio que recibe. Por lo tanto, los porcentajes de muertes maternas son parte del grupo de indicadores que evidencian el nivel de desarrollo de un país.

La muerte materna es una medida de progreso hacia una sociedad más justa equitativa, dirigida a satisfacer las necesidades de las ciudadanas y garantizan el derecho de la salud de la mujer. En 1998 el MINSA determinó que un 62% de las muertes analizadas eran inevitables desde el punto de vista de los servicios de salud y en base a las normas obstétricas nacionales y la disponibilidad de recursos.

Una de las estrategias para la prevención e intervención en la problemática es incrementar la cobertura y mejorar la calidad de la atención durante el parto y puerperio. Garantizar un parto limpio y seguro (no traumático), contribuye a reducir el número y la severidad de las complicaciones durante el puerperio, para esto es necesario contar con proveedores de salud adiestrados en los tres niveles de atención. Se deben difundir y poner en práctica los protocolos de atención puerperal con el objetivo de reconocer de forma temprana alguna complicación, tratarla o si es necesario referirla al lugar indicado para su manejo adecuado.

Asegurar el tratamiento oportuno de las complicaciones, garantizar que las unidades de salud de primer y segundo nivel, cuenten con recursos humanos calificados, equipos e insumos necesarios para poder brindar cuidados obstétricos de emergencia durante el embarazo, parto y puerperio; lo cual contribuye a disminuir el riesgo de la mujer de morir al prestarle una atención inmediata y de calidad.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

El Ministerio de salud definió el Modelo de Atención Integral de la mujer y a la Niñez a partir de 1994, incorporando importantes variables genéricas. Los indicadores de salud sexual y reproductiva en 1996, reflejan que la aplicación del modelo no ha dado los resultados esperados, tampoco no se hacen los esfuerzos necesarios para alcanzar sus objetivos.

El plan nacional para la reducción de la Mortalidad Materna del Ministerio de Salud está vigente, contempla entre sus líneas la implementación de la estrategia de la maternidad segura así como la movilización y organización comunitaria alrededor de los problemas de salud de su comunidad y de la mortalidad materna. Estableciéndose objetivos y resultados esperados, estándares e indicadores de calidad que permiten determinar el nivel de acercamiento de las metas del plan de reducción por parte de las unidades de salud.

Los resultados globales de estudios realizados revelan que aun se necesita realizar esfuerzos locales par mejorar el desempeño del personal de salud. Las limitaciones estructurales son importantes pero las evidencias reflejan que aun en las condiciones actuales se puede mejorar el control y vigilancia del embarazo, parto y puerperio.

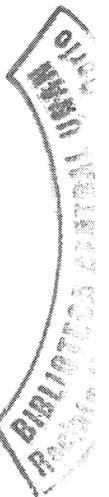
Estándares e indicadores de calidad de la atención postparto en el segundo nivel de atención

Estándar	Definición	Indicador
A todo parto vía Vaginal inmediatamente al nacimiento del bebé y antes del nacimiento de la placenta, se deberá aplicar a la parturienta 10 UI de Oxitocina IM dosis única, a fin de prevenir la hemorragia postparto.	Oxitocina profiláctica para reducción de la hemorragia postparto, es la aplicación de 10 UI IM de oxitocina Inmediatamente después del nacimiento del bebé.	Porcentaje de parturientas a quien se le aplicó en momento la dosis adecuada, oxitocina profiláctica para la reducción de hemorragia postparto.
A toda mujer en puerperio inmediato se le deberá vigilar: Temperatura corporal, Pulso, Presión arterial, Persistencia del globo de seguridad de pinard, Características de los loquios. Cada 30 minutos en las primeras 2 horas y luego por turno de enfermería, si no se han detectados signos y síntomas de alarma.	Se considera que se cumple con este indicador, si sólo si se vigilan cada 30 minutos en las primeras 2 horas postparto los 5 parámetros establecidos en el estándar.	Porcentaje de púerperas inmediatas con vigilancia Adecuada.
A toda mujer que egresa postparto se le deberá garantizar consejería y método de planificación Familiar.	Orientación recibida por parte del personal de salud a cargo de la atención directa de la paciente en su puerperio inmediato acerca de métodos de planificación familiar.	Porcentaje de púerperas que recibieron consejería en planificación familiar.
Toda usuaria de los servicios de obstetricia deberá de recibir buen trato por parte del personal de salud.	Buen trato: Cuando las usuarias de los servicio de obstetricia en la encuesta manifieste haber sido atendida con amabilidad. Realizadas por personal externo a la unidad de salud.	Porcentaje de usuarias de los servicios de obstetricia que refieren haber recibido buen trato.

Estándar	Definición	Indicador
Ausencia de Complicaciones en el puerperio inmediato.	Hemorragia post parto. Shock Hipovolémico. Hipotonía uterina. Desgarros cervicales. Desgarros vaginoperineales. Hematomas vaginoperineales. Rotura uterina. Retención placentaria. Restos Post parto. Anemia. Transfusión sanguínea.	Porcentajes de Patologías asociadas que alteren la evolución natural del puerperio.
Reintervención post parto	Legrado uterino Instrumental. Corrección de hipotonía uterina posparto Reintervención de drenaje de hematoma Reintervención de reparación de desgarro. Reintervención de reparación de episiotomía.	Porcentajes de procedimientos realizados Posterior al parto.

La estrategia “Maternidad Segura” presentada mundialmente desde 1987, en Nairobi, contribuyo a que muchos países con alta mortalidad materna como Nicaragua, diseñara políticas de Salud Publica que favorezcan su reducción.

La Maternidad Segura, depende de múltiples factores tales como: estado nutricional de las mujeres; conocimientos sobre signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio; existencia de infraestructura sanitaria; acceso a servicio de salud de calidad y personal calificado; acceso al transporte para el trabajo oportuno de las urgencias hacia unidades de mayor resolución.



En Nicaragua las tasas de mortalidad materna, constituyen uno de los principales problemas de salud, lo que ha motivado que el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de atención Integral a la mujer, Niñez y Adolescencia, priorice la atención de calidad a las mujeres y la niñez, especialmente a la población en extrema pobreza y con problemas de accesibilidad a los servicios de salud. Formulando protocolos de manejo para actualizar los conocimientos científicos del personal de salud y la estandarización en el manejo de las principales patologías.

El inicio de la calidad de la atención del puerperio inicia en el momento de la expulsión del feto dado a que es en este momento, según la nueva ley general de salud, en el que se debe aplicar el Matep, que consiste en la aplicación 10U IM de oxitocina dentro del primer minuto de nacido el bebe mas masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras dos horas del puerperio, además se debe pinzar el cordón umbilical cuando deje de pulsar y se debe realizar tracción controlada del cordón con contra tracción del fondo uterino.

OXITOCICOS

- Relativo a una sustancia que es similar a la hormona oxitocina.
- Cualquiera de los numerosos medicamentos que estimulan la contracción del musculo liso del útero. Su administración puede iniciar e intensificar las contracciones uterinas rítmicas en cualquier momento, pero se requieren dosis relativamente altas para que se produzca esta respuesta en la primera fase del embarazo.

Estos medicamentos suelen utilizarse par comenzar el parto a termino, y las mas comunes son la oxitocina, ciertas prostaglandinas y los alcaloides del cornezuelo de centeno.

Se utiliza para inducir o para aumentar las contracciones del parto, controlar la hemorragia post parto, corregir la atonía uterina post parto, producir contracciones uterinas después de la operación cesárea u otra cirugía uterina e inducir aborto terapéutico.

Su empleo en la inducción del parto esta sometido a numerosas controversias. Algunos organismos han señalado que la oxitocina no esta indicada para la terminación electiva del embarazo y que debe usarse solo en casos en los que continuación del embarazo constituya un riesgo mayor para la madre e hijo, estos medicamentos se utilizan con precaución máxima en parturientas con hipotensión grave e hipertensión, placenta previa parcial, desproporción céfalo-pélvica o gran multiparidad.

El riesgo de usar estos agentes es mucho mayor en madres que han sufrido cirugías uterinas, sepsis o traumatismos recientes. El efecto secundario mas grave es la contracción tetánica mantenida del útero, que da lugar a hipoxia fetal o la ruptura total del útero.

OXITOCINA

Es una hormona formada y almacenada en la glándula pituitaria cuya acción estimula la contracción del musculo liso ocasionando por ejemplo fuertes contracciones del útero.

Indicaciones de la oxitocina:

Inducción e intensificación de las contracciones uterinas del parto para control de la hemorragia postparto.

Contraindicaciones de la oxitocina:

Desproporción céfalo-pélvica, posición fetal desfavorable o hipersensibilidad conocida al medicamento.

Efectos secundarios.

Entre los más graves figuran la contracción tetánica, ictericia, rotura uterina y anoxia fetal.

Los estudios han demostrado que la administración sistemática de oxitocina inmediatamente después que salió el feto, disminuye mucho el riesgo de hemorragia posparto (en un 50%), una complicación grave.

La oxitocina es mas segura, mejor tolerada y se conserva mejor en el almacén que la ergometrina, por eso en el primer nivel de atención en los municipios donde cuentan con centros de salud con camas donde se atienden partos, es utilizado como norma para prevenir la hemorragia posparto.

PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO ESTANDARIZADO POR EL MINISTERIO DE SALUD.

Definición.

Se llama así al período de transformaciones anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucionan todas las modificaciones gravídicas, a excepción de la glándula mamaria. Su duración comprende 60 días.

Clasificación.

1. Puerperio inmediato. Abarca las primeras 24 horas.
2. Puerperio propiamente dicho. Comprende los primeros 10 días.
3. Puerperio alejado. Se extiende del 11avo día hasta los 45 días, muchas veces finalizando con el retorno de la regla.
4. Puerperio tardío. Abarca desde los 45 hasta los 60 días.

Manifestaciones clínicas y conducta.

1. Puerperio Inmediato

Las características clínicas durante la primera 24 horas son: Respiración normal, pulso regular (60-70 por minutos), presión arterial (normal o un poco baja), puede existir dolor en la cara antero interna de muslos.

Conducta Terapéutica

Estrecha vigilancia de signos vitales, pérdida sanguínea y persistencia del globo de seguridad de pinard en las primeras 2 horas. Se considera normal una pérdida sanguínea con coágulos durante el parto de 300 a 500 ml y en las primeras 24 horas entre 100 a 400 ml.

La puérpera se debe levantar precozmente entre las 12 y 24 horas, esto activa la circulación de retorno y previenen las complicaciones venosas; además se favorece la función intestinal y vesical.

Baño de ducha general.

No reiniciar las relaciones sexuales antes de la 3era semana.

Dieta incrementada en calorías y proteínas.

Lavado externo de genitales y región perineal una vez al día, no realizar lavados vaginales, mantener seca y limpia la episiotomía.

Para disminuir los entuertos se puede administrar analgésicos o antiespasmódicos.

Limpiar pezones antes y después de la lactancia.

COMPLICACIONES

Las mayores tasas de complicaciones se presentan con frecuencia en aquellos centros de salud con camas de zonas rurales donde muchas adolescentes se presentan por primera vez al inicio del dolor obstétrico.

Generalmente estas jóvenes, al no estar conscientes de las responsabilidades y cuidados que implica un embarazo, han tenido condiciones nutricionales deficientes, patologías crónicas no tratadas, poco o ningún cuidado prenatal y con frecuencia llegan a labor y parto con anemia, infecciones del tracto urinario, enfermedades de transmisión sexual no tratadas, hipertensión gestacional entre otros, por lo que se presentan complicaciones durante el trabajo de parto y puerperio que quizás pudieron haber sido prevenibles con un adecuado manejo.

En general las causas de mortalidad materna en el mundo son: hemorragia (25%), infección (14%), preeclampsia (13%), aborto inseguro (13%), obstrucción (7%), otras causas indirectas como anemia y malaria (20%).

COMPLICACION EN PUERPERIO INMEDIATO

De las principales complicaciones del puerperio están relacionadas a las manifestaciones hemorrágicas y las infecciosas.

- Hemorragia posparto: Pérdida hemática de 500ml o más después del tercer periodo del parto con una frecuencia del 5% de los partos y como factor directo de mortalidad materna causa una cuarta parte de estas.
- Infección puerperal: Son aquellas infecciones que abarcan la vía vaginal baja y alta confinada al útero y fuera de este.

Hemorragia post parto.

Prevención de la hemorragia post parto.

Administración de oxitocina.

- ✓ Después del nacimiento del producto, pince y corte el cordón umbilical, tome las muestras sanguíneas necesarias. Palpe el fondo uterino.
- ✓ No hale el cordón.
- ✓ Si la placenta está retenida después de 15 minutos, es necesario la extracción manual de la misma e iniciar una solución de oxitocina con 20 UI en litro intra venoso en 100-125cc por hora o inyecte 2mg de metilergonovina intramuscular y realice la extracción si está entrenado para esto.
- ✓ En la expulsión de la placenta revisar si está completa y luego valorar si hay sangrado.
- ✓ Valorar globo de seguridad de Pinard.
- ✓ Valorar la revisión de cavidad cervical.
- ✓ Valorar si hay desgarro cervical y vaginal.

Manejo General.

- ✓ Mantener estable la conciencia del paciente.
- ✓ Mantener 2 vías permeables (canalizar con bránula # 16).
- ✓ Valorar vejiga vacía.
- ✓ Determinar hematocrito, el grupo sanguíneo y si es posible realizar estudios de coagulación.

Atonía Uterina.

- ✓ Realizar masaje bimanual.
- ✓ Uso de oxitocina 20Und o Metilergonovina 0.2mg intramuscular.
- ✓ Tratar de sacar los coágulos.
- ✓ Verificar contracción uterina.

Hemorragia sin Expulsión de la Placenta.

- ✓ Masaje uterino externo, hacer tracción suave del cordón para verificar desprendimiento.
- ✓ Tacto vaginal y verificar si placenta esta en vagina o cuello. Si es así, tracciones suavemente el cordón para facilitar la expulsión.
- ✓ Suspenda la maniobra si el cuello esta cerrado y refiera de inmediato.
- ✓ Si mantiene retenida la placenta y no puede referir de inmediato, haga extracción manual de la placenta solo si esta estrenado.
- ✓ Si hay duda haga revisión y legrado uterino instrumental. Si no esta estrenado refiérala o pida ayuda a alguien con mayor experiencia.

Hemorragia con placenta expulsada.

- ✓ Masaje uterino
- ✓ Revise minuciosamente la placenta si esta completa.
- ✓ Si la hemorragia persiste hacer presión bimanual externa e interna.
- ✓ Si persiste aun refiérala de inmediato con vena canalizada, acompañada, abrigada y en posición de Trendelenburg.

Hemorragia con placenta Retenida.

- ✓ Como máximo esperar 45 minutos, verificar desprendimiento.
- ✓ Anestesia general. Diazepam 10mg intravenoso.
- ✓ Hacer revisión de cavidad y extracción de la placenta.
- ✓ Administrar 0.2mg de metilergonovina intramuscular. Si es hipertensa aplicar 10 UI de Oxitocina Intramuscular.
- ✓ Revisar el canal del parto y si hay lesiones de partes blandas.
- ✓ Mantenga goteo de Dextrosa 500cc al 5% más 40 UI de Oxitocina.
- ✓ Si hay hipotensión administrar Dextrosa 100cc al 5% más 40 UI de Oxitocina, pasar a 40 gotas por minuto.
- ✓ Revisar cavidad y determinar la inserción de la placenta (acreta, increta o percreta) y referir de inmediato.
- ✓ Si hay atonía coloque una bolsa de hielo en el fondo uterino.
- ✓ Observar las condiciones de la paciente y si hay signo de Shock.
- ✓ Si hubo extracción manual de la placenta Ampicilina 500mg IV o IM (Una dosis) continuar con 500mg cada 6 horas PO durante 5-7 días.

Hemorragia por Trauma (Desgarro).

- ✓ Ubicar el desgarro y realizar la reparación del mismo.
- ✓ Si el desgarro es pequeño y la hemorragia escasa hacer un taponamiento vaginal.
- ✓ Vaciamiento vesical.
- ✓ Administrar solución ringer 1000cc a 40 gotas por minuto.
- ✓ Indique Ampicilina 1gr vía oral cada 6 horas por 7 días.

Infecciones Obstétricas.

Manejo Preventivo:

- ✓ Aseo vaginal y perineal preparto.
- ✓ Correcta asepsia y antisepsia durante el parto
- ✓ Correcto manejo de la atención del parto para evitar desgarro y laceración.
- ✓ Uso de técnicas de asepsia y antisepsia en la episiorrafia.

Manejo Curativo.

- ✓ Descartar presencia de cuerpo extraño en vagina.
- ✓ Curación de herida infectada con antisépticos.
- ✓ Espere cicatrización por segunda intención, si la dehiscencia es pequeña.
- ✓ Indique amoxicilina 500mg vía oral cada 8 horas por 7 días.
- ✓ Gentamicina 160mg IM ID.

Endometritis.

Manejo Ambulatorio:

- ✓ Explique a la paciente lo que ocurre, los riesgos y la importancia de cumplir las indicaciones.
- ✓ Controle la fiebre por medio físico.
- ✓ Vigile remisión y síntomas por 48 horas.
- ✓ Indique aseo genital con agua tibia 4 a 5 veces al día.
- ✓ No suspender la lactancia materna.
- ✓ Amoxicilina 1gr vía oral cada 8 hrs por 7 días.
- ✓ Gentamicina 160 mg IM ID.
- ✓ Metilergonovina 1 comprimido cada 5 hrs por 3-4 días.
- ✓ Antipiréticos (paracetamol, por razones necesarias).

Criterios de Referencia.

Si persisten síntomas y signos después de las 48 hrs de tratamiento referir al segundo nivel.

Manejo Hospitalario.

Corrección de la Anemia:

- ✓ Mejoramiento del estado hemodinámico.
- ✓ Uso de los antibióticos
- ✓ Amoxicilina 1gr vía oral cada 8 hrs por 7 días.
- ✓ Gentamicina 160 IM ID
- ✓ Metilergonovina 1 amp. cada 8 hrs o PO cada 6 horas.
- ✓ Legrado uterino instrumental si hay sospechas de restos placentarios u ovulares.
- ✓ No suspender la lactancia materna.
- ✓ Ajustar el tratamiento a resultados del antibiograma si esta disponible.

Sèpsis Puerperal

Manejo Ambulatorio:

Refiera de inmediato previamente:

- ✓ Adminístrese 1 gr de Ampicilina IM.
- ✓ Canalice vena y administre la solución fisiológica 1000cc a 40-60 gts por minuto.
- ✓ Administre oxitócicos para favorecer involución uterina cada 6 horas durante 3 - 7 días

Manejo Hospitalarios:

- ✓ Internación.
- ✓ Explique a la paciente lo que ocurre, los riesgos y los procedimientos que va efectuar.
- ✓ Mantener a la paciente bien hidratada.
- ✓ Controles signos vitales cada 4 horas.
- ✓ Evalúe la necesidad de hacer legrado instrumental y hágalo en el momento más oportuno, según se especifique en el manejo.
- ✓ Uso de antibióticos terapia algunos de estos esquemas.

- Esquema 1:
 - ✓ Penicilina cristalina 4 millones cada 4 hrs.
 - ✓ Gentamicina 160mg IM ID
 - ✓ Cloranfenicol 1gr IV cada 8 hrs.

- Esquema 2:
 - ✓ Metronidazol 500mg IV en 30 min. A goteo lento cada 8 hrs.
 - ✓ Cefotaxime 1 – 2 gr IV cada 8 hrs.
 - ✓ Gentamicina 160mg IV ID o Amikacina 500mg cada 8 hrs.

El ministerio de salud en sus políticas para la reducción de la mortalidad materna ha implementado estrategias para valorar la calidad de atención en las embarazadas tanto de primer y segundo nivel por el cual elaboro un instrumento para la medición de estos.

Estándares e indicadores de calidad de la atención del parto y las dos horas del puerperio (primer – Segundo Nivel de atención) MINSA – NICARAGUA.

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodo	Muestra	Umbral.
1. Toda complicación obstétrica atendida en la unidad de salud deberá ser registrada y analizada	1.1% de complicaciones obstétricas atendida en la unidad de salud.	No. de complicaciones obstétricas atendidas en la unidad de salud/ total de nacimientos anuales esperados por unidad de salud por 100	Definición para cada caso complicado: Hemorragia Post parto	Libro de registro de emergencias obstétricas de las unidades	Mensual	100%	100%
	1.2 % de complicaciones obstétricas registradas en la unidad de salud.	Nº de complicaciones obstétricas registradas en la unidad de salud / total de nacimientos anuales esperados por la unidad de salud por 100	SHG Útero perforado (guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos).UN FPA, OMS, UNICEF.	Hoja de atención ambulatoria. Libro de registro de atención de emergencia obstétrica de las unidades. Libro de registro de partos nacimientos	Mensual	100%	100%
	1.3 % de complicaciones obstétricas analizadas en la unidades de salud	Nº de complicaciones obstétricas registradas en la unidad de salud / total de nacimientos anuales esperados por la unidad de salud por 100		Libros de actas de análisis complicaciones obstétricas	Mensual	100%	100%

Estándares e indicadores de calidad de la atención del parto y las dos horas del puerperio (primer – Segundo Nivel de atención) MINSA – NICARAGUA.

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodo	Muestra	Umbral.
Asistidas por personal calificado (ginecólogo, Medico general, medico social, medico interno, enfermera obstétrica)	2.1 Embarazadas en trabajo de parto asistidas por personal calificado	Nº de embarazadas asistidas por personal calificado en trabajo de parto revisadas en el periodo por 100	Asistencia por personal calificado: Gineco-obstetra, medico general, medico social, enfermera obstetra.	Expedientes clínicos	Mensual	20 exp.	80-100%
Todo parto vaginal inmediato al nacimiento de la placenta se deberá aplicar 10 UI de Oxitocina IM en dosis única, a fin de prevenir la hemorragia post parto.	3.1)% de la parturientas a quienes se les aplico en momento y dosis adecuada, Oxitocina Profiláctica para reducción de hemorragia post parto	Nº de las parturientas a quienes se les aplico en momento y dosis adecuada Oxitocina Profiláctica/ Nº de embarazadas en trabajo de parto revisadas en el periodo por 100	Oxitocina profiláctica para reducción de hemorragia post parto es la aplicación de 10 UI IM de Oxitocina inmediatamente después del nacimiento del bebe, pero antes de la expulsión de la placenta, aún en casos en donde se ha utilizado Inductoconducción.	Expedientes clínicos	Mensual	20 exp.	60%
4. A toda puérpera se le deberá vigilar Tª, FC, PA, involución uterina y loquios de la siguiente manera: cada 30 minutos en las primeras dos horas por enfermería, si no se ha detectado signos ni síntomas de alarma.	4.1 % de puérperas inmediatas con vigilancia adecuada.	Nº de puérperas inmediatas vigiladas adecuadamente/Nº de puérperas inmediatas revisadas en el periodo por 100	Se considera que se cumplen con este indicador, si y solo si se vigilan cada 30 minutos en las primeras 2 horas post parto los 5 parámetros establecidos en el estándar.	Expedientes clínicos	Mensual	20 exp.	60%

FIHA DE OBERVACION: CALIDAD DE ATENCION DEL PUERPERIO EN PACIENTES ATNDIDAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE, EN EL PERIODO FEBRERO 2010. Cada ítems 2.06 pts. Con un valor total de 33 puntos.

1. Distancia entre cama y cama.
Adecuada
Inadecuada
2. Separación entre la cama y la pared.
Adecuada
Inadecuada
3. Disposición de sábanas y móviles en camas.
Adecuada
Inadecuada
4. Las camas poseen branda.
Adecuada
Inadecuada
5. Disponibilidad de espacio para movilizarse dentro de la sala.
Sí
No
Parcial
6. Iluminación adecuada de la sala.
Sí
No
Parcial
7. Ventilación adecuada de la sala.
Sí
No
Parcial
8. Limpieza de la sala.
Sí
No
Parcial
9. Accesibilidad a los servicios higiénicos.
Sí
No
Parcial
10. Limpieza adecuada de los servicios higiénicos.
Sí
No
Parcial

11. Disponibilidad de ropa en la sala.
Sí
No
Parcial

12. Disponibilidad de agua potable en la sala.
Sí
No
Parcial

13. Disponibilidad de agua potable en los baños.
Sí
No
Parcial

14. Privacidad en sala.
Sí
No
Parcial

15. Tamaño del cuarto.
Adecuado
Inadecuado

16. Número de camas.
Adecuado
Inadecuado

17. Personal que atiende el parto.
Ginecólogo
Medico general
Medico en servicio social
Medico interno
Enfermera
Auxiliar de enfermería

18. Disponibilidad del personal asignado a la sala.
Medico especialista
Medico general
Medico en servicio social
Medico interno
Enfermera
Auxiliar de enfermería

FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACION DE EXPEDIENTE CLINICO SOBRE CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO INMEDIATO EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE FEBRERO-MARZO 2010. La ficha tiene un valor total de 34 puntos.

- Edad: _____
- Procedencia: _____
- Escolaridad: _____
- Estado civil: _____
- Ocupación: _____
- Gestas _____
- Aplicación de oxitocina. Cada ítems tiene un valor de 0.92 pts.
- Si: _____
- No: _____
- Vigilancia y monitorización de paciente durante el puerperio.

En las dos horas críticas

Toma de signos vitales: Si No

Valoración de persistencia del globo de seguridad de pinard: Si No

Valoración de loquios: Si No

Por turno de enfermería

Toma de signos vitales Si No

Valoración de persistencia del globo de seguridad de pinard: Si No

Valoración de loquios: Si No

Exámenes de laboratorio: Realizados Si No Valorados Si No

BHC

T Y RH

EGO

¿Quién atendió el parto? Valor: 11 puntos.

Medico especialista.

Medico general.

Medico en servicio social.

Medico interno.

Enfermera.

Auxiliar de enfermería.

Bueno se considera atendido por medico especialista, regular por MG.MSS, MI, malo cualquier otro personal.

Nota de recibo: valor 11 puntos.

Excelente

Regular

Muy buena

Mala

Buena

Parámetros utilizados para valorar el llenado de la nota de recibo.

Excelente:

1. Numero de expediente.
2. Nombre.
3. Edad.
4. Procedencia.
5. Diagnostico de ingreso.
6. Antecedentes patológicos personales y familiares relevantes.
7. Historia de la enfermedad actual (hora de inicio de contracciones, intensidad, signos de RPM).
8. Subjetivo (lo que refiere la paciente).
9. Objetivo (examen físico).
10. Análisis de la información recopilada.
11. Diagnostico final.
12. Planes indicativos según AMEN (alimentación, medicamentos, exámenes y normas).

Muy bueno: Si llena todos los aspectos menos uno.

Bueno: Se considera bueno si llena de 8-10 aspectos.

Regular: si llena 6-7 aspectos.

Mala: Se considera malo si tiene menos de 6 aspectos.

ENCUESTA DE SATISFACCION DE LA USUARIA EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO INMEDIATO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE, FEBRERO-MARZO2010.
Cada ítem tiene un valor de 1.5 puntos, con un valor total de 33 puntos.

1. ¿Considera que es suficiente la cantidad de sala donde es atendida?

Si No

2. ¿Como considera la comodidad de la sala?

Buena Regular Mala

3. ¿Como considera la iluminación de la sala?

Buena Regular Mala

4. ¿Como considera la limpieza de la sala?

Buena Regular Mala

5. ¿Como considera la limpieza de los servicios higiénicos?

Buena Regular Mala

6. ¿Como considera la dotación de ropa?

Buena Regular Mala

7. ¿Es cubierta con sabana durante la exanimación?

Si No

8. ¿Hubo personal ajeno durante la exanimación?

Si No

9. ¿Hay un cuarto exclusivo para la revisión?

Si No

10. ¿El personal que la atendió se presento?

Si No

11. ¿El personal de salud que la atendió la saludo?

Si No

12. ¿El personal de salud la llama por su nombre?

Si No

13. ¿El personal de salud escucho sus problemas planteados?

Si No

14. ¿Se brinda oportunidad para aclarar dudas?

Si No

15. ¿Explico la condición clínica?

Si No

16. ¿Brinda información del procedimiento a realizar?

Si No

17. ¿Consentimiento y autorización de los procedimientos a realiza?

Si No

18. ¿Recibió atención fraterna?

Si No

19. ¿Accesibilidad a los servicios higiénicos?

Buena Regular Mala

20. ¿Disponibilidad de Agua potable?

Buena Regular Mala

21. ¿Considera capaz al personal que la atendió?

Si No

22. ¿Regresaría a este hospital?

Si No.

VII DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Universo:

Estuvo conformado por todas aquellas mujeres que dieron a luz en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe, en el periodo de estudio y recibieron atención de Puerperio Fisiológico Inmediato, con un total de 107 pacientes.

Muestra:

Estuvo conformado por todas aquellas mujeres que dieron a luz en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe, en el periodo de estudio y recibieron atención de Puerperio Fisiológico Inmediato que cumplan con los criterios de inclusión, con un total de 107.

Fuente de información:

Primaria a través de encuestas y secundaria a través de revisión de expedientes clínicos.

Criterios de inclusión:

1. Paciente con expediente clínico completo para llenar todos los ítems de la encuesta.
2. Paciente que este de acuerdo en participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con expediente incompleto.
2. Paciente que no acepte participar en el estudio.

Recolección y procesamiento de la información:

La recolección de la información se hizo de tres maneras:

1. Un cuestionario con preguntas y respuestas dirigido a las pacientes para obtener la satisfacción con respecto a la calidad de atención recibida.
2. Se hizo una inspección ocular acerca de las condiciones medio ambientales y se le aplicó un instrumento de medida según lo establecido en estándares de calidad, esto por los investigadores.
3. Se completó la recolección de información a través de la revisión de expedientes aplicando un instructivo.

Toda esta recolección realizada por los propios investigadores para evitar sesgos en la información.

La información obtenida se procesó a través de paquetes estadísticos, se le aplicaron medidas de frecuencia y porcentaje y los resultados se expondrán en tablas y gráficos para una mejor interpretación.

Parámetros para medir la calidad:

La calidad de la atención se midió de la siguiente forma:

Mediante puntajes dados a los diferentes instrumentos utilizados para la recolección de los datos:

Encuesta de satisfacción.....	33pts.
Ficha de recolección (expedientes).....	34pts.
Ficha de observación.....	33pts.
	100 pts.

La escala para la valoración de los tres instrumentos de forma global para obtener la medición de la calidad fue la siguiente:

Bueno.....	90-100pts.
Regular.....	70-89pts.
Malo.....	<70pts.

VARIABLES:

Variable principal: Medición de la Calidad.

Características socio demográficas:

- ✓ Edad materna
- ✓ Estado civil
- ✓ Procedencia
- ✓ Escolaridad
- ✓ Ocupación
- ✓ Gestas

Conocer los elementos de la estructura:

- ✓ Iluminación en la sala.
- ✓ Ventilación
- ✓ Limpieza en la unidad de salud.
- ✓ Accesibilidad a los servicios higiénicos
- ✓ Privacidad.
- ✓ Disponibilidad de agua potable.
- ✓ Comodidad.
- ✓ Estado de equipos médicos.
- ✓ Personal que atiende el parto.
- ✓ Capacidad de los recursos.

Aspectos fundamentales del proceso de atención:

- ✓ Nota de recibo.
- ✓ Atención médica
- ✓ Uso de oxitocina profiláctica.
- ✓ Vigilancia del puerperio inmediato.
- ✓ Registro de complicaciones.
- ✓ Exámenes de laboratorio.

Satisfacción de la usuaria con la atención:

- ✓ Satisfacción del usuario.

VIII OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor.
Edad	Años cumplidos en el momento de su ingreso al hospital	años	10-19 20-29 30-39 > 40
Procedencia	Área en que habita la usuaria	Según expediente	Rural/Urbano
Escolaridad	Nivel académico alcanzado en el momento de su ingreso al hospital	Según expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico superior universitaria
Estado civil	Estado conyugal de la puérpera hospitalizada	Según expediente	Casada Soltera Unión estable
Ocupación	Trabajo u oficio en que emplea su tiempo.	Según expediente	Ama de casa Estudiante Agricultora Otros
Iluminación en la sala	Presencia de claridad y/o luz eléctrica en el lugar de exanimación	Observación	Si No Parcialmente
Ventilación en la sala	Adecuada renovación de aire en el sitio de exanimación	Observación	Bueno Regular Malo
Limpieza en la unidad de salud (sala y servicios higiénicos)	Efecto de aseo en la unidad de salud	Observación	Bueno Regular Mala
Accesibilidad a los servicios higiénicos	Facilidad de utilizar un lugar adecuado para sus necesidades fisiológicas sin exponerse a riesgos	Observación	Si No Parcialmente

Variable	Concepto	Indicador	Escala/Valor
Privacidad	Intimidad durante la visita medica (no personal ajeno) y realización de procedimiento (Cubierta por sabana, cuarto exclusivo de revisión).	Expresado por la puérpera	Bueno Regular Malo
		Observación	Si No Parcialmente
Disponibilidad al agua potable	Facilidad de utilizar el vital liquido para la ingestión y otros usos	Observación	Si No Parcialmente
Comodidad	Grado de confort de la usuaria en la unidad de salud	Expresado por la puérpera	Bueno Regular Malo
Personal que atiende el parto	Personal de salud que realiza la atención del nacimiento y el alumbramiento	Según expediente	Ginecólogo Medico General Medico Social Medico Interno Enfermera Aux. de enfermería
Capacidad de los recursos	Aptitud para ejecutar determinados actos, desempeñar una función o cargo	Expresado por la puérpera	Bueno Regular Malo
Nota de Recibo	Escrito breve hecho para realizar una evaluación rápida del estado de la usuaria al momento de su ingreso al servicio de labor y parto	Registrado en el expediente	Bueno Regular Malo
Atención Medica	Conjunto de actividades que brinda el prestador de servicios a la usuaria	Expresado por la puérpera	Bueno Regular Malo
Uso de Oxitócica Profiláctica	Fármaco que se utiliza para prevenir complicaciones hemorrágicas post parto según normas de ley y segundo nivel de atención	Registrado en el expediente	Si No

Variable	Concepto	Indicador	Escala/Valor
Vigilancia del puerperio inmediato	Monitorización de algunos signos en la puérpera cada 30 minutos en las dos primeras horas post parto.	Registrado en expediente	Si No
		Observación	Si No
Exámenes de laboratorio	Estudios diagnósticos realizados para complementar el manejo de las usuarias.	Registrado en el expediente	Si No
Satisfacción de la usuaria	Valoración de la usuaria sobre la atención que se le brindo en la unidad de salud.	Expresado por la puérpera.	Buena Regular Mala
Medición de la calidad.	Conjunto de calidades que constituye la manera de atención de las usuarias en un determinado servicio.	Encuesta Expediente Observación	Buena 90-100 Regular 70-89 Malo <70

IX RESULTADOS

En lo que respecta a datos generales relevantes obtenidos en el estudio, obtuvimos que 47 (43.9%) de las usuarias tiene edades entre 20- 29 años, 44 (41.2%) tienen edades entre 12 – 19 años, 13 (12.2%) tienen edades entre 30- 39 años y tan solo 3 pacientes (2.7%) tienen edades mayores de 40 años. Cuadro 1.

En lo referente a escolaridad 57 (53.3%) de las usuarias atendidas en PF fueron de procedencia urbana y el 50 (46.7%) son de procedencia rural. Cuadro 1.

En el estudio se reveló que 57 pacientes (53.3%) había aprobado o cursaba la primaria, 41 (38.3%) había aprobado o cursaba la secundaria, 6 (5.7%) había aprobado o cursaba estudios universitarios y tan solo 3 pacientes de toda la muestra (2.7%) no tenía ninguna escolaridad. Cuadro 1.

Con relación al estado civil, 64 usuarias (59.9%) se encontraban en unión estable, 27 (25.2%) estaban casadas y 16 (14.9%) eran solteras. Cuadro 1.

La gran mayoría de la muestra 65 (60.7%) eran amas de casa, 21 (19.7%) figuraban en otras ocupaciones, 18 usuarias (16.8%) eran estudiantes y 3 (2.8%) eran agricultoras. Cuadro 1.

Con relación al número de gestas previas 50 (46.7%) fueron primigestas, 26 (24.3%) eran bigestas, 23 (21.5%) fueron trigestas y 8 (7.5%) fueron multigestas. Cuadro 2.

Durante la observación directa de la sala, realizada por los investigadores, se determinó que la distancia entre cama y cama, separación entre cama y pared y número de camas en el cuarto fue inadecuado, no existe distancia entre la cama y la pared, la distancia encontrada entre cama y cama oscila entre 40y 80cms, en el cuarto hay 8 camas. Con relación a la disposición de sábanas y móviles en camas, camas con baranda y tamaño del cuarto fue valorado como adecuado, siendo las dimensiones el mismo 6.5*4.5mts. Cuadro 3.

También se identificó que la disponibilidad de espacio para movilizarse en la sala, iluminación, ventilación, accesibilidad a los servicios higiénicos, la limpieza adecuada de los mismos y la privacidad en la sala fueron valoradas

como parcial, en cambio se considero que la limpieza de los servicios higiénicos, disponibilidad de ropa en la sala, disponibilidad de agua potable en baños y sala, si se presentan. Cuadro 4.

La sala cuenta con 27 recursos, 6 ginecólogos, 4 médicos internos, 11 enfermeras y 6 auxiliares de enfermería.

Con relación al proceso se obtuvo los siguientes datos, en las 107 (100%) pacientes se uso oxitocina profiláctica. Cuadro 6.

También se detecto que relacionado con la toma de signos vitales en las primeras dos horas críticas: en 89 usuarias (83.2%) se tomo S/V y en 18 (16.8%) no se realizo toma de S/V. Cuadro 6.

En relación con la valoración de persistencia de GSP en las primeras dos horas críticas en las 107 usuarias (100%) se realizo, dicho procedimiento. Cuadro 6.

Referente a la valoración de loquios en las primeras dos horas críticas: En el 107 (100%) se realizo. Cuadro 6.

Con respecto a la toma de signos vitales por turnos de enfermería se identifico que en las 107 usuarias (100%) se realizo esta actividad, en 98 usuarias (91.6%) se realizo valoración de GSP por turno de enfermería y en 9 de ellas (8.4%) no se realizo esta actividad. En 97 pacientes (90.7%) se realizo valoración de loquios por turno de enfermería y en 10 (9.3%) no se realizo esta actividad. Cuadro 6.

En lo que respecta a la realización de exámenes de laboratorio:

BHC: En 104 pacientes (97.2%) se realizo el estudio siendo valoradas el 76 (71%) y no se valoro en 31 (29%). En 3 pacientes (2.8%) no se le realizó BHC. Cuadro 6.

Tipo y RH: En 97 pacientes (90.7%) se realizo el estudio siendo valorado en 70 (65.4%) y no se valoro en 37 pacientes (34.6%). En 10 pacientes (9.3%) no se realizo el estudio. Cuadro 6.

EGO: En 65 usuarias (60.7%) se realizo el estudio siendo valorado en las 65 pacientes (60.7%). En 42 usuarias (39.3%) no se realizo el estudio. Cuadro 6.



Con relación a la atención del parto: En las 107 usuarias (100%) los partos fueron atendidos por médicos internos. Cuadro 7.

La nota de recibo también fue evaluada en este estudio obteniéndose que en 68 usuarias (63.6%) fueron valoradas como buena, en 34 de los casos (31.8%) como regular y mala en 5 casos (4.6%). Cuadro 8.

En lo que respecta a los datos obtenidos durante la encuesta de satisfacción de usuarias tenemos que 99 de las pacientes encuestadas (92.5%) consideró la comodidad de la sala como buena, 8 pacientes (7.5%) la considero regular. Cuadro 9.

Relacionado con la iluminación de la sala 104 pacientes (97.2%) considero buena la iluminación y 3 (2.8%) la considero regular. Cuadro 9

Con relación a la limpieza de la sala 100 pacientes (93.4%) manifestó que la limpieza de la sala era buena y 7 (6.6%) asumió que era regular. Cuadro 9.

Con relación a la limpieza de los servicios higiénicos 99 (92.5%) refirió que la limpieza de los servicios higiénicos era buena y 8 (7.5%) la considero regular. Cuadro 9.

Referente a la dotación de ropa 99 (92.5%) expresó que es buena y 8 (7.5%) (8) regular. Cuadro 9.

En lo que respecta a accesibilidad a los servicios higiénicos 70 (65.4%) considero buena la accesibilidad, 29 (27.1%) la considero regular y 8 (7.5%) la considero mala. Cuadro 9.

Del total de la muestra 101 pacientes (94.3%) considero que la capacidad del personal que la atendió tenía una buena capacidad y 6 (5.7%) dijo ser regular. Cuadro 10.

El total de la muestra 107 (100%) considero que el espacio que ocupa en la sala es suficiente. Cuadro 10.

Con relación a la privacidad 78 pacientes (72.9%) dijo que si son cubiertas con sábana durante la exanimación, 29 (27.1%) dijo no ser cubiertas con sabana durante la exanimación. Cuadro 10. Además con lo referente a la

existencia de personal ajeno durante la exanimación 101 pacientes (94.4%) dijo que no hubo personal ajeno al personal de salud durante la exanimación. así mismo el total de la muestra 107 (100%) manifestó que sí hay un cuarto exclusivo para revisión ginecológica. Cuadro 10.

En lo que respecta a la cortesía con que las pacientes son tratadas en la sala 70 pacientes (65.4%) refiere que el personal que la atendió no se presento, en 37 de los casos (34.6%) sí lo hizo. Además 65 pacientes (60.7%) refiere que el personal que la atendió tampoco la saludo, en 40 de los casos (39.3%) sí ocurrió. Así mismo 91 (85.1%) refiere que el personal de salud la llamo por su nombre, las restantes 16 usuarias (14.9%) refiere que no fueron llamadas por su nombre. el total de la muestra 107 (100%) refiere que el personal escucho sus problemas planteados, y 105 (98.1%) refiere que además se le brindo oportunidad para aclarar sus dudas no así con las 2 restantes (1.9%) quienes refirieron que no se les brindo oportunidad para aclarar sus dudas. Cuadro 10.

En relación con la explicación de condición clínica 103 (96.3%) refiere que si se le explico, las 4 restantes (3.7%) refiere que no fue así. 104 (97.2%) refirió que se le brindo información sobre los procedimientos que se le realizaron, 3 (2.8%) dijo que no se les brindo información. Además 102 pacientes (95.3%) refirió que se le pidió consentimiento informado para realizar los procedimientos, 5(4.7%) refirió que no. Cuadro 10.

Casi en su totalidad 105(98.1%) refiere haber recibido atención fraterna por parte del personal de salud que la atendió, 2 (1.9%) refirió que no. Así mismo en su totalidad 107 (100%) refirió que volvería a esta unidad para ser atendida nuevamente. Cuadro 10.

X ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La asistencia de alta calidad, consiste en disponibilidad de los servicios sumado al hecho de brindar una atención satisfactoria al mayor número posible de mujeres. Para el cumplimiento de esto se requiere que los servicios estén dotados y/o capacitados, lo que contrasta con la mayoría de hospitales que brindan atención pública.

Dentro de los principales datos socio demográficos encontramos que la mayoría se encontraba entre 20 - 29 años, seguido por el grupo de edad comprendido entre 12 - 19 años, con un 43.9% y 41.2% respectivamente, lo que coincide con el estudio realizado por Monterrey y Olivares en 2007 en el HRSJ. Sobre calidad de Atención del puerperio fisiológico y patológico inmediato. Además coincide con los datos de ENDESA 2007, que refiere que el 59% de la población general es menor de 30 años.

Se evidencia que el 53.3% son de origen urbano y el restante 46.7% es de origen rural, lo que coincide con los datos reportados de ENDESA 2007, que citan que el 57% de la población en la zona del pacifico vive en zonas urbanas.

Con respecto a la escolaridad de las usuarias el 53.3% habían aprobado o cursado la primaria, seguido por 38.3% que habían aprobado o cursado la secundaria, el 2.7% no tenían ninguna escolaridad, lo que no coincide con los datos de ENDESA 2007, que revelan que el 50% de las mujeres ha aprobado al menos un año en secundaria. La educación es un factor influyente en las actitudes y practicas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo de las mujeres, así como el tamaño ideal de la familia y con el hecho de que la gran mayoría de ellas 60.7% se dediquen al cuidado del hogar.

En relación con el estado civil el 59.9% se encontraban en unión estable, seguido por el 25.2% casadas, sin embargo el 14.9% eran solteras, este dato es un mayor que los encontrados en ENDESA 2007, que refieren que el 34% de la población se encuentra en unión libre, referente a las pacientes casadas si coincide ya que según ENDESA 2007 el 22% de la población esta casada. El 46.7% eran primigestas, seguido del 24.3% bigestas.

En la inspección que se realizó en la sala de PF se encontró que la distancia entre cama y cama es inadecuada, igual que la separación entre cama y pared, al igual que el tamaño del cuarto y la cantidad de camas por cuarto. No se cumple con los estándares de calidad, ya que la distancia es menor de la establecida y hay demasiadas camas para el tamaño del cuarto, solo hay una sala de puerperio fisiológico en el hospital, en ocasiones la demanda del servicio es mayor que la disponibilidad de camas en el mismo.

La disposición de sábanas y móviles en las camas es adecuada y las camas poseen baranda, no obstante estas no son usadas de forma adecuada ya que no las suben.

En lo referente a la disponibilidad de espacio para movilizarse consideramos que es parcial, al igual la iluminación y la ventilación de la sala. La misma cuenta con un ventanal y un ventilador el cual permanece desconectado, y las lámparas de la sala generalmente se encuentran apagadas, además como ya se menciono el espacio entre cama y cama es menor al establecido según los estándares de calidad que refieren debe ser 120 cms.

La accesibilidad de los servicios higiénicos y la limpieza de los mismos es parcial, ya que para poder hacer uso de estos, las pacientes deben movilizarse fuera de la sala y recorrer aproximadamente 30 mts, además son compartidos con otras salas. La sala permanece limpia, y hay disponibilidad de ropa y agua potable en la misma, de igual manera en los baños.

Uno de los parámetros a evaluar fue la aplicación de oxitocina como profilaxis de la hemorragia post parto, según protocolo del MINSA, esta debe ser aplicada a todas las pacientes con parto vía vaginal inmediatamente después del nacimiento del bebe y antes de la expulsión de la placenta, en este estudio se encontró que al 100% de las pacientes se le aplicó el fármaco. Cumpliendo con las normas del Ministerio de salud.

Otro parámetro a evaluar fue la vigilancia durante las primeras dos horas críticas posterior al parto, incluyendo la toma de signos vitales, valoración de persistencia de GSP y valoración de loquios, encontramos que en el 100% de los casos se realizó, excepto en la toma de signos vitales, que solamente fue realizado en el 83.2% de los casos. Cumpliéndose en su mayoría con las normativas del MINSA, estos datos fueron obtenidos del expediente clínico, pero durante la observación en la sala, podemos notar que estas actividades de vigilancia durante las primeras dos horas posteriores al parto, si se realizan de

forma adecuada, sin embargo, consideramos que hay problemas en el registro de las actividades que se llevan a cabo, lo que podría ser en ocasiones por la carga excesiva de trabajo. Estas actividades son de vital importancia para la detección temprana de complicaciones.

Por turnos de enfermería en el 100% de los casos se realizó toma de signos vitales, en el 91.6% de los casos se realizó valoración de persistencia de GSP, en el 90.7% de los casos se realizó valoración de los loquios, lo que evidencia que en su mayoría se realizaron las actividades de monitoreo y vigilancia en la sala, las que son de gran importancia para detectar complicaciones de forma temprana.

Referente a la realización de exámenes de laboratorio en el 90.7% de los casos se realizó BHC, siendo valorada en el 71.6%, se realizó Tipo y RH en el 90.7%, siendo valorada en el 65.4% de los casos y se realizó EGO en el 60.7% de los casos siendo valoradas en su totalidad, lo que nos indica que los exámenes de laboratorio de rutina que se indican en el momento del ingreso de las pacientes se están realizando casi en su totalidad, pero no están siendo valorados. Al realizar la observación se detecta que si se valoran los exámenes de laboratorio durante el pase de visita, pero no se registra en el expediente, consideramos que esto puede estar condicionado por que generalmente quienes realizan las evoluciones son los médicos internos, que rotan en la sala, y no hay una adecuada supervisión de los expedientes por parte de los médicos de base.

El 100% de los partos fueron atendidos por Médicos internos, el personal médico con menos experiencia, además según los niveles de competencia este tipo de personal médico se encuentra en el III que significa que son médicos que pueden realizar procedimientos pero con supervisión.

Con relación a la nota de recibo en el 63.6% de los casos fueron evaluadas como buena, seguidas de 31.8% como regular y el restante 4.6% como mala, siendo satisfactorio ya que la mayoría de los expedientes se están llenando de forma adecuada. Hay que hacer la aclaración que los datos usados como parámetros para evaluar la nota de recibo fueron obtenidos de la nota de parto y de la nota de evolución en la sala de puerperio fisiológico, ya que a su llegada a la sala no se le realiza nota de recibo en fisiológico, esto puede ser por el escaso personal que queda en la sala durante los turnos.

De todas las pacientes atendidas el 92.5% refirió que la comodidad de la sala era buena, coincidiendo con la iluminación y limpieza de la sala, en un 97.2% y 93.4% respectivamente. El 92.5% de las usuarias considero que la limpieza de los servicios era buena, el mismo porcentaje expreso que la dotación de ropa es buena. Teniendo en cuenta que la situación socioeconómica y cultural es un determinante importante en esta opinión, ya que la cualidad de bueno, malo o regular es relativo para cada paciente.

El 65.4% de los casos considero que la accesibilidad a los servicios higiénicos es buena, el 27.1% la considero regular y el 5.7% restante la considero mala, esto se debe a que los servicios higiénicos quedan fuera de la sala y para acceder a estos las pacientes deben movilizarse fuera de esta casi 30 mts.

Con relación a la capacidad del personal que atendió el parto el 94.3% manifestó que la capacidad es buena y el 5.7% restante la considero regular. Lo que es beneficioso para las pacientes, sin embargo es igualmente relativo para cada quien, además hay algunas pacientes que solo han visitado este hospital y no tienen puntos de referencia para comparar.

El 100% de las usuarias refirió que el espacio que ocupaban en la sala es suficiente, el 72.9% dijo que si son cubiertas con sabana durante la exanimación, el 94.4% refirió que no hubo personal ajeno en el momento de la revisión ginecológica y el 100% refirió que si hay sala de exclusiva para dicha revisión. Esto nos revela que las pacientes en el momento del examen ginecológico se sienten seguras y en un ambiente de privacidad completa y adecuada.

El 65.4% de las usuarias refieren que el personal que las atendió no se presentó, el 60.7% refiere que no la saludo, sin embargo el 85.1% si fue llamado por su nombre. El 100% manifestó que el personal de salud escucho sus problemas planteados y al 98.1% se le brindo oportunidad para aclarar sus dudas. Al mismo tiempo se le explico su condición clínica en el 96.3% de los casos y al 97.2% se le brindo información sobre los procedimientos a realizar. El 95.3 % manifestó que se le pidió consentimiento para realizar los procedimientos, lo que demuestra que el personal de salud no tuvo contacto adecuado en el primer momento con las pacientes, pero si se realizaron actividades que hicieron sentir a las usuarias bien atendidas, ya que el 98.1% de estas refiere que recibió atención fraterna por parte del personal de salud y el 100% refiere que volvería a esta unidad de salud para ser atendida nuevamente.

XI CONCLUSIONES

- ✓ Las usuarias que acuden al servicio de PF. Son en su mayoría mujeres jóvenes, con edades entre 20-29 años (43.9%), predominantemente del sector urbano (53.3%), con escolaridad primaria mayormente (53.3%), en unión estable (59.9%) y el 60.7% de estas son amas de casa. El 46.7% de los casos fueron mujeres primigestas.

Con respecto a la estructura:

- ✓ No se cumple con los estándares de calidad en lo que respecta a distancia entre cama - cama, distancia entre cama – pared.
- ✓ Las camas poseen barandas, pero son utilizadas de forma adecuada y la disposición de sabanas y móviles en ellas es adecuada.
- ✓ La disponibilidad de espacio para movilizarse, la iluminación de la sala, la ventilación, la accesibilidad a los servicios higiénicos y limpieza, de los mismos fue considerada como parcial.
- ✓ La sala permanece limpia con disponibilidad de ropa y agua potable en la misma y en los baños.
- ✓ En general la calidad de atención con respecto a la estructura según los datos obtenidos en este estudio es mala.

Con respecto al proceso:

- ✓ En todos los casos se uso oxitocina profiláctica.
- ✓ En lo referente a la valoración del puerperio inmediato, se pudo constatar que en la mayoría de los casos se realizó un buen monitoreo durante las primeras dos horas críticas.
- ✓ Se pudo constatar que en la mayoría de los casos se envían exámenes de laboratorio de rutina, pero no son valorados en todas las pacientes.
- ✓ En la mayoría de los casos se hace un adecuado manejo del expediente clínico.
- ✓ En general la calidad de atención con respecto al proceso según los datos obtenidos en este estudio es Regular.

Con respecto al grado de satisfacción:

- ✓ Casi en su totalidad las usuarias del servicio refirieron haber recibido una atención fraterna por parte del personal de salud (98.1%) y todas ellas refieren que volverían a esta unidad a solicitar atención.
- ✓ El 65.4% de las pacientes que participaron en el estudio refiere que el personal que la atendió no se presentó, además el 60.7% refiere que además tampoco las saludaron y el 14.9% refiere que no las llamaron por su nombre.
- ✓ Sin embargo consideramos que la calidad de la atención con respecto a los resultados, según la información recopilada es buena.

- ✓ Con el presente trabajo podemos concluir que la calidad de atención global brindada en la sala de puerperio fisiológico inmediato en las pacientes atendidas en el servicio de maternidad en el HRSJ, durante el mes de febrero del 2010, es **REGULAR**.

XII RECOMENDACIONES

- Las autoridades hospitalarias en conjunto con el jefe de seguridad y mantenimiento, designen un personal capacitado, para una supervisión más constante que evalúe las condiciones que se encuentran: ventilación, iluminación, accesibilidad de los servicios de internamiento del puerperio fisiológico.
- A las autoridades hospitalarias, que conformen una comisión junto al personal del ministerio del trabajo, para evaluar condiciones de riesgo que tienen los pacientes en puerperio fisiológico, en aspectos de movilidad, espacio y accesibilidad a la sala de puerperio fisiológico, lo que permitirá a través de un rediseño elevar el nivel de calidad de atención a este grupo de pacientes.
- Al personal médico y paramédico que esta en contacto directo con los pacientes, en puerperio fisiológico, garantizar que las barandas de las camas se suban para evitar accidentes tanto materno, como fetal, que altere la salud de este binomio.
- A las autoridades hospitalarias que formen un equipo junto con los obstetras, y elaboren un plan que permita y garantice la supervisión por parte de los médicos de base en los referente a expedientes clínicos, los cuales deben cumplir con estándares de calidad en lo que se refiere a registrar todas las actividades que se realicen a los pacientes en pases de visita (notas, exámenes de laboratorio y valoración).
- A las autoridades hospitalarias en conjunto con los jefes de servicio, crear un programa de formación continua y evaluación sistemática sobre relación médico paciente, en el que debe estar incluido relaciones humanas, ética y comunicación, con el firme propósito de que los pacientes se sientan bien atendidos.
- Que las autoridades hospitalarias formulen, estrategias para dar a conocer a todo el personal médico y paramédico del hospital, en especial para el departamento de ginecoobstetricia, los estándares e indicadores de calidad y protocolos, los cuales rigen la calidad de atención brindada y que se mantenga de forma constante y periódica, ya que el personal de mayor interacción en la atención del parto no son permanentes en el hospital (médicos internos).

XIII BIBLIOGRAFIA

1. CIES – UNAN Managua, calidad total en salud, año 2001.
2. Chong Xenia y Cols. Calidad de atención del parto y el post parto en el centro hospital Joaquín Paz Borrero de Cali – Colombia. 1991.
3. FNUAP, Maternidad Segura, evaluación de necesidades en los Servicios de emergencia obstétrica en 10 departamentos de Nicaragua, año 2001
4. López Flores Juan Pablo. Relación médico paciente durante el trabajo de parto de pacientes atendidas in los hospitales Berta Calderón, Fernando Vélez Páiz, Carlos Marx. Agosto – Septiembre 1991.
5. Ministerio de salud, estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada y del recién nacido. Managua, Nicaragua, Febrero 2004.
6. Ministerio de Salud. Proceso de medición de satisfacción de usuarios (as) externas en las unidades de salud del segundo nivel de atención. Orientaciones metodológicas. Febrero 2004.
7. Ministerio de Salud, boletín epidemiológico, semana No. 52, año 2004.
8. Ministerio de Salud, ley general de salud, Nicaragua, año 2003.
9. Ministerio de Salud, metas de desarrollo, seguimiento a la cumbre del milenio, primer informe Diciembre 2003.
10. Ministerio de Salud, Plan Nacional de reducción de la Mortalidad Materna, perinatal e infantil, Nicaragua, Agosto 2004.
11. Ministerio de Salud, gerencia de calidad. Promoviendo una cultura de calidad en las sedes de los Silais. 2004.
12. Ministerio de salud, Política Nacional de Salud 2004 -2015. Mayo 2004.
13. Ministerio de Salud, memoria del II foro nacional de calidad en salud, 2004.
14. Ministerio de Salud. Análisis del sector salud. Año 2000.
15. Monografía, Calidad de atención del parto desde la percepción de las pacientes embarazadas que fueron atendidas en los servicios del Hospital Fernando Vélez Páiz. Agosto-Noviembre 2004.
16. Monografía, Calidad de atención del puerperio fisiológico inmediato, en pacientes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Septiembre-Noviembre, del 2006.
17. Monografía, Calidad de atención del puerperio inmediato de las usuarias ingresadas en el servicio de puerperio fisiológico y patológico, Hospital Regional Santiago-Jinotepe. Mayo-Junio 2007.

18. OPS/OMS, Principios de la OMS a cerca del cuidado perinatal: guía Esencial para el cuidado antenatal, perinatal y post parto, año 2001.
19. QAP. Memorias foro internacional sobre calidad de la atención de la Embarazada. 2004.
20. Wong Blandón Yudi y Cols. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: perspectiva de los usuarios, en Matagalpa, Noviembre 2002

ANEXOS

Cuadro 1.

Datos generales relacionados con frecuencia y porcentaje, en usuarias atendidas en el servicio puerperio fisiológico, HRSJ. Febrero 2010.

n=107

INDICADOR	FREC	%
EDAD		
12-19 años	44	41.2
20-29 años	47	43.9
30-39 años	13	12.2
40 o mas años	3	2.7
PROCEDENCIA		
Urbano	57	53.3
Rural	50	46.7
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	3	2.7
Primaria	57	53.3
Secundaria	41	38.3
Técnico	0	0
Universidad	6	5.7
ESTADO CIVIL		
Casada	27	25.2
Soltera	16	14.9
Unión estable	64	59.9
OCUPACION		
Ama de casa	65	60.7
Estudiante	18	16.8
Agricultora	3	2.8
Otros	21	19.7

Fuente: Expediente.

Cuadro 2.

Gestas, en usuarias atendidas en el servicio puerperio fisiológico, HRSJ. Febrero 2010.

GESTAS	FREC	%
Primigesta	50	46.7
Bigesta	26	24.3
Trigesta	23	21.5
Multigesta	8	7.5
TOTAL	107	100

Fuente: Expediente.

Cuadro 3.

Valoración de indicadores de calidad obtenidos durante la observación. En sala puerperio fisiológico, HRSJ. Febrero 2010.

INDICADOR	ADECUADO	INADECUADO
Distancia entre cama y cama		✓
Separación entre cama y pared		✓
Disposición sábanas y móviles en camas	✓	
Camas con baranda	✓	
Tamaño del cuarto	✓	
Numero de camas en cuarto		✓

Fuente: Observación Directa.

CALIDAD	Frec./Indicadores	%
Bueno	3	50
Malo	3	50
Total	6	100

Cuadro 4.

Valoración de indicadores de calidad obtenidos durante la observación, en sala puerperio fisiológico, HRSJ. Febrero 2010.

INDICADOR	SI	NO	PARCIAL
Disponibilidad de espacio para movilizarse en sala			✓
Iluminación adecuada de la sala			✓
Ventilación adecuada de la sala			✓
Limpieza de la sala	✓		
Accesibilidad a los servicios higiénicos			✓
Limpieza adecuada de los servicios higiénicos			✓
Disponibilidad de ropa en la sala	✓		
Disponibilidad de agua potable en la sala	✓		
Disponibilidad de agua potable en los baños	✓		
Privacidad en la sala			✓

Fuente: Observación Directa.

CALIDAD	Frec./ Indicadores	%
Bueno	4	40
Malo	6	60
Total	10	100

Cuadro 5.

Personal asignado a sala puerperio fisiológico inmediato, HRSJ. Febrero 2010.

PERSONAL ASIGNADO A LA SALA	NUMERO
Ginecólogo	6
Médico General	0
Médico en servicio social	0
Médico Interno	4
Enfermera	11
Auxiliar de enfermería	6
TOTAL	27

Fuente: Encuesta.

Cuadro 6.

Indicadores de calidad obtenidos de expediente clínico, en usuarias atendidas en el servicio puerperio fisiológico, HRSJ. Febrero 2010.

n=107

INDICADOR	SI		NO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Aplicación de oxitocina	107	100	0	0	107	100
Toma signos vitales en las 2 hrs. Criticas	89	83.2	18	16.8	107	100
Valoración de persistencia de GSP 2 hrs criticas	107	100	0	0	107	100
Valoración de loquios 2 hrs criticas	107	100	0	0	107	100
Toma de signos vitales por turno de enf.	107	100	0	0	107	100
Valoración de persistencia GPS por turno enf.	98	91.6	09	8.4	107	100
Valoración de loquios por turno de enf.	97	90.7	10	9.3	107	100
BHC realizada	104	97.2	3	2.8	107	100
BHC valorada	76	71	31	29	107	100
T Y RH realizado	97	90.7	10	9.3	107	100
T Y RH valorado	70	65.4	37	34.6	107	100
EGO realizado	65	60.7	42	39.3	107	100
EGO valorado	65	60.7	42	39.3	107	100

Fuente: Expediente.

CALIDAD	Frec./ Indicadores	%
Bueno	8	61.53
Regular	3	23.07
Malo	2	15.4
Total	13	100

Cuadro 7.

Atención del parto, en usuarias atendidas en el servicio puerperio fisiológico, HRSJ. Febrero 2010.

n=107

ATENCION DEL PARTO	FREC	%
Ginecólogo	0	0
Médico General	0	0
Médico en servicio social	0	0
Médico Interno	107	100
Enfermera	0	0
Auxiliar de enfermería	0	0
TOTAL	107	100

Fuente: Expediente.

CALIDAD	Frec./Indicadores	%
Bueno	0	0
Regular	107	100
Total	107	100

Se considera Bueno parto atendido por especialista, Regular atendido por MG, MSS.MI, Malo el resto de personal.

Cuadro 8.

Nota de recibo, en usuarias atendidas en el servicio puerperio fisiológico, HRSJ. Febrero 2010.

n=107

NOTA DE RECIBO	FREC	%
Bueno	68	63.6
Regular	34	31.8
Malo	5	4.6
TOTAL	107	100

Fuente: Expediente.

Cuadro 9.

Valoración de indicadores de calidad encontrados en encuesta de satisfacción de usuaria. Calidad de atención del puerperio fisiológico HRSJ. Febrero 2010.

n=107

INDICADOR	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Comodidad de la sala	99	92.5	8	7.5	0	0	107	100
Iluminación de la sala	104	97.2	3	2.8	0	0	107	100
Limpieza de la sala	100	93.4	7	6.6	0	0	107	100
Limpieza de los servicios Higiénicos	99	92.5	8	7.5	0	0	107	100
Dotación de Ropa	99	92.5	8	7.5	0	0	107	100
Accesibilidad a los Servicios Higiénicos	70	65.4	29	27.1	8	7.5	107	100
Disponibilidad de agua potable	103	96.2	4	3.8	0	0	107	100

Fuente: Encuesta.

CALIDAD	Frec./Indicadores	%
Bueno	5	83.33
Regular	1	16.67
Total	6	100

Cuadro 10.

Valoración de indicadores de calidad encontrados en encuesta de satisfacción de usuaria. Calidad de atención del puerperio fisiológico HRSJ. Febrero 2010.

n=107

INDICADOR	SI		NO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
El espacio es suficiente en la sala	107	100	0	0	107	100
Es cubierta con sabana en exanimación	78	72.9	29	27.1	107	100
Hubo personal ajeno durante la exanimación	6	5.6	101	94.4	107	100
Hay un cuarto exclusivo para revisión	107	100	0	0	107	100
El personal que la atendió se presento	37	34.6	70	65.4	107	100
El personal que la atendió la saludo	42	39.3	65	60.7	107	100
El personal de salud la llamo por su nombre	91	85.1	16	14.9	107	100
El personal escucho sus problemas planteados	107	100	0	0	107	100
Se le brindo oportunidad para aclarar dudas	105	98.1	2	1.9	107	100
Se le explico condición clínica	103	96.3	4	3.7	107	100
Se le brindo información s/proc. a realizar	104	97.2	3	2.8	107	100
Se le pidió consentimiento para realizar proc.	102	95.3	5	4.7	107	100
Recibió atención fraterna	105	98.1	2	1.9	107	100
Regresaría a este hospital	107	100	0	0	107	100
Considera capaz al personal que la atendió	101	94.3	6	5.7	107	100

Fuente: Encuesta.

CALIDAD	Frec./Indicadores	%
Bueno	12	80
Regular	1	6.66
Malo	2	13.34
Total	15	100

CALIDAD DE ATENCION SEGÚN DATOS OBTENIDOS CON LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.

INSTRUMENTO	BUENO	REGULAR	TOTAL
OBSERVACION	14.42	6.18	20.6
FICHA	22.58	3.5	26.08
ENCUESTA	27.6	1.09	28.69
TOTAL	64.6	10.77	75.37