RESUMEN

Objetivo

Identificar el acceso, utilización y calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig Área de Salud N° 8.

Método y técnicas

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo y cualitativo. Se aplicaron las siguientes técnicas de investigación: 1) análisis documental, 2) entrevistas, 3) observación directa, y 4) grupos focales, mediante formularios semi-estructurados y guías de grupos focales facilitados por la OPS y modificados. La información cuantitativa se procesó mediante Excel 2007 y la información cualitativa se analizó con el software Atlas Ti versión 4.2.

Resultados

El Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig corresponde a un nivel de cuidados obstétricos de emergencia (COE) incompleto. Presenta deficiencias en infraestructura

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

(emergencia 27%, hospitalización en Gineco-obstetricia 17%, sala de partos 8%, sala de operaciones 32%, laboratorio 11%) y medicamentos esenciales (emergencia 14%, sala de operaciones 21%, sala de partos 64%, hospitalización en Gineco-obstetricia 50%). Entre julio de 2007 y junio de 2008, no se produjeron muertes maternas, las principales complicaciones obstétricas fueron: parto prolongado con un 41%, otras complicaciones 37%, aborto espontaneo 15%, hemorragias ante y postparto 4%, hipertensión inducida por la gestación 2% y parto obstruido 1%. En este mismo período no se produjeron muertes neonatales. Entre las principales causas de morbilidad neonatal se encontraron: otras patologías con el 89% (riesgo de sepsis, bronconeumonía, onfalitis, ictericia neonatal) y sepsis con un 11%. De las percepciones comunitarias e institucionales se desprende que existe confluencia de factores socio-económicos, culturales, educativos, comunicativos y administrativos que integran la causalidad de la baja calidad en la atención a las mujeres con emergencia obstétrica, mas por el déficit de personal las 24 horas del día que por la infraestructura del hospital.

Conclusión

La segunda y tercera demora son las más importantes, debido a la imposibilidad para movilizarse por medio de transporte y a la falta de atención del servicio de salud las 24 horas. Se recomienda la implementación de guías basadas en evidencias que permitan una mejor calidad de atención.

Palabras Claves: Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia -CONE-, evaluación de la calidad de los servicios, morbilidad y mortalidad **materna y neonatal.**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

III. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Atención primaria en salud

4.2. Objetivos del desarrollo del milenio

4.3. Cuidados obstétricos de emergencia.

4.4 Mortalidad materna

4.5. Mortalidad neonatal

4.6. Cuerpo jurídico con relación a la atención obstétrica

4.7. Programas, Reglamentos y Normativas del MSP36

4.8. Salud Reproductiva: Reducción de la mortalidad materna

V. OBJETIVOS

VI. METODOLOGÍA

VII. RESULTADOS

7.1. Características de las unidades de salud

7.2. Caracteristicas de la mortalidad y morbilidad obstetrica y neonatal

7.3. Disponibilidad de infraestructura del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig

7.4. Sistema de registros del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig

7.5. Disponibilidad de equipamiento del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig

7.6. Disponibilidad suministros y equipos de laboratorio clinico y de banco de sangre del San Sebastián del Cantón Sígsig

7.7. Disponibilidad de mobiliario del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig

7.8. Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas

7.9. Capacitacion del personal de medicina y enfermeria

7.10. Prácticas en CONE en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig

7.11. Percepción comunitaria e institucional de los factores relacionados con las emergencias obstétricas y la mortalidad materna

VIII. CONCLUSIONES

IX. DISCUSIÓN

X. FUENTE BIBLIOGRÁFICA

XI. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MÉDICO

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIÁN" DEL CANTÓN SÍGSIG ÁREA DE SALUD Nº8, 2008-2009

AUTORES:

MARIETA ALEJANDRA CÁRDENAS MONCAYO

DANIEL RAFAEL ESPINOZA HERNÁNDEZ

JOSÉ LUIS GUERRERO RAMÍREZ

DIRECTOR Y ASESOR:DR. JOSÉ ORTIZ S

CUENCA-ECUADOR

2008-2009

SUMMARY

Objective:

Identify the access, utilization and quality of the care for obstetrical and neonatal complications at San Sebastian Hospital of the Sígsig Health area N°8.

Method:

We were carried out a quantitative and qualitative descriptive study. The following investigation techniques were applied: 1) documental analysis, 2) interviews, 3) direct observation, and 4) focus groups, by means of semi-structured forms and guides of focus groups facilitated by the OPS and modified. The quantitative information was processed by means of Excel 2007 and the qualitative information was analyzed with the software Atlas Ti version 4.2.

Results:

The Hospital San Sebastian of the Canton Sígsig corresponds at a level of obstetric cares of emergency (COE) incomplete. It presents deficiencies in infrastructure (emergency 27%, obstetric and gynecologic hospitalization 17%, room of childbirths 8%, room of operations 32%,

laboratory 11%) and essential medications (emergency 14%, room of operations 21%, room of childbirths 64%, obstetric and gynecologic hospitalization 50%). Between July of 2007 and June of 2008, maternal deaths didn't take place, the main obstetric complications were: lingering childbirth with 41%, other complications 37%, miscarry spontaneous 15%, hemorrhage 4%, hypertension induced by the gestation 2% and obstructed labor 1%. In this same period neonatal deaths didn't take place. Among the main causes of neonatal morbidity were: other pathologies with 89% (sepsis risk, bronchopneumonia, onfalitis, neonatal jaundice) and sepsis with 11%. Of the community and institutional perceptions he/she comes off that it exists fork of socio-economic, cultural, educational, talkative and administrative factors that integrate the causation of the drop quality in the attention to the women with obstetric emergency, but for the deficit of personal the 24 hours of the day that for the infrastructure of the hospital.

Conclusion:

The second and third delay are the most important, due to the impossibility to be mobilized by means of transport and to the lack of attention of the service of health the 24 hours.

The implementation of guides is recommended based on evidences that allow a better quality of attention.

Key words:

Obstetric cares and Neonatal Care Emergency - CONE – Quality assessment services Maternal and neonatal morbidity and mortality

RESPONSABILIDAD

Las opiniones vertidas a continuación son de responsabilidad de los autores del documento:

Marieta Alejandra Cárdenas Moncayo

_____

Daniel Rafael Espinoza Hernández

_____

José Luis Guerrero Ramírez

_____

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro director y aseso, Dr. José Ortiz, quien nos ha guiado y permitido culminar con satisfacción nuestro proyecto de investigación.
A nuestros padres que nos brindaron todos los recursos necesarios para desarrollar nuestro estudio.

Además agradecemos al personal del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, en especial a su director Dr. Eugenio Galarza por permitir realizar nuestra investigación de la manera más cálida y cordial.

DEDICATORIA

El proyecto de Evaluación de los servicios de los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia va dedicado al establecimiento de salud en el cual realizamos la investigación para así crear conciencia sobre la disponibilidad y prestación de servicios que se brinda en esta casa de salud, con lo que se contribuye al análisis para disminuir los riesgos existentes sobre la salude materna y neonatal.

Los Autores

I. INTRODUCCION

El Estado garantiza el derecho a la salud, su promoción, protección (seguridad alimentaria, provisión de agua, saneamiento, promoción de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario) y el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios conforme a principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia, de acuerdo a lo que dictamina nuestra constitución, en su artículo 42.[1] La mortalidad materna es un indicador sensible del desarrollo humano, por eso en el año de 1998 el Ecuador lo declaró mediante Acuerdo Ministerial No.1804, "prioridad de Estado". En el mismo año el Honorable Congreso Nacional reforma la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y en el año de 1999 se dictan las Normas Nacionales de Salud Reproductiva. En el año 2005 se publica el "Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna", y en enero del 2006 se actualiza el Manual para la Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna (MM), primer eje de acción del plan señalado. [2]

De la misma manera la Ley Orgánica de Salud, enfatiza en su artículo 3, que la salud es el completo estado de bienestar físico, metal y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano, irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

En nuestro país, a pesar de las diversas acciones emprendidas en estos últimos años, la mortalidad materna sigue siendo alta y por ende un problema para el sector de la salud y la comunidad. [3]

Recientemente se ha sugerido un nuevo modelo para diseñar y evaluar los programas para reducir la mortalidad y discapacidad materna, basado en la cadena causal que vincula las muertes maternas con las actividades de los programas. Este modelo es llamado de las tres demoras y se basa en la premisa de que cualquier demora que impida que la mujer embarazada reciba un tratamiento adecuado, le puede costar la vida. Según este modelo, los tres tipos de demoras que pueden contribuir a la muerte materna son:

1. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda.
2. Demora en llegar a la unidad de salud.
3. Demora en recibir el tratamiento adecuado en la unidad de salud. [2]

Ante la ausencia de un registro o estudios acerca de cuidados obstétricos de emergencia en la provincia del Azuay, nos vimos impulsados a la realización de esta investigación, en la cual se identificaron las condiciones de funcionamiento, accesibilidad, recursos, y la calidad de atención en las complicaciones obstétricas y neonatales; siendo este trabajo parte del Programa de Investigación "Tecnología de Información y Comunicación para mejorar la atención materna y neonatal en los servicios publicados de la provincia del Azuay" cuyo objetivo es realizar un plan de acción para brindar insumos para la formulación de un proyecto que contribuya a mejorar la salud de las mujeres, incrementar la accesibilidad, utilización y calidad de los servicios médicos y de salud, para el tratamiento efectivo y oportuno de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En el año 2005, 536.000 mujeres mueren en el mundo y 22000 en América Latina, por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. La mayoría de muertes maternas se producen entre las mujeres más pobres del mundo. Para las mujeres entre 15 y 49 años de edad, que residen en países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad e invalidez.[5]

La mayor parte de las muertes ocurren por cinco complicaciones obstétricas: hemorragia (25%), sepsis (15%), abortos inducidos inseguros (13%), hipertensión durante el embarazo (12%) y partos obstruidos (8%). Otro 20% es producto de circunstancias preexistentes que se agravan con el embarazo, entre ellas, la anemia, la malaria y la hepatitis. Estos fallecimientos obedecen no solo a las fallas de los sistemas de asistencia médica, sino también a arraigados patrones de discriminación contra la mujer.[6]

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2007 murieron 176 mujeres por causas del

embarazo, parto y puerperio lo que nos da una tasa promedio de 90,20 x 100.000 nacidos vivos; sin embargo, dadas las inequidades socioeconómicas y principalmente de recursos en salud, las tasas de muerte materna son muy diferentes entre las provincias del país. Así, las provincias que no registraron muertes maternas son: Galápagos (0.0), Pastaza (0.0) y Carchi (0,0); las provincias con tasas inferiores a 100: Pichincha (85), Tungurahua (83,6), Azuay (79.2), Manabí (75.9), Los Ríos (81.8), Guayas (34.3), El Oro (14.1), Orellana (13.3), Bolívar (32,6) y la provincias con tasas superiores a 100: Imbabura (118,8), Cotopaxi (179.9), Loja (139.4), Esmeraldas (172.9), Napo (163.9), Morona Santiago (176.7), Zamora Chinchipe (321.3), Chimborazo (175.8), Cañar (132.8) y Sucumbíos (150.2).[7]

El Plan de Reducción de la Muerte Materna pone en evidencia que la tasa de mortalidad materna en el país es muy alta si se compara con otros países de la región. Entre las principales causas se señalan: eclampsia (30.2%), hipertensión inducida por el embarazo (10.1%), hemorragia (8.5%), desprendimiento prematuro de la placenta (7.8%) y otros traumas obstétricos (5.4%). Según los registros hospitalarios, el aborto también figura entre las causas de muerte en los servicios de salud.

En el "Plan de Acción de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos 2006-2008" se plantea como objetivo: Garantizar la aplicación de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos como componente de los Derechos Humanos y de la salud integral; que permita el desarrollo pleno de los hombres y mujeres del Ecuador y el mejoramiento de su calidad de vida, incluyendo la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia, respetando la diversidad étnica y cultural. Estableciendo como fundamentos estratégicos y líneas de acción, los siguientes: 1) Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2) Intersectorialidad, 3) Promoción de la equidad de género e interculturalidad, 4) Construcción de ciudadanía y participación social, 5) Disminución de la Mortalidad Materna, y, 6) Reforma del Sector Salud para el acceso universal.[8]

En los servicios de neonatología también se pone en evidencia que las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad obedecen no solamente a la deficiente infraestructura, carencia de recursos materiales e insumos,

sino también a las acciones terapéuticas que no se sustentan en guías clínicas basadas en evidencias científicas.

Las principales causas de muerte registradas en el país, son: trastornos respiratorios, asfixia perinatal, malformaciones congénitas e infecciones, el peso bajo al nacer que no es una causa directa de muerte pero es un factor importante, las tres cuartas partes de muertes neonatales se presentan en los recién nacidos prematuros, y su incidencia refleja el grado de desarrollo de un país, en EEUU uno de cada diez nacimientos es prematuro.

II. JUSTIFICACION

En el Ecuador, a pesar de las acciones emprendidas en los últimos años, la mortalidad materna y neonatal siguen siendo altas, de ahí la gran importancia que tiene atender y tratar de resolver los problemas que se presentan en los diferentes centros de cuidados obstétricos y neonatales de todo el país, especialmente en los servicios pertenecientes al MSP, como es el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, en donde vimos conveniente realizar una investigación para poder conocer el nivel de preparación y

actualización del personal, deficiencias en la infraestructura, carencias en equipos, medicamentos, materiales e insumos, con el fin de identificar las causas prevenibles de la morbilidad materna y neonatal correspondientes a la tercera demora.

En los hospitales del MSP existen serias deficiencias en la infraestructura, mobiliario, equipo y ropa, especialmente, así como también en el abastecimiento de medicamentos inyectables esenciales, como pethidine, salbutamol, halotano, diazepam, sulfato de magnesio, hydralacina, adrenalina, hidrocortisona, ampicilina, ceftriaxona, gentamicina, etc., estas carencias constituyen factores limitantes para la atención de emergencias obstétricas y neonatales.[9]

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2005 ocurrieron 143 muertes maternas (77.8 x mil nacidos vivos), debido a hemorragias, eclampsia, sepsis, aborto, preeclampsia y otras. Para el año 2006 las defunciones se han incrementado a 189, debido a que los esfuerzos en la práctica son insuficientes y los realizados no se orientan en la dirección correcta.

Para el año 2007 el número de muertes maternas desciende ligeramente a 176 muertes. [3]

Procederemos a presentar los resultados a las autoridades del hospital para que las gestiones que realicen ante el Ministerio de Salud Pública, se sustenten en un análisis científico.

III. MARCO TEORICO

4.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Debemos partir de la definición de atención Primaria en Salud (APS), primera estrategia que permitirá un mejoramiento de los sistemas de salud vigentes en el país y la región. La declaración de Alma Ata (en 1978) la define como asistencia sanitaria esencial que incluye un marco de acciones integrales y globales; donde los servicios de salud deben estar organizados desde la comunidad hacia los niveles de mayor complejidad para permitir el funcionamiento de un sistema de referencia adecuado. Fecha en la que la OMS adoptó la APS como estrategia para alcanzar el objetivo de salud para todos.[10]

El modelo de desarrollo y de atención de salud en el país, se ha caracterizado por estar institucionalmente fragmentado, inequitativo, que no ha dado respuesta a las demandas sociales. En el Ecuador, cada vez es más escaso el presupuesto asignado para los programas sociales necesarios para el desarrollo, entre ellos los de salud, ello nos obliga a la necesidad de buscar otros medios para la ejecución de proyectos y estrategias de atención primaria encaminados para promover la salud de la población demandante.[10,11]

La salud y sus factores determinantes (estilos de vida 43%, biología 27%, medio ambiente 19% y sistema sanitario 11%) deben ser tomados en cuenta como marco conceptual para la elaboración de políticas sanitarias fundamentada en la salud pública, y por lo tanto en las necesidades de la salud de la población. Existe un consenso de que el mejoramiento de la salud de la población humana a nivel mundial se debe más a causas económicas, sociales y políticas que a intervenciones sanitarias. Razón por la que las políticas de salud deberán dar respuesta a los determinantes extra sanitarios, lo que implica la participación de otros sectores como educación, obras públicas y medioambiente que junto

con junto con las políticas sanitarias hagan frente a los problemas de salud. [10,12]

Si tomamos en cuenta que de los determinantes de la salud, el estilo de vida es el factor con mayor influencia en la falta de salud, enmarca la importancia de la prevención primaria para los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia, ya que busca el cambio en los estilos de vida con estrategias poblacionales e individuales.[12,13]

Cuando hablamos de estrategia de APS hacemos referencia a una estrategia que concibe el proceso de salud-enfermedad de una manera integral, que no solo abastecerá de servicios de salud sino que afrontará las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. [13,14]

La promoción de la salud es la estrategia mediante la cual los individuos, las familias y las comunidades desarrollan un mayor control sobre los determinantes de la salud.[14]

Es también de importancia la comunicación entre el personal de los diferentes niveles asistenciales para proporcionar una atención sanitaria de calidad, sin embargo no se la practica por varios factores como la falta de estructuración, la formación profesional del primer nivel (renovación de APS), de los especialistas del segundo y tercer nivel y los propios pacientes carecen de información.[12,13]

4.2. OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO.

Los objetivos de desarrollo del Milenio, que abarcan desde la reducción a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para el año 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes. Los objetivos han galvanizado esfuerzos sin precedentes para ayudar a los más pobres del mundo, se aprobaron en un marco de 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores para medir los progresos hacia el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio mediante un consenso de expertos de la Secretaría de las Naciones Unidas y el FMI, la OCDE y el Banco Mundial.

El objetivo 5 se refiere a la mejora de la salud materna, se traduce en dos metas orientadas a disminuir la mortalidad materna y dar acceso universal a la salud reproductiva, y su progreso se mide a través de seis indicadores. La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son consideradas un grave problema de salud pública, revelando profundas desigualdades en las condiciones de vida de la población, y en la salud de las mujeres en edad reproductiva.[15]

Como respuesta a estos objetivos se definieron algunas estrategias de intervención entre las que se destacan: el aumento de la disponibilidad y el acceso a la información sobre los servicios de planificación familiar; el acceso a servicios de atención prenatal de calidad, el parto limpio y seguro, y, el acceso a Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE) para embarazos de alto riesgo y con complicaciones.[9]

El momento del parto debería ser un momento de alegría. Sin embargo, anualmente, para más de medio millón de mujeres el embarazo y el parto terminan en la muerte y veinte veces más este número sufren lesiones o incapacidades graves que, si no se tratan, les pueden

causar sufrimientos y humillación durante toda la vida. La muerte de una madre puede ser especialmente devastadora para los niños que deja atrás, pues para ellos aumenta el riesgo de caer en la pobreza y de ser víctimas de explotación.[16]

4.3. CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE EMERGENCIA.

El Cuidado Obstétrico Esencial "COE" comprende una serie de servicios que pueden salvar las vidas de la mayoría de mujeres con complicaciones obstétricas, y en los cuales se pueden identificar dos niveles de atención: COE Básicas y Ampliados.

Las funciones más importantes para identificar el COE básico son:

1. Administrar antibióticos parenterales.
2. Administrar medicamentos oxitócicos parenterales.
3. Administrar anticonvulsivantes parenterales para la pre-eclampsia y eclampsia.
4. Retiro manual de la placenta.
5. Retiro de productos retenidos.
6. Realizar alumbramiento vaginal asistido.

Las funciones para el COE ampliado constituyen las mismas del COE básico antes nombradas además de las siguientes:

1. Realizar cirugía (cesárea).
2. Realizar transfusiones de sangre.

Las funciones realizadas en un establecimiento COE Básico pueden salvar muchas vidas. Aun si la paciente necesita ser referida del COE Básico al COE Ampliado o Completo, las funciones realizadas en el establecimiento COE Básico pueden estabilizar a la mujer para que ella no muera en el camino, o evitar que llegue casi moribunda al establecimiento COE Completo.[17]

Todas las complicaciones obstétricas van en aumento en algunas partes del mundo, y dan cuenta de un gran incremento en la proporción de muertes maternas; sin embargo, pueden ser resueltos con las actividades que se llevan a cabo tanto en el COE Básico como Ampliado, mencionadas anteriormente.

Los cuidados de emergencia son necesarios para manejar las complicaciones obstétricas directas, las cuales afectan al menos al 15% de las mujeres embarazadas, y también durante el parto y puerperio. Por lo tanto, cada vez más

gobiernos están integrando la atención obstétrica de emergencia en los programas de salud materna, en vista de que se empieza a reconocer la importancia de evitar la muerte y discapacidad entre las mujeres.

Para ello, Columbia University y UNICEF elaboraron, en 1992, la *Guía para Monitorear la Disponibilidad y la Utilización de los Cuidados Obstétricos.* Dichas guías fueron distribuidas por UNICEF, ONU, y FNUAP en 1997. La guía introduce un conjunto de seis indicadores de proceso para monitorear los servicios obstétricos. Los indicadores de proceso miden las actividades que llevan hasta la meta deseada, es decir, reducir la muerte materna.

Los Indicadores de Proceso de la ONU se basan en la comprensión de que para prevenir las muertes maternas, se debe disponer de cierto tipo de cuidados obstétricos, y además se debe determinar si estos servicios están disponibles en suficiente cantidad, si las mujeres que sufren una emergencia obstétrica que pone en peligro su vida en realidad los usan, dan información de la calidad de la atención, y los indicadores pueden ser usados tanto para hacer un diagnóstico de necesidades con el propósito de

diseñar programas, como para monitorear el progreso de la implementación de dichos programas.[18]

Los seis Indicadores de Proceso de la ONU son:

1. Cantidad de cuidados obstétricos de emergencia
2. Distribución geográfica de los establecimientos
3. Proporción de todos los nacimientos en los establecimientos
4. Necesidad satisfecha de los servicios
5. Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos entre la población
6. Tasa de letalidad

Sin embargo, para monitoreos nacionales, no es factible ni útil tener definiciones tan finas ni demasiadas categorías. Consecuentemente, para el presente propósito, están incluidas sólo las unidades que actualmente ofrecen todas las funciones principales en ya sea las listas de COE Básicos o Ampliados.

Desde que asumimos que alrededor del 15% de mujeres embarazadas desarrollarán complicaciones graves, entonces podemos estimar que un tercio de mujeres con

complicaciones requerirán tratamiento en una unidad con COE Ampliados. En teoría, todas las mujeres que necesitan COE Básicos deben ser tratadas en una sola unidad.

En cuanto a la cantidad disponible de servicios COE, se considera como un nivel mínimo aceptable: por cada 500 mil personas debe haber una unidad ofreciendo COE ampliado o completo, y cuatro unidades ofreciendo COE básicos.

Como proporción de todos los nacimientos en la población, la cesárea no debe ser menos del 5 y no más de 15 %. La proporción de mujeres que mueren por complicaciones obstétricas y que son admitidas en estos centros que brindan COE debe ser como máximo 1%. [17]

En los últimos años la experiencia ha mostrado que la prevención de la mortalidad materna debe orientarse a la implementación de atención de los COE para el manejo de las complicaciones obstétricas en las unidades de salud. Este enfoque se sustenta en las siguientes premisas:

a. Una proporción de mujeres embarazadas desarrollará complicaciones obstétricas.
b. La mayor parte de estas complicaciones no pueden ser prevenidas o evitadas.

c. Por lo tanto, las mujeres que sufren complicaciones necesitarán de Cuidados Obstétricos de Emergencia rápidos para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo.[9]

Las unidades obstétricas de Europa, en especial las del Reino Unido y España se han convertido en pioneras en cuanto al montaje y puesta en marcha de unidades de cuidado obstétrico. Dichos centros buscan impactar en la morbilidad y mortalidad materna mediante el manejo adecuado y precoz de las gestantes críticamente enfermas sin tener que esperar el ingreso o la disponibilidad de camas en cuidados intensivos.[19]

En Perú, se realizó un estudio llamado *"Proyecto de atención a las emergencias obstétricas, FEMME – Care"*, realizado por la Asociación Peruana de Enfermeros en Emergencias y Desastres, esta investigación tuvo como base mejorar el manejo de emergencias maternas, y se realizó como parte de la iniciativa global por una maternidad segura. [20]

En vista de que en Perú cada día 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo, 3 mujeres mueren por

complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y están ocurriendo 10 muertes perinatales por cada muerte materna, la finalidad de este estudio consistía en mejorar la disponibilidad, acceso, uso y calidad de atención mediante la implementación de Cuidados Obstétricos de Emergencia **(COE)** en la zona norte de la Región Ayacucho, con el objetivo de asegurar la vida de la madre y el recién nacido. Los niveles del impacto alcanzados por el proyecto *FEMME* fueron tres: el sistema de salud, el personal de salud y finalmente la población. En cuanto al sistema de salud se obtuvo una reducción de la letalidad obstétrica de un 64,7% entre los años 2000-2005. En el personal de salud la percepción sobre la actuación del proyecto *FEMME* se categorizó como Bueno, con un 64,2%; y finalmente en el impacto sobre la población, se obtuvo una reducción de la mortalidad materna en el domicilio de un 62% a un 23% en el transcurso de los años 2000-2005.

Se tuvo entonces una experiencia exitosa a nivel de los servicios de salud obstétricos, aceptada por el personal de salud y la sociedad civil, lo que ha incrementado la utilización y la calidad de los servicios, al mismo tiempo que el proyecto *FEMME* brinda una serie de estrategias y modos de actuación en los servicios obstétricos que justifican

destinar esfuerzos hacia su sostenibilidad regional y replicabilidad en otras zonas rurales del país.[20]

Por otra parte se ha presentado un manual, un libro de herramientas, destinado a mejorar la calidad de la atención obstétrica de emergencia, el cual fue publicado con el apoyo del programa AMDD de Mailman School of Public Health, Columbia University, y Bill & Melinda Gates Foundation en el año 2005. Las principales herramientas señaladas son:

- Evaluación de COE.
- Entrevista cliente/Familia.
- Revisión de archivos y registros.
- Análisis de flujo de clientes.
- Guías de revisión de casos breves.

En cuanto a la evaluación del COE, consiste en varias guías organizadas sobre la base del "Marco de Derechos para la Calidad de Atención Obstétrica de Emergencia". Diferentes guías evalúan la prontitud de cada sala o área para apoyar a los servicios de COE, como también la limpieza y la organización, disponibilidad y funcionamiento de energía, agua, equipos, suministros y medicamentos, y la

observación a los derechos de los clientes a la confidencialidad, dignidad y otros temas esenciales.

En la entrevista cliente/familia el personal lleva adelante discusiones informales semi-estructuradas, con clientes de COE o con miembros de la familia para conocer sus perspectivas sobre la calidad de servicios. A través de estas discusiones confidenciales, el personal reúne información sobre el acceso a la atención y conoce las opiniones de las pacientes sobre información, dignidad y comodidad, privacidad, elección informada, libertad de opinión y continuidad de la atención.

Deben existir además los archivos que permitan al personal revisar los registros del establecimiento, registros de servicios y los registros individuales de la paciente, para determinar si éstos contienen información importante para realizar el seguimiento de emergencias obstétricas y muertes maternas, y si el registro se está llevando de manera correcta y completa.

En lo relacionado con el análisis flujo-cliente, el personal realiza un seguimiento a las pacientes de emergencia desde su llegada a la puerta del establecimiento y a través de

puntos clave de su visita, para reunir información sobre el tiempo de espera de la paciente, y de esa manera el personal identifica y analiza las causas de los retrasos.

En algunos casos los médicos, enfermeras, y supervisores se reúnen para discutir casos complicados utilizando historias de caso, registros y resultados de laboratorio, para aprender de los resultados y determinar si los problemas del sistema interfieren con la provisión de atención de calidad.[21]

En los hospitales de la provincia del Guayas se observa que el 39,4% del personal médico y el 13,8% del personal de enfermería se encuentran vinculados a los servicios de COE. A su vez el grupo médico que tiene mayor asignación al COE, según éste estudio, son los Médicos Residentes (66%), seguido de los Internos/as de medicina (21,6%) y los Gineco-obstetras con un 7,4%.[9]

En la provincia del Azuay el 26,6% del personal de medicina y enfermería está asignado a labores del COE. El 34,4% del personal médico y el 18,0% del personal de enfermería están asignados al COE. El mayor porcentaje de personal que realiza turnos nocturnos y que tienen relación

con el COE corresponde a internos de medicina, médicos residentes, y médicos rurales.[22]

4.4. MORTALIDAD MATERNA

Se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de su duración y lugar, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el mismo o la atención recibida, pero no por causas accidentales o incidentales. [2]

La tasa de mortalidad materna es un indicador representativo del desarrollo económico, social, educacional, y sanitario de un país. Así los países desarrollados presentan tasas de mortalidad materna significativamente inferiores a la de países en vía de desarrollo. Clásicamente se define como la "ocurrida en el embarazo, parto, y puerperio hasta seis semanas postparto" o bien como "La mortalidad materna de causa directa o indirecta durante el embarazo, parto o puerperio". Otro concepto: la razón de mortalidad materna es el número de defunciones maternas por cien mil nacidos vivos. [23]

De los 190 países solamente 78 informan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles

mortalidad materna, lo que significa solo el 35% de la población mundial. El 15% de las mujeres grávidas desarrollan complicaciones, 300 millones de mujeres presentan complicaciones a corto o largo plazo, 60 millones de partos anuales se verifican sin atención profesional. El 99% de la mortalidad materna se detecta en los países del tercer mundo [23].

La mortalidad materna tiene profundas consecuencias económicas y sociales: reduce la supervivencia de los recién nacidos, el desempeño escolar de niños sobrevivientes y huérfanos, y representa una pérdida de los ingresos familiares y de la productividad económica.

Las muertes maternas pueden ser clasificadas según el lugar de fallecimiento, donde suceden las demoras que ocasionan las muertes maternas, y estas son las siguientes:

1. Hogar-Comunidad: cuando la madre o familia no reconoce señales de riesgo y no toma decisiones para ayuda.
2. Camino-Traslado: Dificultad o imposibilidad para movilizarse por vías o medios de transporte

3. Unidad de salud: No cuenta con personal competente las 24 horas, equipos e/o insumos necesarios.[2]

El mayor porcentaje de muertes maternas se relaciona con la unidad de salud ya que representa el 82%, le sigue la segunda demora con el 8% y por último el 5% corresponde a la demora ocurrida en el Hogar y la comunidad (MSP, sistema de vigilancia epidemiológica, 2006). Las diferencias entre cantones responden a inequidades de género, barreras de acceso, e inadecuada atención obstétrica y neonatal. En cinco cantones de la sierra central y dos de la Amazonía predominan las muertes maternas en el hogar-comunidad. La segunda demora predomina en siete cantones pertenecientes a la provincia de Pichincha, Cotopaxi, Chimborazo, Guayas y el Oro. Azuay se ubica en el quinto lugar, predominan las muertes maternas debido a la demora ocurrida en el hospital. Según el sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna del MSP, la hemorragia es la primera causa de muerte materna con 38% de los casos, seguida de la hipertensión y eclampsia con un 26% y en tercer lugar la sepsis con el 21% de los casos [2].

3.4.1COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS MÁS FRECUENTES

De acuerdo a la investigación realizada en algunas unidades de salud de la provincia del guayas relacionados con cuidados obstétricos esenciales se encontró que las principales complicaciones obstétricas implicadas en la muerte materna son: sepsis puerperal con un 28.1%, preeclampsia y eclampsia 15.6%, hemorragia ante y postparto 9.4%, rotura uterina 3.1% y otras complicaciones obstétricas 43.8%. En cuanto a las principales causas de morbilidad materna se encontró que en orden de frecuencia están implicadas las siguientes: aborto espontáneo, parto obstruido, hipertensión inducida por el embarazo, aborto en condiciones inseguras, hemorragia, otras complicaciones, parto prolongado, embarazo ectópico, sepsis puerperal y rotura uterina. [9]

La morbilidad materna registrada en el hospital San Sebastián del Cantón Sígsig en el periodo de julio 2005 a junio del 2006, del total de 267 admisiones, el mayor número corresponde a otras complicaciones, seguido de aborto espontáneo, parto obstruido e hipertensión. [22]

3.4.1.1 HEMORRAGIA POSTPARTO:

La hemorragia postparto (HPP) se define como la perdida sanguínea de 500ml o más en un postparto vaginal, o una pérdida de 1.000ml o más, después de haberse realizado una cesárea. Cuando la hemorragia ocurre en las primeras 24 horas luego del parto se la conoce como una hemorragia postparto temprana o primaria, pero cuando ocurre luego de 24 horas se la conoce como una hemorragia postparto tardía o secundaria.

Sin la adecuada atención médica, una mujer podría morir a causa de la hemorragia a las 2 horas. La Organización Mundial de la Salud sugiere que aproximadamente un 25% de muertes maternas en todo el mundo son provocadas por hemorragias postparto.[24]

Un 5,8% de mujeres tiene una HPP en su primer embarazo, y el 4,5% tiene HPP en su segundo embarazo, y tiene como riesgo de HPP en un segundo embarazo un 14,8%, y un tercer embarazo un riesgo del 21,7% mayor que en mujeres que no han tenido una HPP.[25]

La mortalidad por hemorragia parece ser mayor en países con alta tasa de mortalidad materna que en los demás, llegando a triplicarse el riesgo de muerte por hemorragia en mujeres mayores de 35 años.[26]

3.4.1.2 PARTO PROLONGADO:

Labor de parto que sobrepasa los límites de duración normales, en consecuencia no consigue el objetivo del nacimiento del feto. O el progreso de la dilatación cervical es menor al percentil 10 de la curva de alerta del partograma. Cualquier alteración de los mecanismos del parto podrían ser sus causantes.[27]

Si la paciente no tiene un progreso adecuado del trabajo de parto, se inicia la administración de oxitocina con dosis de 6 mili unidades por minuto hasta aumentar a 6 de estas cada 15 minutos y se solicita al obstetra que solo intervenga cuando haya necesidad de parto instrumentado o cesárea.

En el *National Maternity Hospital* se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Los índices de cesáreas por distocia fueron menores de 10 %.
2. La oxitocina se utilizó en 50 % de las nulíparas.
3. El parto se produjo en menos de 12 horas en 98 % de las pacientes.

En un metaanálisis recientemente efectuado se demuestra cómo se reduce el índice de cesárea en 25 a 50 %; mientras que en otros trabajos se señala una disminución del índice de cesáreas por distocia en alrededor de 34 %.[28]

3.4.1.3 PARTO OBSTRUIDO:

Es toda dificultad que se presenta en la libre realización del parto por la vía vaginal y por los siguientes motivos: causas materna, fetales y mixtas; entre las más frecuentes se mencionan:

1. Problemas psíquicos: tensión, ansiedad, miedo.
2. Pelvis estrecha: desproporción pélvico-cefálica.
3. Desproporción céfalo-pélvico: cabeza fetal grande.
4. Mala presentación fetal.
5. Disfunción de la contractilidad uterina.
6. Sobre distensión uterina.

7. Distocia cervical: demora en la dilatación del cuello uterino.
8. Doble circular del cordón umbilical.[29]

Es responsable de aproximadamente el 8% de las defunciones maternas en el mundo, y el niño puede nacer muerto, sufrir asfixia y lesiones cerebrales o morir poco después del parto además en la madre deja secuelas como fistulas obstétricas.

3.4.1.4 ROTURA UTERINA:

Es la pérdida de solución de continuidad en algún punto de la pared del útero, con mayor frecuencia se localiza en el segmento inferior del útero grávido. Su frecuencia es menor del 1% (0,03-0,07%).[27]

Factores predisponentes para la rotura uterina han sido la gran multiparidad y el trauma obstétrico, a expensas de trabajos de partos prolongados, fetos macrosómicos, distocias de presentación, versiones externas e internas, partos en podálica y partos instrumentalizados. Actualmente la macrosomía y las distocias de presentación se diagnostican con más frecuencia con ultrasonido, y los

partos prolongados e instrumentalizados han sido desplazados por la cesárea.[31]

3.4.1.5 SEPSIS PUERPERAL:

Es una complicación que ocurre como consecuencia del parto vaginal o de la cesárea, y se ha visto un incremento debido al aumento de cesárea intraparto y a la aplicación de vigilancia electrónica fetal.

Dentro de los factores de riesgo están: cesárea, estado nutricional de la madre, nacimiento casero en condiciones antihigiénicas, el estado socioeconómico bajo, duración del trabajo del parto, la cantidad de tactos vaginales, estado de las membranas, vigilancia fetal electrónica por método interno, traumatismos durante el expulsivo, maniobras obstétricas, retención de membranas dentro del útero y hemorragia postparto.[32]

Los agentes bacterianos implicados más comunes son el estreptococo del grupo B y otros estreptococos, E. coli, Gardnerella vaginalis, cocos gran negativos, anaerobios, Mycoplasma e infecciones por Clamidia preexistentes.

El tratamiento se inicia antes del resultado del antibiograma en base a los microorganismos que se suponen colonizan habitualmente. [33]

3.4.1.6 HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Desorden que se caracteriza por: hipertensión, edema y proteinuria. Se presenta después de la vigésima semana de la gestación y en la forma más grave termina en convulsiones o coma. Se excluye a aquellas mujeres que presentan una enfermedad renal o vascular previa.

No se conoce claramente su etiología, lo único cierto es la relación que tiene con placenta, el sincitiotrofoblasto, que invade las arterias espirales al principio del embarazo y entre las 14 y 16 semanas, lo cual produce un ensanchamiento del diámetro de las arterias hasta 4 a 6 veces de la que tenían antes del embarazo.[34]

Clasificación:

- Hipertensión crónica
- Preeclampsia y eclampsia

- Preeclampsia asociada a hipertensión crónica
- Hipertensión gestacional diagnosticada después de las veinte semanas de gestación, sin proteinuria.

El manejo se hace mediante Hydralacina intravenosa administrada es un vasodilatador arteriolar que es eficaz para situaciones de emergencia hipertensiva asociada a embarazos. El fármaco de elección para la prevención y el control de las convulsiones maternas en pacientes con preeclampsia severa o eclampsia durante el período de periparto IV sulfato de magnesio.[35]

3.4.1.7 EMBARAZO ECTÓPICO

Embarazo que ha ocurrido como consecuencia de la implantación del blastocisto fuera del endometrio. El 95 a 98% ocurren en las trompas de Falopio. La mortalidad ha disminuido en los últimos años gracias a los adelantos en el diagnóstico y el tratamiento precoz.

Su etiología se desconoce con exactitud, sin embargo se ha detectado algunos factores de riesgo como: salpingitis, microcirugía tubárica previa, embarazo ectópico previo, adherencias peritubáricas, cesárea anterior, DIU y aborto inducido.

Los síntomas clásicos del embarazo tubárico son: dolor, amenorrea y hemorragia. Puede cursar asintomático cuando aún no ha ocurrido la ruptura, de lo contrario se presenta un cuadro típico.[36]

El diagnóstico se hace en base al interrogatorio, el examen físico, utilización correcta de las pruebas auxiliares, como: gonadotrofina coriónica, determinación de progesterona, ultrasonografía, laparoscopía, doppler color, biopsia endometrial, culdocentesis, examen pélvico, si ha pesar de estos procedimientos existe duda en el diagnóstico debe realizarse una laparotomía.

3.4.1.8 ABORTOS

La OMS considera como aborto "la terminación espontánea o provocada de una gestación antes de la vigésima semana contando desde el primer día de la última menstruación, cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno".

ESPONTÁNEO:

Entre el 10 al 15% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo, solo el 35% de todos los huevos fecundados alcanzan su edad gestacional superior a 28 semanas.

Los factores causantes pueden ser maternos y fetales.

- Fetales o cromosómicos: se relacionan con anormalidades del huevo fecundado, del embrión y de la placenta. El 60% de los embriones o fetos expulsados sufren de anomalías congénitas incompatibles con la vida, las alteraciones cromosómicas más frecuentes son: trisomías, triploidia, monosomía.

- Maternos: aquí se encuentran las infecciones y dentro de estas las más importantes son: pielonefritis, procesos respiratorios altos, el paludismo, y la fiebre tifoideo; también entre las causas maternas se encuentran factores endócrinos como la insuficiencia del cuerpo lúteo, hipo e hipertiroidismo, endometriosis; otro factor es de tipo inmunológico, también se incluyen los traumatismos sobre el saco gestacional o la cavidad amniótica, anomalías uterinas.[37]

El principal síntoma es la hemorragia, cuyo inicio es irregular, escaso y de color café. Luego aumenta en cantidad, acompañado de dolor hipogástrico, que se vuelve más intenso a medida que avanza el cuadro clínico.

Manejo

El misoprostol es un método seguro, eficaz y aceptable método para lograr la evacuación uterina para las mujeres que necesitan atención post aborto.

ABORTO EN CONDICIONES INSEGURAS

El aborto en condiciones de riesgo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "Aquel procedimiento para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias, o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos".

Las complicaciones provocadas por el aborto en condiciones inseguras son causas importantes de mortalidad materna en aquellos países en los que la práctica es ilegal, mientras que su contribución a la muerte materna en los países donde está legalizado es

insignificante. El factor más importante para que ocurran las complicaciones que conlleva la práctica del aborto, es en qué condiciones se lo provoca.

Entre el 10% y el 50% de todas las mujeres que sufren un aborto en condiciones de riesgo necesitan atención medica para el tratamiento de las complicaciones: sepsis, hemorragias, lesiones intra-abdominales y otras. El aborto provocado en condiciones inseguras causa el 30 al 50 % de la mortalidad materna en América Latina.

La principal causa de mortalidad del aborto el condiciones inseguras es la sepsis para la cual el tratamiento de elección es Cefoxitina que se puede utilizar como un solo agente antimicrobiano en el tratamiento del aborto séptico.[38]

Se calcula que cada año se ocurren 75.000.000 de embarazos no deseados en el mundo, de los cuales 20.000.000 finalizan en aborto provocado en condiciones inseguras. De ellos 78.000 costarán la vida a las pacientes y un número no determinado, en caso de sobrevivir dejará secuelas graves, incluida la infertilidad. El 95% de las

muertes por complicaciones relacionadas con el aborto provocado se dan en los países subdesarrollados.[39]

3.5 MORTALIDAD NEONATAL

Se define como la muerte que "ocurre desde el nacimiento hasta los 27 días posteriores al mismo". Constituye un indicador de las condiciones del embarazo y parto en la población, relacionado con el estado socioeconómico, la oportunidad, el acceso, y la calidad de los servicios de salud. La muerte neonatal y especialmente la muerte neonatal precoz es la más representativa.[2]

En los servicios de neonatología también se pone en evidencia que las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad obedecen no solamente a la deficiente infraestructura, carencia de recursos materiales e insumos, sino también a las acciones terapéuticas que no se sustentan en guías clínicas basadas en evidencias científicas.

La cesárea cuyo promedio no deberá alcanzar más del 5-15% de todos los partos, está también relacionada con la mortalidad neonatal e infantil, de todos los partos, siendo

mayor en la costa, región insular, seguida por la sierra y la Amazonía; y en los establecimientos privados, relacionado con el valor económico y con el irregular control de la calidad de atención obstétrica y neonatal en el país. Los porcentajes registrados de partos naturales y cesáreas en las instituciones pertenecientes al ministerio de salud pública corresponden al 86,7% y al 13,3% respectivamente. [9]

Si bien el país ha alcanzado grandes avances en lo que respecta a la muerte materna e infantil, llama la atención la meseta persistente de la muerte neonatal y el alto porcentaje en que ésta se mantiene ya que constituye el 57% de los casos de muerte infantil, con una tasa de 8.2 por 1000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad tardía de 3.2 por 1000 nacidos vivos y la post-neonatal de 8.7 por 1000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad neonatal en la provincia del Azuay es de 7,9 ocupando el décimo lugar en todo el país. En la provincia del Guayas, la tasa de mortalidad neonatal es de 17.8 x mil nacidos vivos, de la muerte neonatal precoz 12.8 x mil nacidos vivos, siendo mayor que la tardía, las principales causas de muerte registradas se relacionan con

la prematurez, las infecciones y problemas congénitos, el 26.2% de los recién nacidos presentan morbilidad, entre las principales patologías se encuentran: Membrana hialina (26.7%), Sepsis (22.9%), Inmadurez pulmonar (16.6%), Síndrome de aspiración meconial (5.4%) y distrés Respiratorio (1.4%); la hemorragia intraventricular representa el 7% de la morbilidad total, las infecciones nosocomiales el 5% de las patologías, la retinopatía del prematuro el 2.5% y la displasia broncopulmonar 0.3%. [2,9,35]

3.5.1INFECCIONES NOSOCOMIALES

La Organización Mundial de la Salud define una infección nosocomial como aquella que es contraída en el hospital por un paciente internado debido a una razón distinta de esa infección. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

Los factores que influyen en la manifestación de las infecciones nosocomiales son: el agente microbiano (resistencia a los antibióticos, virulencia, cantidad del inóculo), la vulnerabilidad de los pacientes (edad, estado de inmunidad, enfermedad subyacente), procedimientos diagnósticos y terapéuticos (biopsias, endoscopias, cateterización, succión), factores ambientales.

En cuanto a los neonatos, se define como infección nosocomial cuando nace un niño, y aparece infectado 48-72 h más tarde, de una madre no infectada al ingreso.[40]

3.5.2RETINOPATIA DEL PREMATURO (ROP)

La Retinopatía del Prematuro (ROP), también conocida como Fibroplasia Retrolental, ocurre en algunos niños que nacen prematuramente y consiste en el desarrollo anormal de los vasos sanguíneos de la retina y comúnmente comienza durante los primeros días de vida, pudiendo progresar rápidamente, causando ceguera en cuestión de semanas.

Entre los factores que están relacionados con ROP se encuentran: bajo peso al nacer, edad de gestación, los niveles elevados de CO_2 en la sangre, anemia, las transfusiones de sangre, hipoxia crónica en el útero, la ventilación mecánica y las convulsiones. El pensamiento actual es que el ROP es causado por la combinación de varios factores, algunos de los cuales ocurren en el útero y otros después del nacimiento.

Los niños que al nacer tienen menos de 1.000 gr de peso, tienen una prevalencia de 5-11% de ceguera; los que pesan de 1.000 a 1.500 gr tienen una prevalencia de 0,3% - 1,1%;

y los que pesan más de 1.500 gr no tienen riesgo de ceguera.[41]

3.5.3HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR

La Hemorragia Intraventricular (HIV) es la variedad más común de hemorragia intracraneal del recién nacido y es característica del prematuro.

En la incidencia de la HIV se consideran diferentes parámetros, como son: bajo peso, edad de gestación, edad materna, cuadros respiratorios asociados y las características de los diferentes centros asistenciales. Hay recordar que el 90% de los nacidos con una edad gestacional de menos 32 semanas hacen HIV.

Cuando se produce un sangrado en esta zona, se disemina a los ventrículos laterales, y luego a la fosa posterior, pudiendo producir oclusión de la salida de LCR en el IV ventrículo, o puede ocluirse el acueducto de Silvio y bloquearse el espacio subaracnoideo; todos éstos eventos son los que pueden llevar a que se produzca una hidrocefalia.

El tratamiento va encaminado al manejo de la complicación más frecuente, la hidrocefalia. Una vez detectada la

hidrocefalia se impone tratamiento con acetozalamida, y se realizan punciones lumbares evacuadoras de LCR cada 48 horas según US; si persiste hay que pasar a otra fase más agresiva, el tratamiento quirúrgico.[42]

3.5.4DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Es un trastorno pulmonar crónico que puede afectar a niños pequeños con síndrome de distrés respiratorio agudo severo que han estado expuestos a altos niveles de terapia de oxígeno o han estado con soporte ventilatorio durante períodos de tiempo prolongados. Es común entre recién nacidos prematuros cuyos pulmones no se han desarrollado completamente al momento del nacimiento y reciben oxigeno a altas presiones, asociado además a la toxicidad propia del oxigeno en unos pulmones que todavía están inmaduros.[49]

El riesgo de desarrollar DBP depende en gran medida del peso de nacimiento y la edad gestacional, el que varía entre 50% (< 1 000 gr) a menos de 10% (> 1 500 gr), y que va a depender de los criterios para definirla y del manejo neonatal.[44,45]

4.6. CUERPO JURÍDICO CON RELACIÓN A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

- **La Constitución Política:**

Con respecto a la salud, la Constitución Política vigente, en el régimen del buen vivir en el capítulo primero, sección segunda, establece que:

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de la capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con *enfoque de género y generacional* (Art. 358).

El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, *la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria*, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de

atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Art. 359).

La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los *servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes* (Art. 362).

En el Art. 363 se señala que el Estado será responsable de:
Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar *prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.*
Universalizar la atención en salud, *mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura*.
Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y *proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.*
Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y ***garantizar la salud integral y la vida de las***

mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

Con respecto a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria en la sección cuarta en el Art. 43.

El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativos, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.[1]

4.7. PROGRAMAS, REGLAMENTOS Y NORMATIVAS DEL MSP

En nuestro país aún con el gran avance que se ha logrado en las últimas décadas, continúa siendo uno de los primeros con las más altas tasas de mortalidad materna (CELADE-UNFPA), y más aún desde 1999 cuando el descenso de las muertes maternas se revirtió desde su valor más bajo de 53.8 por mil nacidos vivos a 80, una posible explicación de

ello pudo ser la mejora en los mecanismos de registro que fue impulsada a través de programas ejecutados por el Ministerio público a partir de 1998, dirigidos a atender la salud de las madres y combatir la mortalidad materna.[46]

La gestión del MSP data desde hace décadas, cuando fue creado (1967) y en donde se definió como prioritario a la atención de salud del binomio madre-hijo.[46] Ya en la década de los 90 sobresale entre las políticas de salud materna la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI), la cual garantiza el derecho a 33 prestaciones médicas gratuitas como: control del embarazo, emergencias obstétricas, atención del parto o cesárea, atención posparto, detección de cáncer de útero, acceso a recursos de planificación familiar, atención al recién nacido y enfermedades relacionadas. Al 2004 entre todos los programas sociales estatales la LMGAI tuvo una cobertura de 7.1%, y esto debido a la falta información de la gente, siendo más alta en zonas rurales que en urbanas, en este mismo año el 43.5% se atendieron en hospitales públicos, centros y subcentros de salud, sin embargo resulta alarmante que el 17.9% de partos fueron atendidos todavía en la casa o con una partera.

La mortalidad materna y la salud de las madres son hoy una de las mayores preocupaciones en las políticas de salud, sin embargo el enfoque no ha cambiado ya que se sigue abordando la salud de las mujeres solo como el rol de madres, al respecto se ha catalogado como un avance la creación del Comité de Género en el MSP. En este sentido queda un amplio camino por recorrer de las instituciones para cambiar el enfoque de la salud como simple ausencia de enfermedad por el estado de bienestar físico, mental y social.[47]

En este ámbito el plan nacional de desarrollo en relación al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos establece como mandato: reducir la muerte materna en un 30%, la muerte infantil en un 25%, la muerte neonatal precoz en un 35%, así como el embarazo en un 25%. También señala la necesidad de aumentar los servicios de salud a las mujeres en cuanto a coberturas de atención de postparto, el acceso a servicios de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (Red de CONE), diagnóstico oportuno del Cáncer Cervicouterino (DOC), mejora de la calidad y calidez de los servicios de salud y la reducción de la violencia contra las mujeres, niños, niñas, y adolescentes, entre otros.[9]

4.8. SALUD REPRODUCTIVA: REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.

Entre el 26 y el 28 de noviembre del año 2008, tuvo lugar en Río de Janeiro, República del Brasil, la XXV Reunión de Ministros de Salud (RMS), la cual contó con la presencia de las Delegaciones de Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, y la República del Suriname. Los/as Ministros/as firmaron 11 (once) Acuerdos entre los que se destacan: MERCOSUR para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal.

En el caso del "Acuerdo MERCOSUR Para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal", su sólo nombre ya deja bien en claro la voluntad de los/as Ministros/as en cuanto revertir una situación que atenta contra los derechos humanos. La protección de la vida de la madre, del recién nacido y de la gestante trabajadora, la mejora de los servicios asistenciales, la humanización de la asistencia y la capacitación de los profesionales que trabajan en esta área son parte de las metas que persigue este acuerdo.[47]

Por otra parte el Consejo Nacional de las Mujeres -CONAMU- organismo rector que norma y regula la inserción del enfoque de género, de públicas, planes, programas, y proyectos y su obligatoria aplicación en todos los organismos del sector público, tiene entre sus fines y objetivos la igualdad de oportunidades y derechos, asegurar el respeto de sus derechos humanos, el pleno ejercicio de sus derechos de ciudadanía y recomendar el establecimiento del marco jurídico adecuado que garantiza el pleno ejercicio y su aplicación, entre otros.[48]

En el 2004, el Consejo Nacional de la Mujer con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), publican "Ecuador 10 años después" sobre los avances y desafíos del país en los temas más relevantes del Programa de Acción de la Conferencia del Cairo, que constituyen insumos fundamentales de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2005) y de los presentes planes de acción, para su implementación. La Política fue consensuada a través de talleres nacionales y regionales liderados por el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y el MSP.

Durante las últimas décadas el MSP del Ecuador, con los integrantes del sistema nacional de salud (SNS), contando con el CONASA como espacio de concertación y coordinación han acumulado una importante experiencia en la implementación de políticas y estrategias costo-efectivas que han permitido consiguientemente reducir la muerte materna y neonatal, en especial la intrahospitalaria.[9]

PLAN DE ACCION DEL CONASA

El plan de reducción de mortalidad materna planteado por el CONASA trata de incidir en el riesgo obstétrico a través de una acción integrada tanto en el contexto individual, familiar como comunitario, respetando la diversidad cultural, los derechos de ciudadanía en salud, sexuales y reproductivos, basadas en principios de equidad, igualdad, solidaridad y universalidad. Sus objetivos tienen cinco ejes: [8]

1. Vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna: mediante la implementación de un sistema de vigilancia de la mortalidad materna, para así recolectar, investigar, analizar, interpretar y recomendar acciones basadas en las evidencias recogidas.

2. Capacitación materno perinatal incluida las emergencias obstétricas: garantizar la oferta de los servicios integrales de salud en el embarazo, parto, posparto y recién nacido, para desarrollar sistemas integrados de cuidados obstétricos esenciales en primer nivel y completos en segundo y tercer nivel, capacitación oportuna de la mujer embarazada, atención de las emergencias obstétricas, sus complicaciones, referencias y contrarreferencias, todo esto mediante la implementación de:

- Un modelo de mejoramiento de calidad, capacitación clínica en materno perinatal, incluidas las emergencias obstétricas.
- Informe adecuado a la población sobre el curso normal del embarazo, parto y puerperio, importancia de la atención prenatal, reconocimiento de signos y síntomas de riesgo obstétrico con énfasis en población rural e indígena.
- Intensificar prestación de servicios en atención prenatal, fomentando auto cuidado responsable, nutrición, detección temprana de complicaciones obstétricas y padecimientos concurrentes en el embarazo con enfoque intercultural.

- Adaptación cultural de los servicios en las áreas de salud que lo amerite, como atención de parto vertical.
- Establecer mecanismos eficientes de referencia y traslado oportuno para atención de emergencias obstétricas con participación del Comité de usuarias, Consejos de Salud y Juntas Parroquial.
- Establecer un sistema de vigilancia que registre la frecuencia de operación cesárea y así permita el análisis de sus indicadores.
- Capacitar al personal que atiende en las unidades de cuidados obstétricos del recién nacido de acuerdo con las normas de atención de salud de la niñez.
- Fomentar la cultura y práctica de la lactancia materna.
- Promover los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo, la opción de la maternidad
- Coordinar con las universidades para introducción en currículum de formación de profesionales que den atención obstétrica, COE y el manejo de complicaciones obstétricas y peri natales
- Fortalecer acciones de alimentación y nutrición, de conformidad con las culturas diversas según normas y recomendaciones internacionales.

3. Aplicación de la ley: para garantizar la gratuidad en la prestación de servicios materno infantiles a la mujer y al niño, y así disminuir la mortalidad materna, peri y neonatal como derecho ciudadano, mediante:

- Información adecuada a la población sobre características del curso "normal" de embarazo, parto y puerperio, de la importancia de la atención prenatal oportuna y del reconocimiento temprano de los signos y síntomas de complicaciones obstétricas y del recién nacido

- Conformación y/o reactivación de los Comités de Farmacología y adquisiciones de los hospitales y áreas de Salud.

4. La movilización social con enfoque intercultural: con el objetivo de fortalecer la movilización social, cultural, mediante acciones de información, educación y comunicación, con enfoque de interculturalidad para la prevención del riesgo obstétrico, peri natal y el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la capacitación de la mujer, familia y la comunidad, la prevención de las tres demoras, vigilancia comunitaria, movilización social y cultural, organización de comité de usuarias; de veedurías sociales

culturales, involucramiento de gobiernos locales, seccionales.

5. Conformación de las redes sociales solidarias: Dinamizar a las instituciones públicas y privadas, organizaciones comunitarias locales, provinciales y nacionales, con el fin de construir y fortalecer la red social solidaria para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Con la necesidad de mejorar la calidad de prestación de los servicios de Gineco-obstetricia y neonatología se realizó una investigación sobre la base de la Carta de Acuerdo con la Facultad de ciencias médicas de la Universidad de Cuenca y en base a los ejes antes mencionados y que constituyen los objetivos del plan de acción del consejo nacional de salud y se encontró que:

- De acuerdo con las actividades relacionadas con el segundo eje y entre las cuales se encuentra la capacitación materno perinatal incluidas las

emergencias obstétricas, el 55.4% del personal médico está preparado, pero presentan diferente comportamiento, los más altos porcentajes de capacitación se encuentran en orden descendente para los médicos residentes, internos de medicina, y Gineco-obstetras, y en menor porcentaje los obstetrices y pediatras. El personal de enfermería ha participado muy poco en las actividades de capacitación para el manejo de emergencias obstétricas y neonatales. En cuanto a los temas que más han sido tratados son: hipertensión inducida por la gestación, aborto, embarazo ectópico y placenta previa. De acuerdo a los estudios realizados en los

hospitales de la provincia del Azuay, el personal de medicina que más ha sido capacitado son quienes tienen mayor cercanía a las aulas universitarias, como internos, médicos rurales, residentes, que los médicos Gineco-obstetras. Los temas que más han sido tratados fueron aborto, embarazo ectópico, hipertensión inducida por el embarazo, placenta previa. Mientras que las auxiliares de enfermería y enfermeras son las que menos capacitación han recibido.

- En el tercer eje se señala que para garantizar la gratuidad de los servicio es necesario el reconocimiento temprano de los signos y síntomas de complicaciones obstétricas y del recién nacido, y de acuerdo con ello en la investigación se observó que las mujeres identifican además de los riesgos señalados por el MSP (cefalea persistente, hiperémesis, edema, fiebre, ausencia de movimientos fetales, hemorragia y pérdida de líquido por la vagina) consideran como peligrosas las relaciones sexuales durante el embarazo, el VIH, la falta de información sobre los cuidados personales durante el embarazo, las anormalidades fetales, embarazo general, edades

  muy mayores o menores. Y entre los factores de riesgo señalados por el personal de salud además de las tradicionales causas se señala la atención por la partera, escasez de insumos, falta de sangre y pobreza de las mujeres.
- En cuanto a la conformación de redes sociales solidarias se encontró que hay alguna vinculación con organizaciones comunitarias como son el comité de usuarias, organismos religiosos, municipales y unidades del primer nivel del MSP. [2]

V. OBJETIVOS:

5.1 Objetivo General

Realizar una Evaluación sobre el acceso, utilización y calidad de atención de los servicios de salud que ofertan Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Área de Salud Nº 8.

5.2 Objetivos Específicos

1. Evaluar en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig Área de Salud Nº 8 los servicios obstétricos y neonatales esenciales, en cuanto a: infraestructura, documentación estadística, equipamiento, mobiliario, vestuario, insumos médicos, medicamentos, capacitación y prácticas en CONE.

2. Identificar las perspectivas de las mujeres atendidas, familiares y personal de salud sobre: a) conocimientos y actitudes en cuanto a las condiciones de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio; b) accesibilidad a los servicios

de salud; y c) calidad de la atención obstétrica y neonatal de emergencia.

VI. METODOLOGÍA

Este trabajo forma parte del programa de investigación "Tecnologías de Información y Comunicación -TIC- para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios públicos del Ecuador", ganador del concurso convocado por la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca y cuenta con el aval del H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas.

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una investigación descriptiva cuantitativa y cualitativa realizada en una muestra representativa del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig Área de Salud Nº 8 en las unidades de emergencia obstétrica y neonatal. Los criterios de selección fuerón altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, altos índices de pobreza, insuficiente acceso a los servicios básicos, altas tasas de fecundidad y prevalencia de problemas epidémicos, entre otros.

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

El cantón Sígsig es uno de los 15 cantones de la provincia del Azuay, ubicado al Sureste de la ciudad de Cuenca a 60 kilómetros por la vía Sígsig-Gualaceo- y a 48 kilómetros por la vía Sígsig- El Valle - Cuenca.

Sus límites son: Al Norte: Por los Cantones Gualaceo, Chordeleg y Cuenca. Al Sur: Por el Cantón Nabón y la Provincia de Morona Santiago. Al Este: Por la provincia de Morona Santiago. Al Oeste: Por los cantones Cuenca y Girón.[4]

6.3. UNIVERSO, MUESTRA Y UNIDADES DE ANÁLISIS

La investigación se realizó en los servicios de Obstetricia y Neonatología del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig Área de Salud Nº 8.

Se consideró cuatro unidades de análisis:

Primera unidad de análisis: Servicio de obstetricia que brinda atención obstétrica de emergencia desde la

perspectiva del modelo de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE).

Segunda unidad de análisis: mujeres fallecidas en el año 2008, con base en los registros de investigación de los comités de muerte materna entregados por la Dirección Provincial de Salud del Azuay.

Tercera unidad de análisis: familiares y personal de salud del hospital. Se conformó un grupo focal integrado por seis personas, considerando los aspectos metodológicos y técnicos de investigación cualitativa. Los grupos focales se realizarán con dos grupos de personas involucradas en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales en las unidades mencionadas anteriormente; el primero, con mujeres que fueron atendidas por presentar una emergencia; el segundo, con el personal de salud, conformado por auxiliares de enfermería, enfermeras, internos de medicina, residentes, obstetrices, pediatras y Gineco-obstetras.

Cuarta unidad de análisis: servicio de neonatología del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig Área de Salud Nº 8, con la finalidad de evaluar los recursos, condiciones,

capacitación del personal y prácticas que corresponde a los servicios de atención neonatal de emergencia.

6.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACION:

1. CONE
2. Infraestructura
3. Documentación estadística
4. Equipamiento
5. Mobiliario
6. Vestuario
7. Medicamentos
8. Condiciones de riesgo
9. Accesibilidad a los servicios de salud
10. Calidad de la atención obstétrica y neonatal de emergencia (Ver anexo Nº 2)

6.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION, MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

Análisis documental

- Bibliografía nacional e internacional, informes, registros y normas nacionales vigentes (fase diagnóstica).
- Revisión de expedientes de vigilancia epidemiológica e historias clínicas (227) de casos de admisión obstétrica. (fase de encuesta).

Entrevistas semi-estructuradas

- Al personal de salud, que incluye Gineco-obstetras, pediatras, médicos residentes, médicos rurales, internos de medicina, médicos generales, enfermeras generales, auxiliares de enfermería, anestesiólogos, laboratoristas. Las entrevistas se realizaron en la sala de conferencias del hospital y algunas se tuvieron que

realizar de manera individual para poder saturar la muestra.

- **Observación directa:**

- De la infraestructura, documentación estadística, equipamiento, mobiliario, vestuario, insumos médicos de los diferentes servicios involucrados en la atención de la emergencia obstétrica y neonatal.

Grupos focales con:

- Mujeres que sobrevivieron a complicación obstétrica y que fueron atendidas en el servicio de salud por emergencia obstétrica (6 personas), estas entrevistas se realizó dentro del hospital.
- Personal de salud que atendió complicaciones y emergencias obstétricas (6 personas), estas entrevistas se realizaron dentro del hospital.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para recolectar información de los dos primeros grupos de análisis se utilizaron nueve formularios semi-estructurados con base en los indicadores elaborados por la OPS/OMS,

ocho para el área obstétrica y uno para el neonatal, los mismos que fueron adaptados y modificados por un equipo multidisciplinario e interinstitucional de los Hospitales de la provincia del Azuay en el año 2006 y en la provincia del Guayas en el año 2007.

Para el tercer grupo de análisis (personal médico y comunidad) se utilizó una guía de grupos focales, mediante el cual se recogió testimonios de los siguientes temas:

a. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los signos y síntomas de la emergencia obstétrica.
b. Percepción de las barreras para la atención de las emergencias obstétricas en los servicios de salud.
c. Satisfacción de la mujer con respecto a la calidad de la atención en la emergencia obstétrica brindada en las unidades de salud.
d. Participación interinstitucional y comunitaria para mejorar la calidad de la atención y la protección social a las mujeres en su etapa reproductiva.

CAPACITACIÓN, TRABAJO DE CAMPO Y PROCESAMIENTO

La capacitación que recibimos estuvo a cargo del Dr. José Ortiz, director del proyecto "Evaluación de los servicios de los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia" teniendo en cuenta la experiencia desarrollada en las provincias del Azuay y Guayas.

En el mes de octubre del 2008 se realizó una reunión para la presentación del proyecto. En el mes de diciembre del 2008 se ejecutó un taller de capacitación sobre el uso de formularios y procedimientos de la encuesta y en el mes de febrero del 2009 se realizó el adiestramiento acerca del software Atlas Ti. Posteriormente en los meses de Abril y Mayo se presentó el informe preliminar en donde se realizó la revisión y corrección de la información recolectada.

6.6 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS:

Para garantizar los aspectos éticos, las personas involucradas en los grupos focales conformados por las mujeres que

sufrieron complicaciones obstétricas o que fueron atendidas en los servicios de salud, y el personal de salud que atendieron complicaciones y emergencias obstétricas, debieron firmar el consentimiento informado, el mismo que contuvo los siguientes aspectos:

- La voluntad de participar
- Objetivo de la investigación
- Los procedimientos a los que se someterá
- El tiempo que durará el estudio
- Los beneficios que recibirá
- La confidencialidad de la información
- Los derechos como participante

6.7. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS:

A la información obtenida mediante los formularios y las guías de grupos focales se les aplicó un análisis cuantitativo mediante el software Excel 2007; y a la información cualitativa con el software Atlas Ti versión 4.2. Las medidas estadísticas que utilizaron en el desarrollo de la tabulación de datos son porcentajes y los cuales fueron representados a través de tablas y gráficos según la naturaleza de cada variable.

VII. RESULTADOS

La información obtenida fue proporcionada por autoridades y personal de salud que laboran en las dependencias del hospital seleccionado. Entre las autoridades entrevistadas estuvieron: director, un coordinador de recursos humanos, personal de estadística y administrador; y entre los profesionales especialistas, médicos tratantes, médicos rurales, médicos residentes, enfermeras, tecnólogos médicos y auxiliares de enfermería.

7.1 CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE SALUD

El Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig es una unidad de salud básica, que tiene como organismo rector al Ministerio de salud Pública.

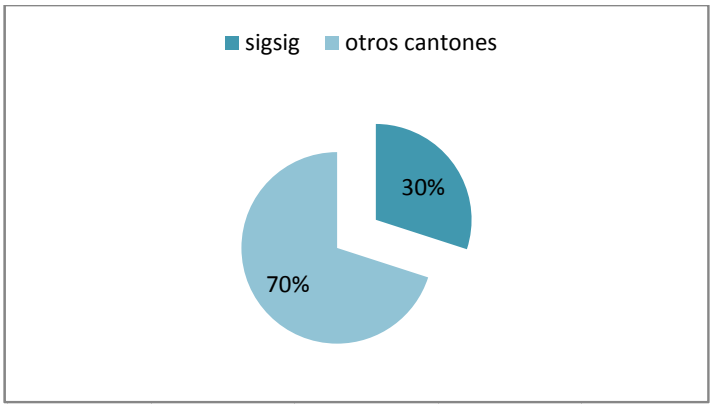
Cobertura

El Hospital San Sebastián del Sígsig tiene una población de referencia de aproximadamente 27 mil habitantes de los cuales, 8 mil corresponden a la población asignada y 19 mil a la población perteneciente a otros cantones.

GRÁFICO N° 1

Población asignada al Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig.

Provincia del Azuay 2009



Fuente: Tabla Nº 20

Elaborado por: los autores

Horarios de Atención

La unidad de salud atiende las 24 horas, durante los siete días de la semana. El hospital dispone de los servicios de emergencia, admisión, labor y parto, hospitalización los cuales están disponibles las 24 horas todos los días de la semana. Los servicios de laboratorio, rayos X y farmacia

están disponibles 8 horas de domingo a lunes. La unidad de quirófano está disponible 8 horas, todos los días de la semana, en caso de cirugías planificadas está disponible los martes y jueves. El hospital esta implementando el banco de sangre, por lo tanto, en el momento que desarrollamos nuestra investigación no estaba disponible.

Servicios que ofrece el establecimiento de salud.

La unidad de salud del Cantón Sígsig cuenta con servicios de: emergencia, admisión, labor de parto, quirófano, hospitalización, farmacia, laboratorio, rayos X y reanimación al recién nacido; no dispone de cuidados Intensivos, sala de alto riesgo obstétrico ni banco de sangre. Con respecto al servicio de reanimación al recién nacido, la atención es realizada por pediatras y médicos residentes dependiendo quien se encuentre en la sala.

Servicios básicos en el establecimiento de salud

El hospital cuenta con los siguientes servicios básicos: alcantarillado, disposición de desechos con hoyo seguro, disposición para desechos de recolección pública según normas de bioseguridad, luz y agua las 24 horas, generador eléctrico para emergencias. Por lo contrario, no dispone de pozo séptico ni incinerador.

Disponibilidad de medios de comunicación

La unidad investigada dispone de teléfono y fax, aunque no dispone de radio.

Referencia y contrarreferencia

El Hospital Vicente Corral Moscoso constituye el centro de referencia del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Lastimosamente el Hospital de referencia antes citado nunca realiza la contrarreferencia. El hospital cuenta con ambulancia las 24 horas, por lo cual no constituye un problema la referencia de los pacientes.

Demanda de emergencias obstétricas

Se solicitó al director del hospital que mencionaran tres comunidades de donde provienen frecuentemente las mujeres con problemas relacionados al embarazo, parto y al puerperio. De estás la mayor demanda está dada por la comunidad de Ludo, seguida de Güel y por último Cutchil, las cuales quedan a una distancia de 25, 8 y 6 kilómetros respectivamente. El tiempo estimado de llegada es de 1 hora 30 minutos para la comunidad de Ludo, de 50 minutos para Güel y de 15 minutos para Cutchil. El medio de transporte predominante de estas comunidades para llegar al hospital constituye el bus.

Cuidados obstétricos de emergencia

Las acciones que realizan los servicios para la atención de cuidados obstétricos de emergencia consisten en: la administración de antibióticos, oxitócicos, anticonvulsivantes, extracción manual de placenta, legrado uterino, transfusión sanguínea y cesárea.

En esta unidad de salud se administra la medicación teniendo en cuenta protocolos de tratamiento del MSP, se pudo constatar que no se utilizan guías clínicas basadas en evidencias científicas. Entre los profesionales entrevistados

nos presentaron protocolos de manejo del MSP, pero estos no son aplicados por todos los profesionales.

Cabe recalcar que el parto asistido o instrumental que constituye uno de los criterios para determinar el nivel del COE, en completo, básico o incompleto, no ha sido considerado dentro de las normas establecidas por el MSP, que es el organismo rector en el área de salud del país y por lo tanto no se encontró el uso de esta práctica en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. No obstante, teniendo en cuenta que los estándares aplicados en esta investigación se sustentan en evidencias científicas, donde se muestran las ventajas de la ventosa o fórceps en el parto asistido o instrumental, se decidió aplicar este criterio para establecer el nivel de las unidades que brindan COE, en virtud de que la finalidad es el mejoramiento de la salud materna y neonatal con prácticas adecuadas, aunque las políticas de salud y experiencias profesionales, no se ajusten con las evidencias científicas.

El hospital esta en capacidad física y posee gineco-obstetras para la realización del legrado uterino, aunque este únicamente se realiza dentro del horario de trabajo de estos, en caso de que un paciente necesite de este servicio fuera del horario, este será transferido a la unidad de

referencia (HVCM), este problema sucede también con los servicios de extracción manual de placenta y cesárea. En caso de que sea necesario la transfusión de sangre se realizan transferencia al HVCM, debido a que en el Hospital San Sebastián de Sígsig se esta implementando dicho servicio recientemente.

En esta institución se administra antibióticos y oxitócicos. La administración de anticonvulsivantes no se realiza, en caso de eclampsia, se deriva al paciente al HVCM.

Nivel de cuidado obstétrico de emergencia alcanzado

Tabla Nº 1
Disponibilidad y nivel de de cuidado obstétricos de emergencia en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

TIPO DE UNIDAD	CUIDADOS OBSTÉTRICAS DE EMERGENCIA	DISPONIBILIDAD	NIVEL DE COE
BASE	Administración de antibióticos parenterales	Si	Incompleto
	Administración de oxitócicos parenterales	Si	
	Administración de anticonvulsivantes y sedantes parenterales	No	
	Extracción Manual de Placenta	Si	
	Aspiración Manual endouterina (AMEU) y Legrado Uterino Instrumental (LUI)	Si	
	Parto Asistido o Instrumental	No	
	Cesárea	Si	
	Transfusiones Sanguíneas	No	

Fuente: Formulario 1

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

Como se indicó anteriormente, aunque la norma establecida por el MSP no considera la organización de los servicios de obstetricia de los hospitales según el modelo COE, se aplicaron dichos criterios para evaluar el nivel de cuidados obstétricos de emergencia, teniendo en cuenta las evidencias científicas. En este marco, la unidad no tiene COE completo, por lo tanto, la unidad se ubica en el nivel de COE Incompleto. Practicando 5 actividades de 8, no se realiza la administración de anticonvulsivantes, parto asistido o instrumental y transfusiones sanguíneas. (Tabla Nº 1

7.2 CARACTERISTICAS DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD OBSTÉTRICA Y NEONATAL

7.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD OBSTÉTRICA DISPONIBLE EN LOS REGISTROS DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DEL SERVICIO DE SALUD ESTUDIADO.

En el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig Área de Salud Nº8 se revisó el registro estadístico que fue proporcionado por la Sra. Ruth Coronel Jefe del departamento de Estadística. La información disponible fue

entregada sin restricciones, luego de las gestiones realizadas por las autoridades.

Algunos indicadores de la prestación de servicios

Tabla Nº 2

Comportamiento de los principales indicadores en el Hospital

San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ADMISIONES OBSTETRICAS	Nº	%
Partos vaginales	134	59
Primera cesárea	43	19
Cesáreas iteradas	17	7
Otras	33	15
Total de admisiones	227	100

Fuente: Registro de la unidad visitada.

Elaborada por: Los autores

Revisados los registros se encontró que durante el período de un año (julio 2007- junio 2008) se acumuló un total de 227 admisiones obstétricas.

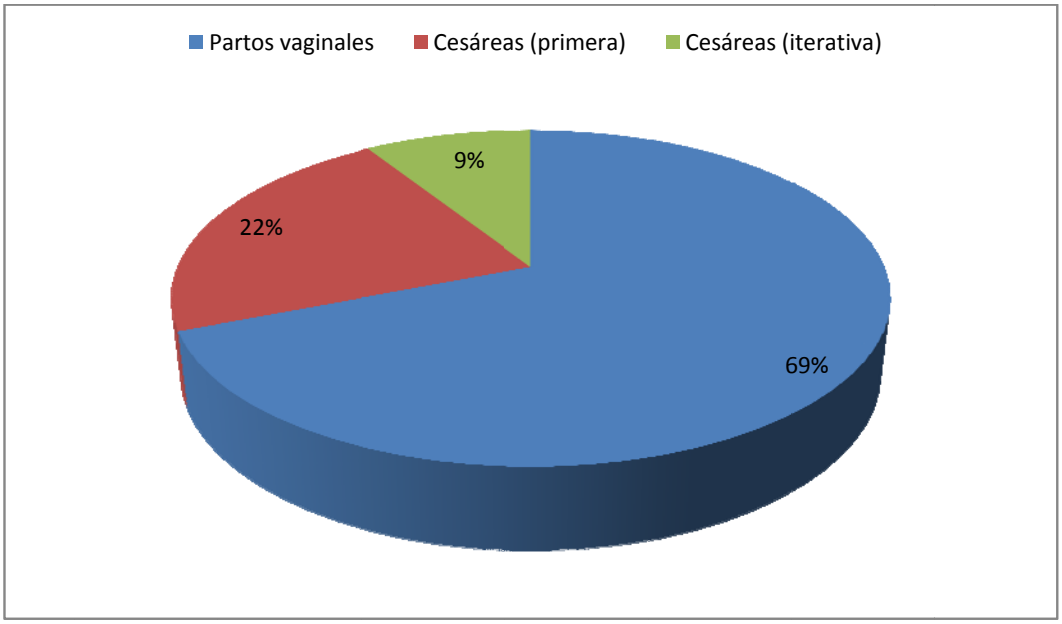
De estas admisiones obstétricas se registró un total de 134 partos vaginales que corresponden al 59%.

Además se registró un total de 60 cesáreas que corresponde al 26%; de las cuales 43 corresponden al 72% de primeras cesáreas y 17 corresponden al 28% de cesáreas iterativas. (Tabla Nº 2)

Por último, se registró un total de 33 casos obstétricos que corresponden al 15%, tales como: amenaza de aborto, aborto, legrado, entre otros.

Gráfico Nº 2

Partos y cesáreas atendidas en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Julio 2007- Junio 2008.



Fuente: Tabla Nº 22

Elaborado por: Los autores

Revisados los registros se encontró que durante el período de un año comprendido entre Julio del año 2007 a Junio del 2008, se acumuló un total de 227 admisiones obstétricas.

Es importe que se tome en cuenta que el porcentaje de cesáreas globales en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig es del 31%, lo que indica un excesivo número de cesáreas en la unidad operativa y que un hospital que

brinda COE la proporción aceptable de cesáreas es de un 5 a 15%. [2] (Gráfico Nº 2)

Análisis de la Mortalidad

De acuerdo con la información obtenida por pate del departamento de estadística se registraron 0 muertes maternas en el período de julio del 2007 a junio del 2008.

Análisis de la letalidad

La letalidad materna se obtiene de la relación entre el número de muertes maternas por una enfermedad para el número de mujeres que contraen la enfermedad durante un período, razón por la cual este indicador no puede ser medido, debido a no se registraron muertes maternas por causas obstétricas.

Análisis de la Morbilidad

De las 227 admisiones obstétricas 101 sufrieron complicaciones obstétricas lo cual representa el 45%.

Tabla Nº 3
Morbilidad Materna por causas en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

COMPLICACION	Nº	% TOTAL COMPLICACIONES	TASA*	% TOTAL PARTOS
Parto prolongado	42	41	44	22
Otras complicaciones	37	37	16	19
Aborto espontáneo	15	15	7	8
Hemorragia	4	4	2	2
Hipertensión ind. Embarazo	2	2	0,9	1
Parto obstruido	1	1	0,4	0,5
Abortos cond. Inseguras	-	-	-	-
Embarazo ectópico	-	-	-	-
Sepsis puerperal	-	-	-	-

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

Rotura uterina	-	-	-	-
TOTAL	101	100		194

Fuente: Formulario 3
Tasa por 100 admisiones
Elaborada por: Los autores

Comportamiento de la morbilidad por patologías

Parto prolongado

Ocupan el primer lugar con el 41% (42) del total de complicaciones. (Tabla Nº3).

Otras complicaciones

Corresponde a la segunda en frecuencia, con el 37% (37) del total de complicaciones. Dentro de estas complicaciones la más frecuente que se encontró fueron las distocias. (Tabla Nº3).

Aborto espontáneo

Constituye el tercer lugar con el 15% (15) del total de complicaciones. (Tabla Nº3).

Las hemorragias ante y post parto

Se encuentra en el cuarto lugar con el 4% (4) del total de complicaciones. (Tabla Nº3).

Hipertensión inducida por el embarazo

En el quinto lugar con el 2% (2) del total de complicaciones. (Tabla Nº3).

Parto obstruido

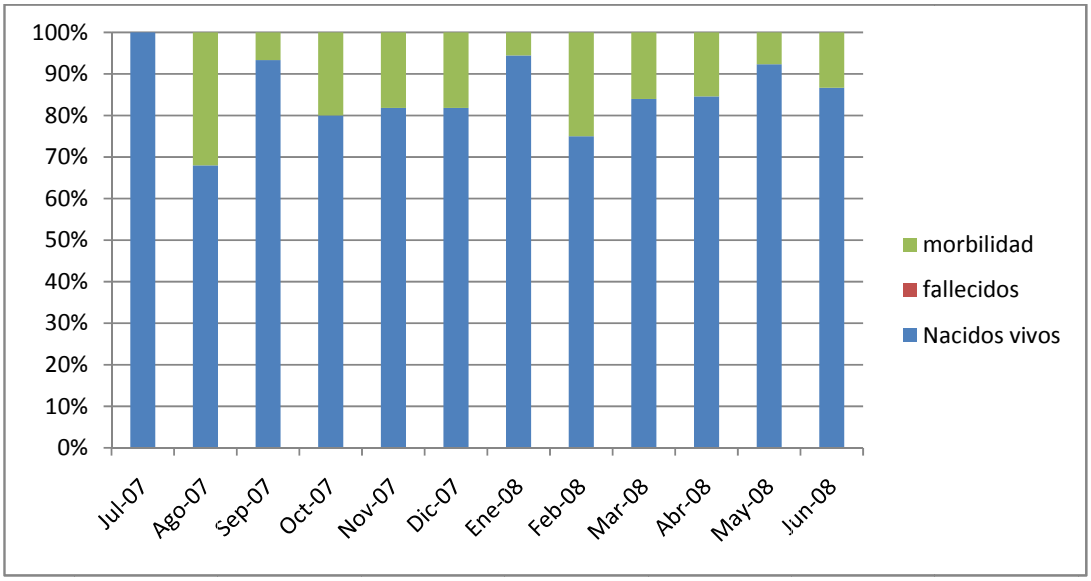
Por último el sexto lugar con el 1% (1) del total de complicaciones. (Tabla Nº3).

7.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD NEONATAL

Para el análisis de la mortalidad neonatal se revisaron dos fuentes de información, una, los registros del departamento de Estadística del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig: y otra los libros de registro del Registro Civil del Cantón Sígsig.

Gráfico Nº 3

Distribución de Nacidos Vivos, Neonatos con morbilidad y fallecidos atendidos en el Hospital San Sebastián del cantón Sígsig. Julio 2007 - Junio 2008.



Fuente: Tabla Nº 23

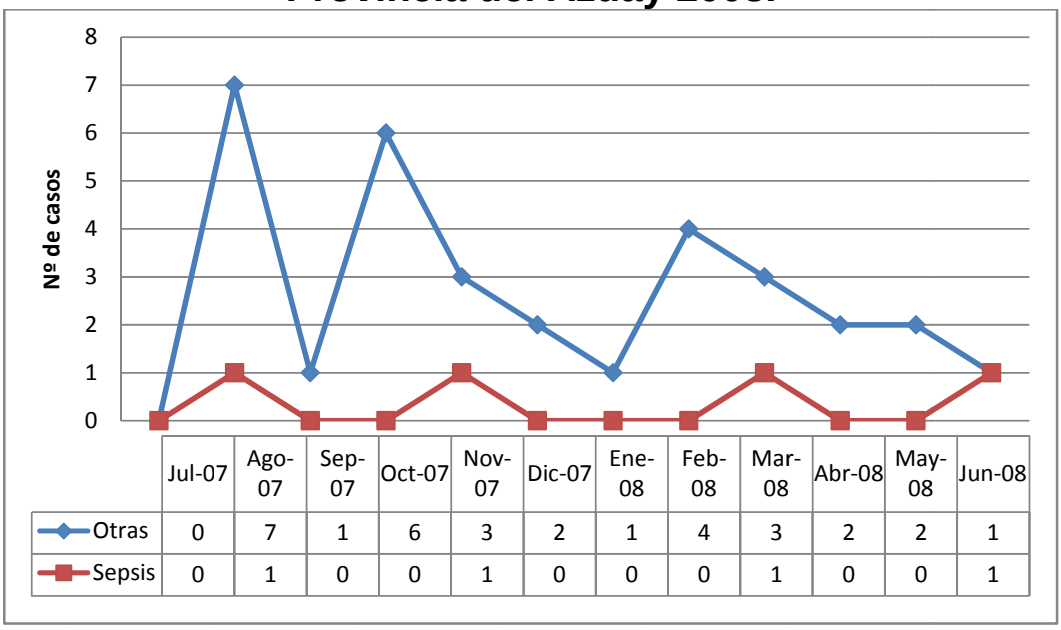
Elaborada por: Los autores

Entre julio del 2007 y junio del 2008 se registraron 201 nacidos vivos de los cuales no se registró ninguna muerte, datos obtenidos en estadística del hospital y en el registro civil del cantón. (Gráfico N°3).

7.2.2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MORBILIDAD NEONATAL

Gráfico Nº 4

**Morbilidad neonatal en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig.
Provincia del Azuay 2008.**



	Jul-07	Ago-07	Sep-07	Oct-07	Nov-07	Dic-07	Ene-08	Feb-08	Mar-08	Abr-08	May-08	Jun-08
Otras	0	7	1	6	3	2	1	4	3	2	2	1
Sepsis	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1

Fuente: Tabla Nº24

Elaborada por: Los autores

Entre julio del 2007 y junio del 2008 se registraron un total de 36 patologías: 28 corresponden a otras patologías (riesgo de sepsis, bronconeumonía, onfalitis e ictericia

neonatal) y 4 de ellos corresponden a sepsis neonatal. (Gráfico Nº4)

Según datos obtenidos de la entrevista con los médicos pediatras, se informó que en caso de existir un neonato con patología grave o más aún identificarse un embarazo de alto riesgo, la conducta a seguir e la transferencia al hospital de referencia.

7.2.2.2 CARACTERIZACIÓN DE LAS UNIDADES NEONATALES

Tabla Nº 4

Disponibilidad de personal y recursos materiales en los servicios de neonatología del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Personal y recursos		Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig		
	Estándar	Nº	Dispone %	Déficit %
Planta física: sala de partos	11	7	64	36
Personal de enfermería	5	1	20	80
Personal médico	5	1	20	80
Equipos para atención del RN	7	6	86	14
Servicios auxiliares	8	7	88	12
Equipos para aspiración	7	6	86	14
Equipo de bolsa y máscara	4	3	75	25
Equipo de intubación	7	6	86	14
Medicación	5	5	100	0

Elementos para cateterización umbilical	9	7	78	22
Varios insumos de atención rutinaria	4	4	100	0
Elementos para prevención de infección	7	5	71	29
Elementos para profilaxis	3	3	100	0
Elementos para rutinas administrativas	4	3	75	25
Elementos para termorregulación	3	2	67	33
Elementos para rutinas antropométricas	3	3	100	0
Otros elementos para atención del RN	4	2	50	50
Nivel de cuidado que se brinda al nacimiento	7	5	71	29
Traslado del recién nacido: equipos	12	7	58	42
Atención del binomio madre hijo sano: planta física	6	3	50	50
Personal de enfermería	7	6	86	14
Personal de médicos	2	2	100	0
Servicios de auxiliares disponibles las 24 horas	9	3	33	67
Equipamiento	8	6	75	25
Equipo para aspiración	7	6	86	14
Equipo de bolsa y máscara	4	3	75	25
Varios insumos	7	7	100	0
Elementos para lavado de manos de personal y padres	7	6	86	14
Elementos de apoyo a la lactancia	3	1	33	67
Registros	3	3	100	0

Área de internación conjunta	14	10	71	29
TOTAL	192	139	72	28

Fuente: Registro de la unidad visitada.
Elaborada por: Los autores

Comparando con el estándar del FORMULARIO Nº 10-ECUADOR, MSP/OPS, EVALUACION DE NECESIDADES DE SERVICIOS NEONATALES; el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig tiene una disponibilidad del 72%.

Al realizar el análisis de carencia de personal y recursos, efectuamos un corte: del 50% o más de déficit, encontramos que hace falta personal de enfermería, personal médico, servicios de auxiliares disponibles las 24 horas y elementos de apoyo a la lactancia.

Mientras que los componentes que tienen una disponibilidad del 100% tenemos: medicación, varios insumos de atención rutinaria, elementos de profilaxis, elementos para rutinas antropométricas, varios insumos y registros. (Tabla Nº 4)

7.2.2.3 CUIDADOS BRINDADOS AL RECIEN NACIDO

TABLA Nº 5

Cuidados adecuados brindados a los recién nacidos en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Cuidados adecuados brindados a los RN	Estándar	Nº	Disponible %	Déficit %
Cuidados prevención de retinopatía del prematuro	2	2	100	0
Neurodesarrollo	4	4	100	0
Cuidados en la monitorización clínica	5	5	100	0
Cuidados en la lactancia	3	3	100	0
Infectológico	10	9	90	10
Cuidado en la técnica de aspiración	6	5	83	17
Cuidado de la piel	6	4	67	33
Cuidado centrado en la familia	3	2	67	33
Cuidados respiratorios	9	4	44	56
Termorregulación	5	2	40	60
Cuidado del dolor	1	0	0	100
TOTAL	54	40	74	26

Fuente: Registro de la unidad visitada.

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

Los cuidados que se cumplen de mejor manera son con un 100% de disponibilidad: la retinopatía, el neuro desarrollo, lactancia y monitorización clínica, con un 90% le siguen el cuidado infectológico, siendo de gran importancia para la prevención de la transmisión y desarrollo de enfermedades, con un 83% los cuidados en las técnicas de aspiración, con un 67% los cuidados de piel y cuidados centrados en la familia. Por debajo del 50% de disponibilidad se encuentran los cuidados respiratorios y hay una ausencia en el cuidado del dolor. (Ver detalles en ANEXO Nº4)

7.3. DISPONIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DEL CANTÓN SÍGSIG

El análisis de los resultados se realizó tomando en consideración la disponibilidad y los componentes que faltan de infraestructura en los servicios de sala de emergencia, sala de partos, sala de operaciones, bodega, central de esterilización y hospitalización.

Tabla Nº 6

Disponibilidad de infraestructura del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Provincia del Azuay 2009.

Infraestructura	Disponible (%)	No Disponible (%)
Emergencia	73	27
Hospitalización Gineco-Obstetricia	83	17
Sala de partos	92	8
Sala de Operaciones	68	32
Laboratorio	89	11

Fuente: Formulario 4 Sala de Emergencia

Elaborada por: Los autores

De acuerdo con los datos expuestos en la tabla Nº6 el Hospital San Sebastián del cantón Sígsig no tiene completos los componentes que forman parte de la infraestructura de todas las salas antes mencionadas, siendo el área de Sala de Partos con mayor disponibilidad de infraestructura con un 92%, al contrario, la sala con menos disponibilidad tiene en cuanto a infraestructura es la

sala de operaciones, no disponiendo con un 32% (Ver detalles en ANEXOº 5)

7.4 SISTEMAS DE REGISTROS

Tabla Nº 7

Disponibilidad de registros estadísticos en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

REGISTROS ESTADÍSTICOS	Disponible	Fácil acceso	Conservado Adecuadamente	Actualizado	Completo
Admisión general	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Libro de Partos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sala de obstetricia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Emergencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sala de Operaciones	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Ginecología	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Abortos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Historia clínica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Egresos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Muertes materna	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Morgue	No	No	No	No	No
Sistema informático Perinatal	No	No	No	No	No
Referencia y contra referencia	No	No	No	No	No
Control de puerperio	No	No	No	No	No

Fuente: Registro de la unidad visitada.

Elaborada por: Los autores

Como podemos observar el 71,4% de los registros se encuentran disponibles, son de fácil acceso, se encuentran conservados adecuadamente actualizados y completos, mientras que los registros de morgue, sistema informático perinatal, referencia y contra referencia y control de puerperio no existen. (Tabla Nº7)

7.5. DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL SAN SEBASTIAN DE SÍGSIG

Tabla Nº 8

Disponibilidad de registros estadísticos de neonatología en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

EQUIPAMIENTO	Completos	Incompletos		Inexistente
Equipo básico todos los niveles		DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	
Emergencia		94%	6%	
Hospitalización		83%	17%	
Sala de partos		82%	18%	
Sala de operaciones		92%	8%	
Materiales de reposición periódica				
Emergencia		59%	41%	
Hospitalización		27%	73%	
Sala de partos		35%	65%	
Sala de operaciones		95%	5%	
Equipo para AMEU				
Emergencia			0%	Si
Hospitalización			0%	Si
Sala de partos			0%	Si
Equipo para anestesia				
Emergencia		73%	27%	
Sala de partos		64%	36%	
Sala de operaciones		95%	5%	
Equipo básico para		48%	52%	

cesárea y laparotomía				
Equipo de parto		89%	11%	
Maleta de parto		90%	10%	
Maleta de ropa quirúrgica		93%	7%	
Equipo de legrado				
Sala de partos			0%	Si
Sala de operaciones		78%	22%	
Resucitación neonatal				
Sala de partos		77%	23%	
Sala de operaciones	Si	100%		
Lencería		86%	14%	
Equipo para sutura perineal/vaginal/cervical				
Emergencia			0%	Si
Sala de partos	Si	100%		
Sala de operaciones	Si	100%		

Fuente: Registro de la unidad visitada.

Elaborada por: Los autores

De acuerdo con los datos expuestos en el Tabla Nº 8 el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig tiene completos los recursos materiales como: el equipo de resucitación neonatal en la sala de operaciones, el equipo de sutura perineal/vaginal/cervical del la sala de partos y sala de operaciones lo que corresponde al 8,82% del equipamiento dentro del hospital. Dentro del equipamiento incompletos

que constituyen su gran mayoría con el 76,47% , sobresalen: materiales de reposición periódica de la sal de partes con una no disponibilidad del 62% seguido de equipo para cesárea y laparotomía con una no disponibilidad del 52% Finalmente dentro del equipamiento inexistente que

corresponden al 14,71% son: equipo para AMEU en la sala de emergencia, hospitalización y partos, equipo de legrado en la sala de partos y equipo de sutura perineal/vaginal/cervical en emergencia, aunque estos procedimientos se los realiza en la sala de operaciones, existiendo en esta área todos estos equipos, debido que es pauta del hospital anestesiar a las pacientes para realizar estos procedimientos. (Ver detalles en Anexo Nº6)

7.6. DISPONIBILIDAD SUMINISTROS Y EQUIPOS DE LABORATORIO CLÍNICO Y DE BANCO DE SANGRE

Tabla Nº 9
Disponibilidad de equipos y materiales de laboratorio del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

EQUIPOS Y MATERIALES	Completos	Incompletos		Inexistente
		DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	
Equipos y materiales generales.		46%	54%	
Material para diagnóstico de malaria.		69%	31%	
Microscopia	Si			
Contaje total y diferencial de leucocitos		91%	9%	
Estimación de Hemoglobina				Si
Hematocrito y volumen fragmentado de eritrocitos	Si			

Fuente: Registro de la unidad visitada.

Por medio de la tabla Nº 9 determinamos que el Hospital San Sebastián del cantón Sígsig tiene completos los equipos y materiales de microscopía y para la determinación de Hematocrito y volumen fragmentado de eritrocitos, contrastando con la falta de equipos para la estimación de hemoglobina, pero tenenemos que decir, que por el momento el hospital esta implementando nuevos equipos para laboratorio. El déficit mayor en cuanto a equipo incompleto se da en equipos y materiales generales para laboratorio con una disponibilidad del 46%. (Ver detalles en Anexo Nº7)

Disponibilidad de banco de sangre

El Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig carece de banco de sangre, afortunadamente el hospital está implementando una hemoteca, en caso de que se necesite de transfusiones sanguíneas el hospital tramita con la cruz roja de la ciudad de Cuenca.

7.7 DISPONIBILIDAD DE MOBILIARIO DEL HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DEL CANTÓN SÍGSIG

Tabla Nº 10

Disponibilidad de mobiliario del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Provincia del Azuay 2009.

Infraestructura	Disponible (%)	No Disponible (%)
Emergencia	65	35
Hospitalización Gineco-Obstetricia	55	45
Sala de partos	94	6
Sala de Operaciones	57	43

Fuente: Formulario 4 Sala de Emergencia

Elaborada por: Los autores

De acuerdo con los datos expuestos en la tabla Nº10 el hospital San Sebastián del Cantón Sígsig tiene el mobiliario incompleto en todas sus salas, siendo la sala de hospitalización de Gineco-Obstetricia la que mayor déficit de mobiliario tiene, disponiendo de un 55%, pero contrasta

con su sala antecesora, la sala de partos, que tiene un 94% de disponibilidad estas comparaciones se las realizo con el estándar del formulario Nº-4 Ecuador, MSP-OPS. La estación de enfermería es compartida para todas las áreas; restamos importancia a esto, ya que el Hospital es de un solo piso, teniendo esta la misma utilidad que en los hospitales grandes en los cuales hay una estación por piso. (Ver detalles ANEXO 8).

7.8. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PARA EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DE SÍGSIG.

7.8.1 Disponibilidad de medicamentos para emergencia obstétricas en farmacia y bodega.

Tabla Nº 11
Disponibilidad de medicamentos para emergencia obstétricas en farmacia y bodega en el Hospital San Sebastián de Sígsig, 2008.

MEDICAMENTOS	Completos	Incompletos		Inexistente
		DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	
Antibióticos		58%	42%	
Desinfectantes		72%	28%	
Esteroides	SI	100%		
Med. De reanimación		57%	43%	
Liquidos		43%	57%	
Anticonvulsivos		67%	33%	
Antihipertensivos			100%	SI
Oxitócicos		17%	83%	
Analgesicos/anestésicos		67%	33%	
Antimalaricos			100%	SI
Tocolíticos		29%	71%	
Anticonceptivos		83%	17%	
Otros			100%	SI

Fuente: Formulario OPS/MSP MEDICAMENTOS
Elaborada por: Los autores

Comparando con los estándares proporcionados por el MSP del Ecuador el 70% de los parámetros de la tabla están incompletos, localizándose el mayor déficit en lo que respecta a oxitócicos y tocolíticos con una no disponibilidad del 83% y 71% respectivamente en comparación con el estándar, siendo de prioridad tratar de aumentar la disponibilidad de estos parámetros pilares farmacológicos en la terapéutica obstétrica; la inexistencia de antimalaricos es justificada debido a que el paludismo no es una enfermedad endémica de la zona. Otro parámetro importante es la no disponibilidad de antihipertensivos siendo la hipertensión una de las patologías mas frecuentas a nivel de la población en general, y que esta tomando importancia la hipertensión gravídica, es necesario tener un stock básico de medicamentos para atender este tipo de patología. (Tabla Nº 11) (Ver detalles en ANEXO Nº9)

7.8.2 Disponibilidad de medicamentos para emergencia obstétricas en sala de emergencia.

Tabla Nº 12

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas

en del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

MEDICAMENTOS PARA EMERGENCIAS OBSTETRICAS	COMPLETOS		INCOMPLETOS	
	Disponible	No disponible	Disponible	No disponible
Sala de emergencias	-	-	86	14
Sala de operaciones	-	-	79	21
Sala de partos	-	-	36	64
Sala de hospitalización	-	-	50	50
TOTAL			**62,75**	**37,25**

Fuente: Registro de las unidades visitadas

Tomando como referente las evidencias científicas de los meta análisis y ensayos clínicos aleatorios, se ha determinado los principales medicamentos para la atención de las emergencias obstétricas, siendo estos: ampicilina, ceftriaxona, gentamicina, adrenalina, furosemida, diazepam, sulfato de magnesio, hydralacina, lactato de ringer, oxitocina, hidrocortisona, halotano, salbutamol y pethidine. De esta manera el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig tiene una disponibilidad de medicamentos del 62,75%, siendo la sala de partos la de menor disponibilidad con 36%. (Tabla Nº12) (Ver detalles en anexo Nº9)

7.8.3 Disponibilidad y número de medicamentos inyectables

Tabla Nº 13

Disponibilidad de medicamentos inyectables en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Medicamentos	Disponibilidad	Cantidad
Ampicilina	Si	15
Ceftriaxona	Si	895
Gentamicina	Si	1378
Adrenalina	Si	57
Furosemida	Si	193
Diazepan	Si	58
Sulfato Magnesio	Si	11
Hydralacina	Si	18
Lactato Ringer	Si	1721
Oxitocina	Si	368
Hidrocortizona	Si	67
Halotano	Si	311
Salbutamol	Si	2
Pethidine	No	0

Fuente: Registro de las unidades visitadas

Elaborada por: Los autores

Para el análisis de la disponibilidad de medicamentos se seleccionaron de cada grupo a los más importantes y frecuentemente usados, teniendo como referente las evidencias científicas de mayor fuerza como los meta análisis y las investigaciones clínicas aleatorias (ICA).

En el momento de observar la existencia y cantidad de medicamentos básicos el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig cuenta con: Ampicilina, Ceftriaxona, Gentamicina, Adrenalina, Furosemida, Diazepam, Sulfato de Magnesio, Hydralacina, Lactato de Ringer, Oxitocina, Hidrocortisona, Halotano y Salbutamol. No disponía de Pethidine (Tabla Nº 13).

7.9 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE MEDICINA Y ENFERMERIA

Esta información se obtuvo mediante entrevistas por parte del equipo investigador al personal que labora en los servicios de salud. La entrevista se realizó a 32 personas, 13 al personal médico: 3 ginecólogos, 2 pediatras, 2 anestesiólogos, 2 médicos residentes y 4 médicos rurales; a 17 al personal de

enfermería: 6 enfermeras y 11 auxiliares de enfermería y a 2 al personal de laboratorio.

Para conocer el grado de capacitación, dentro de los tres últimos años, en la encuesta se preguntó sobre los siguientes temas: aborto, embarazo ectópico, mola hidatidiforme, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, placenta previa, retención placentaria, acretismo placentario, atonía/hipotonía uterina, parto obstruido, parto prolongado, rotura de útero, sepsis, hipertensión inducida por la gestación y resucitación neonatal.

En general en el último año, se observa índices más elevados de capacitación en el personal de medicina que en el de enfermería en todos los temas considerados y estas diferencias son muy llamativas.

Capacitación del personal de medicina

En promedio, el personal médico ha sido capacitado en un 22% en todos los temas, aunque presenta un comportamiento diferente. Se observa en la tabla 47 que

los porcentajes más altos de capacitación en temas relacionados con la emergencia obstétrica y neonatal, presentan, en orden descendente los rurales, anestesiólogos, ginecólogos y por último pediatras y residentes, los mismos que no han recibido ningún tipo de capacitación por parte del hospital

Tabla Nº 14

Personal médico capacitado por temas según categoría en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

TEMAS	Ginecólogos		Pediatra		Residentes		Rurales		Anestesiólogo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aborto	0	0	0	0	0	0	2	50	1	50	3	20
Embarazo	0	0	0	0	0	0	1	25	1	50	2	15
Mola	0	0	0	0	0	0	1	25	1	50	2	15
DPPNI	0	0	0	0	0	0	2	50	1	50	3	20
Placenta	0	0	0	0	0	0	2	50	1	50	3	20
Retención	0	0	0	0	0	0	3	75	1	50	4	25
Acretismo	0	0	0	0	0	0	1	25	1	50	2	15
Atonía/	1	33	0	0	0	0	3	75	1	50	5	32
Parto	0	0	0	0	0	0	3	75	1	50	4	25
Parto	0	0	0	0	0	0	3	75	1	50	4	25
Rotura de	0	0	0	0	0	0	3	75	1	50	4	25
Sepsis	0	0	0	0	0	0	2	50	1	50	3	20
Hipertensión	0	0	0	0	0	0	3	75	1	50	4	25
Resucitación	0	0	0	0	0	0	2	50	1	50	2	15
Total del	3	2	2	0	2	0	4	55	2	50	13	22

Fuente: Registro de la unidad visitada.

Elaborada por: Los autores

El 0% de los pediatras han recibido preparación en resucitación neonatal, o cursos por parte del hospital, los demás temas compete menos a su especialidad.

Entre los médicos Gineco – Obstetras el único tema abordado por parte del hospital es el de atonía/hipotonía uterina, el resto de temas los médicos refieren nunca haber recibido charlas por parte del hospital y que los conocimientos que disponen lo son de sus estudios de postgrado. Los médicos rurales han recibido capacitación por parte de los doctores devengantes, siendo los temas tratados: retención placentaria, atonía/hipotonía uterina, parto obstruido, rotura uterina, Hipertensión inducida por le embarazo y resucitación neonatal, los mismos que han sido tratados con el 75%; mientras que los temas tales como aborto, desprendimiento prematuro de placenta normoincerta, placenta previa, sepsis corresponde al 50% de capacitación. Por último correspondiente al 25% de capacitación son los temas como embarazo ectópico, mola hidatiforme y acretismo placentario.

En los médicos residentes por su parte no han recibido ningún tipo de capacitación por parte del hospital. Con respecto a Anestesiología, uno de los dos médicos anestesiólogos ha recibido capacitación sobre todos los temas, con respecto al manejo de estos por parte del

anestesiólogo y conocimientos básicos que debe saber sobre los mismos; cabe recalcar que esto se debe a que el Hospital San Sebastián de Sígsig por medio de un

convenio con el HVCM, permite que el Dr. Milton Mora (anestesiólogo de planta del Hospital San Sebastián de Sígsig) realice practicas y capacitación en el HVCM 4 horas a la semana. (Tabla Nº 14).

Capacitación del personal de enfermería.

Este personal es el que menos se encuentra capacitado, ya que menos del 5% de todo este personal ha recibido una correcta preparación sobre todos los temas planteados.

Tabla Nº 15

Personal de enfermería capacitado por temas según categoría en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

TEMAS	Enfermeras		Auxiliares		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aborto	2	33	0	0	2	11
Embarazo ectópico	0	0	0	0	0	0
Mola hidatidiforme	0	0	0	0	0	0
DPPNI	1	17	0	0	1	5
Placenta previa	0	0	0	0	0	0
Retención placentaria	1	17	0	0	1	5
Acretismo placentario	0	0	0	0	0	0
Atonía/ hipotonía uterina	0	0	0	0	0	0
Parto obstruido	0	0	0	0	0	0
Parto prolongado	0	0	0	0	0	0
Rotura de útero	0	0	0	0	0	0
Sepsis	1	17	0	0	1	5
Hipertensión inducida	1	17	0	0	1	5
Resucitación neonatal	1	17	0	0	1	5
Total del personal	6	8	11	0	17	3

Fuente: Registro de la unidad visitada.

El 11% del personal de enfermería ha recibido capacitación en aborto, seguido de: desprendimiento prematuro de placenta normo incerta, retención placentaria, sepsis, hipertensión inducida por el embarazo y resucitación neonatal.

Un promedio de 8% de las enfermeras han recibido capacitación, el tema más abordado fue aborto, seguido de desprendimiento prematuro de placenta normo incerta, retención placentaria, sepsis, hipertensión inducida por el embarazo y resucitación neonatal.

Mientras que las auxiliares no han recibido ningún tipo de capacitación. (Tabla Nº 15)

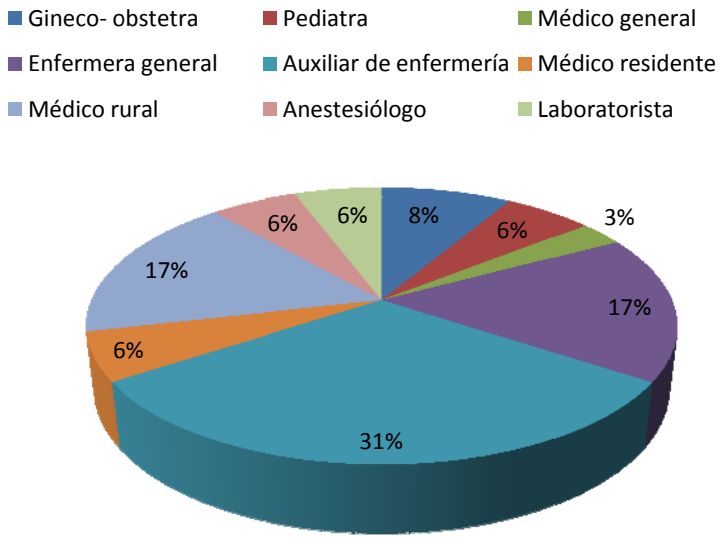
7.10. PRÁCTICAS EN CONE EN EL HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DEL CANTÓN SÌGSIG

Recursos que atienden el Parto

El personal de salud que atiende directamente a la madre y al neonato durante el periodo del parto normal en la unidad son: Gineco – Obstetra, Pediatra, Médico General, Enfermera General, Auxiliar de Enfermería, Médico Residente, Médico Rural.

Distribución del personal del hospital

Gráfico Nº 5
Personal de salud por especialidad disponible dentro del
Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.



Fuente: Tabla Nº 21
Elaborada por: Los autores

En el hospital San Sebastián del cantón Sígsig del total del personal de salud disponible dentro del hospital, 35 personas, el 31% corresponde a auxiliares de enfermería, seguido de enfermeras generales y médicos rurales con un 17%, luego le siguen los Gineco obstetras con el 8%, con el 6% los médicos residentes, anestesiólogos,

laboratoristas, y pediatras. Finalmente con el 3% corresponde a un medico clínico (Gráfico 5)

En cuanto a la distribución de médicos del hospital, 16 médicos (46%), 13 de ellos (81%) son médicos vinculados con el cuidado obstétrico de emergencia (COE); 2 médicos (13%) corresponden al proyecto que se está desarrollando dentro del hospital, dirigido por el MSP llamado Modelo de atención integral de salud (MAIS), este está formado por equipos básicos de salud (EBAS), el cual consiste en brindar atención de salud comunitaria; hay que mencionar que un ginecólogo, un anestesiólogo y un pediatra, los cuales, además de estar vinculados con el COE forman parte del proyecto MAIS, cumpliendo con este únicamente dos veces a la semana; y el restante (6%) corresponde a un médico clínico.

El Gineco-obstetra, pediatra y médico clínico tienen además acceso a consulta externa.

Personal Entrenado y autorizado para proveer COE y otros cuidados especiales

El Gineco-obstetra, Médico General, Médico Residente, Rural y Anestesiólogo son las únicas personas capacitadas para la administración de antibióticos parenterales,

oxitócicos y anticonvulsivantes parenterales. Por lo tanto las enfermeras y auxiliares de enfermería únicamente administraran bajo prescripción médica.

El único médico capaz de realizar una extracción manual de placenta, extracción de restos del embarazo, partos vaginales asistidos, realizar cirugías (cesárea) es el Gíneco-obstetra.

El personal capaz de realizar transfusiones sanguíneas son: el Gineco-obstetra, Médico General, Médico Residente y Médico Rural.

El Anestesiólogo es la única persona capaz de proporcionar anestesia.

Así mismo la resucitación del recién nacido únicamente puede lo realiza el Pediatra, Médico Residente y Médico Rural.

Personal de Salud vinculados al COE dentro del hospital.

Tabla Nº 16

Personal vinculados al COE dentro del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ERSONAL DE SALUD	Personal Médico TOTAL	Personal médico COE		Personal de enfermería TOTAL	Personal de enfermería COE		Laboratoristas		TOTAL	
	Nº	Nº	%	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ginecólogos	3	3	9						3	9
Pediatras	2	2	6						2	6
Residentes	2	2	6						2	6
Rurales	6	4	13						4	13
édico General	1	0								
nestesiólogos	2	2	6						2	6
Enfermeras	6			6	6	19			6	19
Auxiliares de enfermería	11			11	11	35			11	35
Laboratorista	2						2	6	2	6
TOTAL	35	13	42		17	52	2	6	32	100

Fuente: Registro de la unidad visitada.
Elaborada por: Los autores

De los 35 agentes sanitarios que trabajan dentro del hospital, 32 de ellos (91%) están vinculados con el cuidado obstétrico de emergencia (COE) y los 3 restantes (9%), cumplen otras funciones dentro del hospital, tales como formar parte del MAIS y medicina general. Vale recalcar que todos los miembros vinculados con el COE no se limitan únicamente a este, sino cumplen funciones dentro de todas las áreas hospitalarias.

De los 32 agentes sanitarios vinculados con el COE, 3 (9%) de ellos son ginecólogos, 2 (6%) son pediatras, 2 (6%) son residentes, 4 (13%) son rurales, 2 (6%) son anestesiólogos, 6 (19%) son enfermeras, 11 (35%) son auxiliares de enfermería y 2 (6%) son laboratoristas.

Como se puede observar el mayor peso cuantitativo en la asignación de labores del COE constituyen: del personal de enfermería, las auxiliares (35%); y por otra parte del personal médico corresponde a los rurales (13%), constituyendo estos últimos el personal en formación.

Todo el personal de enfermería no únicamente cumple funciones del COE, sino rotan por las distintas áreas tales como pediatría, clínica y quirófano. (Tabla Nº16)

Turnos Nocturnos

Tabla Nº 17

Disponibilidad de personal médico y enfermería en turnos nocturnos

en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig	Residente		Rural		Auxiliares		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	2	12	4	24	11	64	17	100

Fuente: Registro de la unidad visitada.

Elaborada por: Los autores

Los turnos nocturnos de atención en la unidad estudiada las realizan médicos residentes, rurales y auxiliares de enfermería.

De las 32 personas vinculadas al COE, únicamente 17 (53%) realizan turnos nocturnos; de estos 2 (12%) son

médicos residentes, 4 (24%) son médicos rurales y 11 (64%) son auxiliares de enfermería que realizan el COE. (Tabla Nº17)

En el hospital, únicamente existe un solo médico "de llamada" que es un gineco obstetra, es decir, que debe acudir a la unidad en momentos distintos a su horario de trabajo, para cubrir emergencias obstétricas que no pueden ser resueltas por el personal médico de turno, únicamente cumple esta función de lunes a viernes.

Horario disponible

Es importante además dar a conocer la disponibilidad del personal de salud en el hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, tomando en cuenta básicamente el servicio de COE. Únicamente de Domingo a Viernes, por el día se encuentra un profesional de salud capaz de realizar partos normales, COE básicos, realizar cuidados de emergencia al recién nacido, tener acceso y estar relacionado con los medicamentos para COE. En tanto que de Lunes a Domingo tanto por el día como por la noche se encuentran los médicos rurales y residentes. Mientras que el personal

encargado de reparar el equipamiento (electricidad) se encuentra disponible cualquier día de la semana a cualquier hora.

TABLA Nº 18
Horario de los Gineco-obstetras, pediatras, y anestesiólogo en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Médico	Horario	Total de horas semanales
Gineco-obstetra #1	Domingo de 8am a 4pm Lunes de 8am a 4pm Martes de 2pm a 4pm	20
Gineco-obstetra #2	Miércoles de 8am a 4pm Jueves de 8am a 4pm Viernes de 8am a 12pm	20
Gineco-obstetra #3 (MAIS)	Lunes a viernes de 8am a 4pm Martes de 8am a 5pm Viernes de 2pm a 4pm	40

Pediatra #1	Martes de 8am a 4pm Jueves de 8am a 4pm	20
Pediatra #2	Lunes de 8am a 4pm Miércoles de 8am a 4pm Domingo de 8am a 12pm	20
Pediatra #3	Viernes de 8am a 4pm	8
Anestesiólogo #1	Martes de 8am a 4pm Jueves de 8am a 4pm Lunes (2h), miércoles (1h) y viernes(1h) pasantías en el HVCM	20
Anestesiólogo #2	Lunes de 8am a 4pm Miércoles de 8am a 4pm Viernes de 8am a 4pm	24

Fuente: Registro de la unidad visitada.
Elaborada por: Los autores

Como podemos observar, únicamente de Domingo a Viernes, de 8am-4pm se cuenta con profesionales especializados Gineco-obstetras, pediatras, y

anestesiólogo dentro del hospital, los cuales cumplen horarios diferentes cubriendo así las necesidades del hospital (Tabla N°18).

7.11. PERCEPCIÓN COMUNITARIA DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y LA MORTALIDAD MATERNA

Con la finalidad de conocer la percepción de los factores relacionados con las emergencias obstétricas y la mortalidad materna desde la visión de la comunidad y del personal de salud se realizaron dos grupos focales, el primero con 8 mujeres y el segundo con 6 profesionales de la salud.

7.11.1. Percepción de las mujeres

Los conocimientos en relación a las emergencias obstétricas fueron explorados investigando sobre las situaciones que ponen en peligro la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

- **Identificación de condiciones de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio**

Las mujeres consideran como peligro: antiparasitarios, atención por comadrona, sangrado vaginal, alcohol, alimentación deficiente e inadecuada, infecciones del tracto urinario, relaciones sexuales. (Gráfico Nº6)

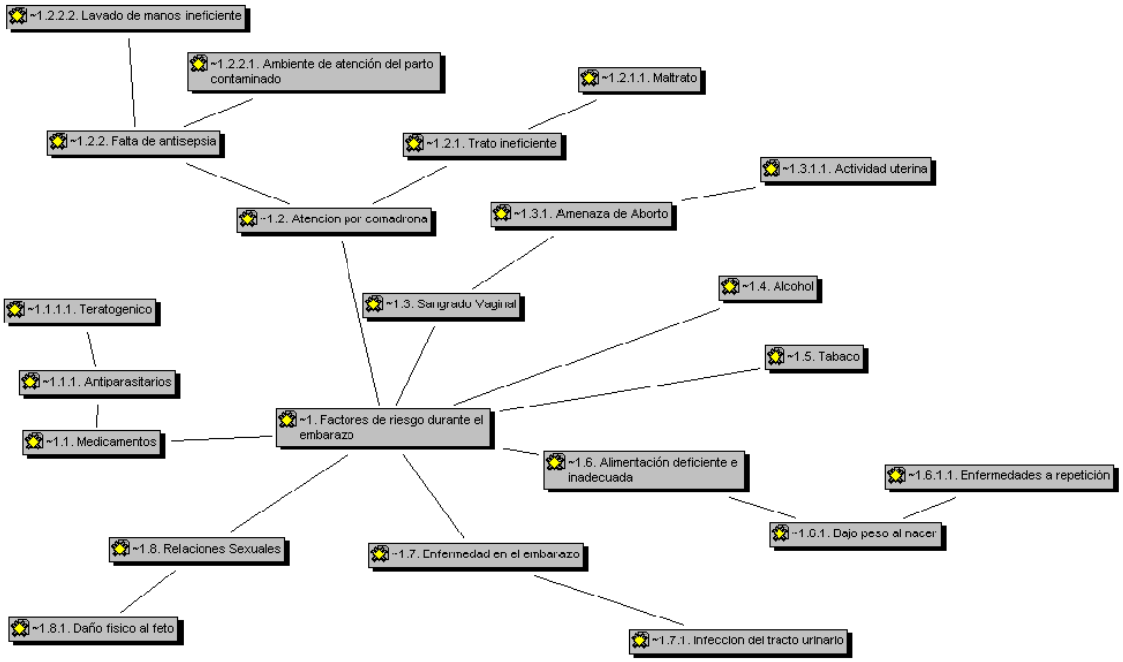
Es que ya se viene aquí cada mes hacerse controlar y el doctor va diciendo como está y que tiene. A claro el doctor explica que se tiene que tomar el ya da un remedio y prohibe cualquier pastilla que se tome uno porque si ya se está embarazada no se toma ninguna clase de pastillas (…) además el doctor nos dice que no debemos tomar medicación para los bichos, porque nos dice que estos son los más dañinos para nuestro guagua . Uno mismo ya sabe que son cosa mala ni fumar ni tomar porque ya se sabe que es cosa mala para uno y para el bebé nunca se lo ha hecho ni así no le hayan dicho uno no hace... porque de no el guagua sale mal.(…) no es como en los campos que el sangrado uno se pasa bastante mal en el campo y que no le tratan bien yo tuve una niña así dando a luz se me murió por haber

dado a luz en el campo yo tengo la experiencia de aquí es muy bueno tengo tres niños nacidos aquí me he atendido es cosa excelente aquí en el campo es tan feo

porque verá le tienen tan mal y mal cuidada, no le dan lo que hay aquí, ehhh vera doctor, ahí en el campo es sucio, la comadrona se lava las manos con trago, y adema le grita y le jalan duro al gugua,(…) Vera a mi si me salió un poco sangre por la vagina en mi niña que tuve a los 38 años que estaba embarazada y estuve así a los 3 meses y sentía un dolor en el vientre y era como cuando une se enferma pero más duro, de ahí vine a y me dieron un tratamiento me vio el doctor y me contuvo a la niña me mando que este 8 días en reposo (Grupo Focal Mujeres, Hospital San Sebastián de Sígsig)

GRÁFICO N° 6

Percepción de las mujeres sobre riesgo durante el embarazo, parto y puerperio. Hospital San Sebastián de Sígsig. Azuay 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig.

Elaborado por: Los autores

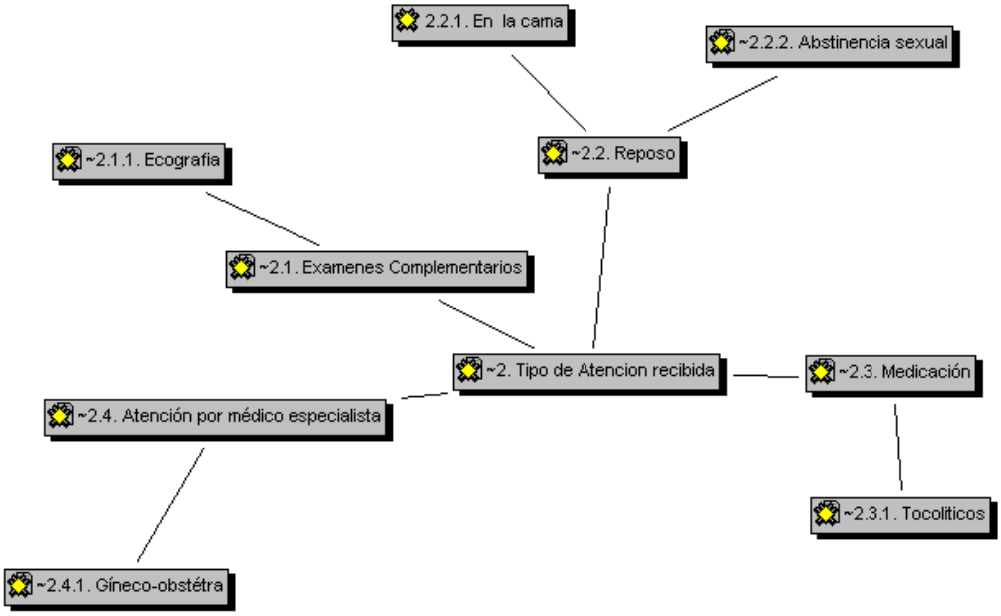
- **Tipo de atención recibida durante el embarazo, parto y puerperio ante un signo o síntoma de riesgo y peligro.**

En cuanto a la atención recibida las mujeres consideran los siguientes aspectos: exámenes complementarios, reposo, medicación, atención por médico especialista (Gráfico N°7).

Si aquí el doctor Mejía me atendió, el me hizo una ecografía, me dijo que esta bien el bebe, que no me preocupara, y me mando a la casa que tenga 8 días de reposo, y me salió bien, por que le hice como me dijo el, enseguida, el me menado unas pastillas que me contenían el sangrado, y se me salió bien (Grupo Focal Mujeres, Hospital San Sebastián de Sígsig)

GRÁFICO N° 7

Percepción de las mujeres del tipo de atención recibida. Hospital San Sebastián de Sígsig. Azuay 2009



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig.

Elaborado por: Los autores

- **Tipo del personal al cual demandan atención durante el embarazo, el parto o el puerperio, ante una situación de peligro:**

Las razones por las cuales las madres deciden acudir al Hospital son principalmente para: emergencia, cesárea, control prenatal.

Las madres acuden a la partera para componer. (Gráfico N°8).

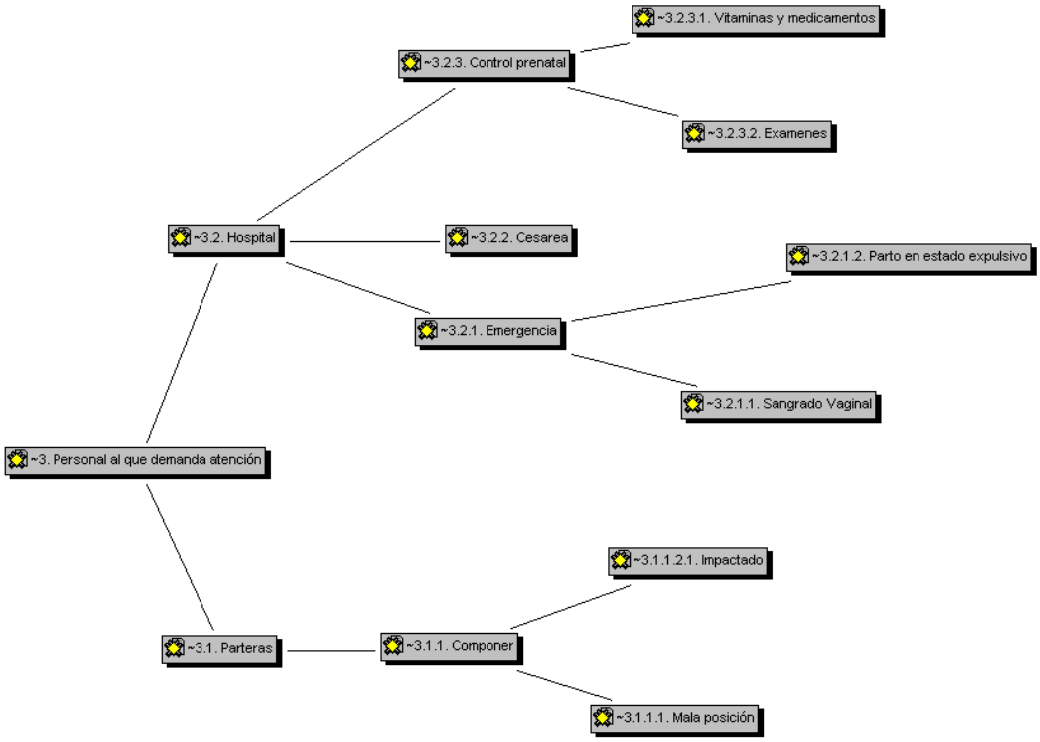
(..)Yo si yo me echo componer cada dos meses cada tres meses me he hecho componer pero también aquí. No ve que yo también me hecho ver aquí y allá también. Las emergencias deben ser atendidas por el hospital pero en el campo también un poco. No porque dicen que en el campo también ya las señoras parteras saben cuando uno esta mal por ejemplo en mi caso estuvo mal el bebé aquí el doctor me dijo que estaba sentado y me fui a los siete meses a hacer con una partera y me compuso y vengo aquí y el doctor me dice que estaba bien.

(..) Cuando el guagua esta impactado en la pierna entonces la partera le compone y le pone normal y uno si no le componen se anda rengo y le duele a uno la pierna. En caso de emergencia uno sabe que el hospital es mejor, por que la atención es rápida y uno se siente más segura aquí. La partera solo sirve para composturas y cosas sencillas. Uno nunca escoge la partera para el parto uno siempre

escoge el hospital así sea todo normal, por que le cuidan mejor a uno y al guagua y hay buenos médicos. (Grupo Focal Mujeres, Hospital San Sebastián de Sígsig

GRÁFICO N° 8

Percepción de las mujeres sobre el personal al cual demandan atención. Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Azuay 2009.



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig.

Elaborado por: Los autores

- **Aceptación o rechazo a la atención en las unidades de salud.**

Las razones que las han llevado a las madres a acudir al hospital es buena atención, buenos tratamientos, buenos doctores, medicación gratuita, falta de dinero. (Gráfico N°9).

(...)porque a veces no hay mucho dinero y además me siento bien con el hospital por que cada ves que vengo siempre me dan alguna vitamina me mandan a ser exámenes y todo sale bien.

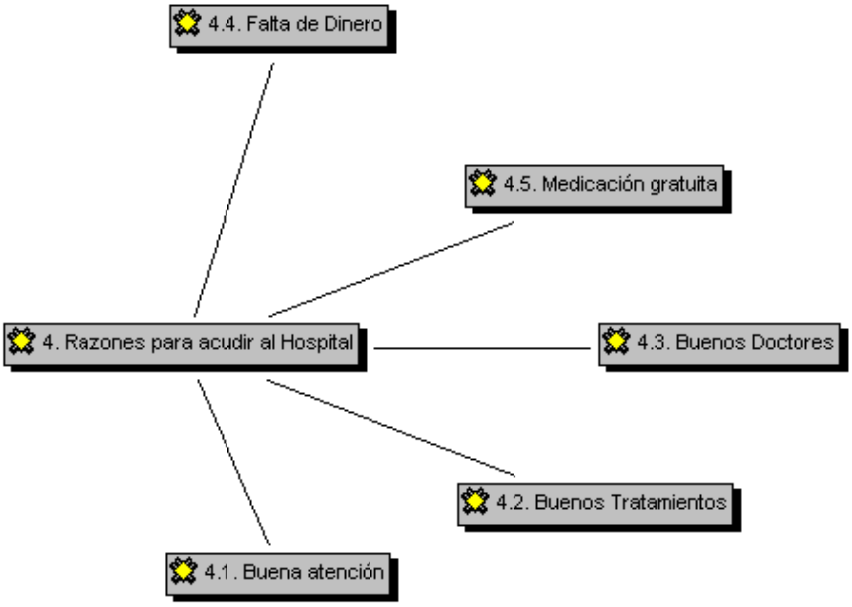
(...) Por que aquí ya se llega y es como llegar a la casa de uno todas las enfermeras doctores atienden bien a uno le atienden bien no como en otros lados por ejemplo en Gualaceo me dicen que atienden mal pónganse uno cuando no hay turno ya no hay pues pero atienden bien el doctor nos ve bien nos dan alguna vitamina o algo que nos falta.

(...) Por lo que yo vengo acá es porque hay excelentes doctores el pediatra mismo es un excelente el ginecólogo igual y también la situación económica porque hay veces que no tenemos mucho dinero para hacerles atender

aparte. (Grupo Focal Mujeres, Hospital San Sebastián de Sígsig).

GRÁFICO N° 9

Razones planteadas por las mujeres para acudir al hospital. Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Azuay 2009



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig.

Elaborado por: Los autores

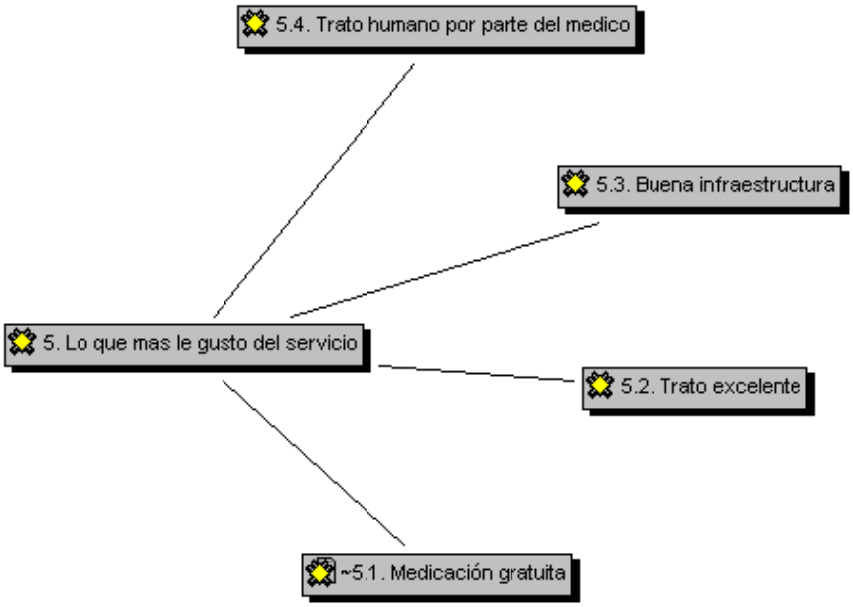
Lo que mas les gusta a las mujeres que acuden al hospital San Sebastián de Sígsig es medicación gratuita, trato

excelente, buena infraestructura, trato humano por parte del médico.(Gráfico N° 10)

(..)Todo es bueno todo es bueno todo bueno cuando no hay algún tratamiento manda el doctor a comprar y seria bueno que nos dieran acá el tratamiento para no comprar uno porque a veces es difícil no se le compra porque no hay porque a veces la plata es difícil no se les da porque no hay porque a veces lo que hay dan lo que no hay no pueden hacer nada si algo necesita el niño es dice vaya a comprar por ejemplo vitaminas algunas cosas que hay les da de repente si hay algún tratamiento que se va a comprar también. (Grupo Focal Mujeres, Hospital San Sebastián de Sígsig, Febrero 2009)

GRÁFICO No 10

Lo que más les gusto a las mujeres del servicio de salud. Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Azuay 2009



Fuente: Grupo focal de madres atendidas en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig.

Elaborado por: Los autores

7.11.2 PERCEPCIÓN REFERIDA POR EL PERSONAL DE SALUD

- **Conocimiento sobre información estadística**

Acerca de los conocimientos que tienen los médicos sobre la información estadística del hospital, refieren que no conocen ningún tipo de dato estadístico acerca del tema.

- **Factores de riesgo y complicaciones obstétricas que enfrentan las mujeres embarazadas, según el personal de salud.**

Entre los factores de riesgo que presentan las mujeres para las complicaciones obstétricas: Falta de control prenatal, mujer de edad avanzada, multiparidad, falta de servicios las 24h, infecciones. Entre las complicaciones posibles nos comentan: retención placentaria, atonía uterina, desagarro, distocias, desprendimiento prematuro de placenta normoincerta, hipertensión inducida por el embarazo y rotura prematura de membranas (Gráfico No 11)

(..)Los principales riesgos bueno haber quizá mm se podría identificar pacientes que tienen anemia si pacientes que vienen con trabajo de parto en estadio avanzado si

entonces no hacemos el control de todo el trabajo de parto e desde el inicio sino que algunas vienen es estadios avanzados recuerdo de alguna paciente que venia en expulsivo en presentación pelviana si ee quizá el echo de algunas pacientes con poco control prenatal si algo que me preocupa bastante es que no siempre contemos los hospitales pequeños con una estrategia de atención de urgencia es decir que tengamos los medicamentos de urgencia los equipos los implementos para atender una urgencia a mano que tengamos un excelente un buen sistema de atención un buen sistema de asistencia es decir el tiempo en que requerimos lo ambulancia el chofer y el traslado sea oportuno yo creo que esas cosas son importantes con respectos a los riesgos que puede tener una paciente obstétrica

(..)Bueno en primer lugar que son mujeres que son añosas son gran multíparas que no hay un control prenatal llegan con trabajo de parto dadas por los parteras con sangrados retención placentaria y el riesgo que podríamos contar en el

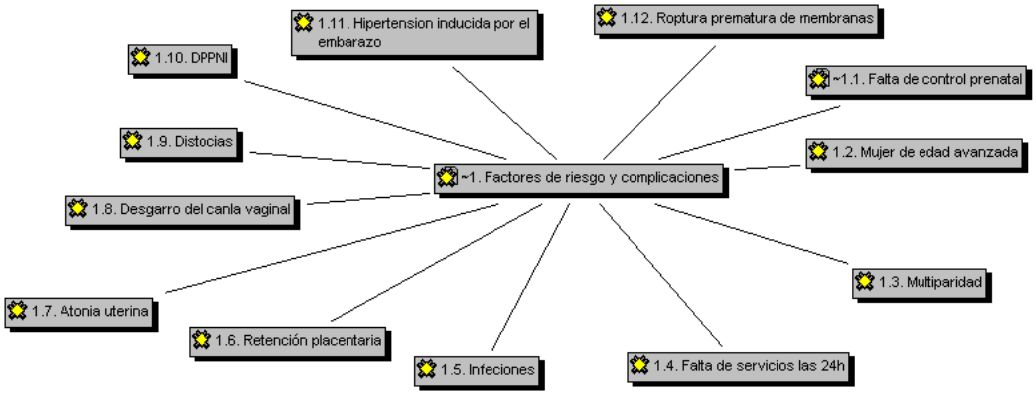
hospital que no existe un quirófano abierto las veinte y cuatro horas para una emergencia en las madrugadas.

(..) Bueno como dijo la doctora e pues el doctor Jaramillo madres que pues esperan que amanecer para dar a luz acá

lamentablemente no se les puede atender adecuadamente como se esperara e otras consecuencias mas madres añosas multíparas que hacen hipodinamias uterinas el guagua a veces salen deprimidos e no vienen hacerse los controles prenatales no sabemos los diferentes tipos de sangre de las mamas pueden hacer hiperbilirrubinemias muchas veces has venido las madres y aquí se les a diagnosticado de hidrocefalia en el momento de dar a luz es decir no vienen a atenderse prematuramente. También complicaciones como el desprendimiento prematuro de placenta, distocias que sin un buen control no se puede dar un buen tratamiento

GRÁFICO N°11

Factores de riesgo y complicaciones obstétricas que enfrentan las mujeres embarazadas, según el personal de salud. Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Azuay 2009.



Fuente: Grupo focal del personal de salud en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig.

Elaborado por: Los autores

- **Condiciones de los servicios de salud para dar respuesta adecuada a la demanda de atención de**

mujeres que presentan algún tipo de riesgo o complicación

Los médicos refieren que no existe la capacidad de atender las 24 horas las emergencias obstétricas ya que solo

cuentan 8 horas con un ginecólogo y que los médicos residentes no están capacitados para realizar estas labores; también refirieron que no existe un buen sistema de transferencias debido a la falta chofer las 24h; además comentan la falta de preparación de los residentes. (Gráfico N° 12).

Cualquier procedimiento si pues no las 8 horas si podemos hacer un procedimiento de urgencia claro que si pero no contamos con un banco de sangre eso a lo mejor podría ser una limitante digamos si tenemos una placenta previa sangrante ijole alo mejor no sea lo mas adecuado aquí una cesárea porque no contamos con el banco de sangre no tenemos sangre perdón con respecto a la infraestructura si estamos preparados para atender una urgencia medica claro

(…..)Bueno para hacer cualquier actividad no si un niño nace deprimido no están ellos en la capacidad de intubar si

no están en la capacidad de hacer una lactotoferesis exsanguinotranfusion y nada por el estilo si a lo mejor reanimarles un poco darles ambu y rezar

(…)Cien por ciento de estructura no mire para afrontar una urgencia mas o menos con la pregunta que me hacia hace

un momento tenemos que estar preparados yo no creo que tengamos los medicamentos listos para utilizar cuando necesitamos verdad igual algunos implementos o sistemas de transferencia (Grupo Focal con Profesionales, Hospital San Sebastián de Sígsig)

GRÁFICO Nº 12

Puntos de vista del personal de salud sobre las respuestas a las complicaciones obstétricas. Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Azuay 2009

Fuente: Grupo focal del personal de salud en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig.

Elaborado por: Los autores

Son pocas las inequidades en cuanto a disponibilidad de recursos e insumos ya que ellos refieren contar con todos

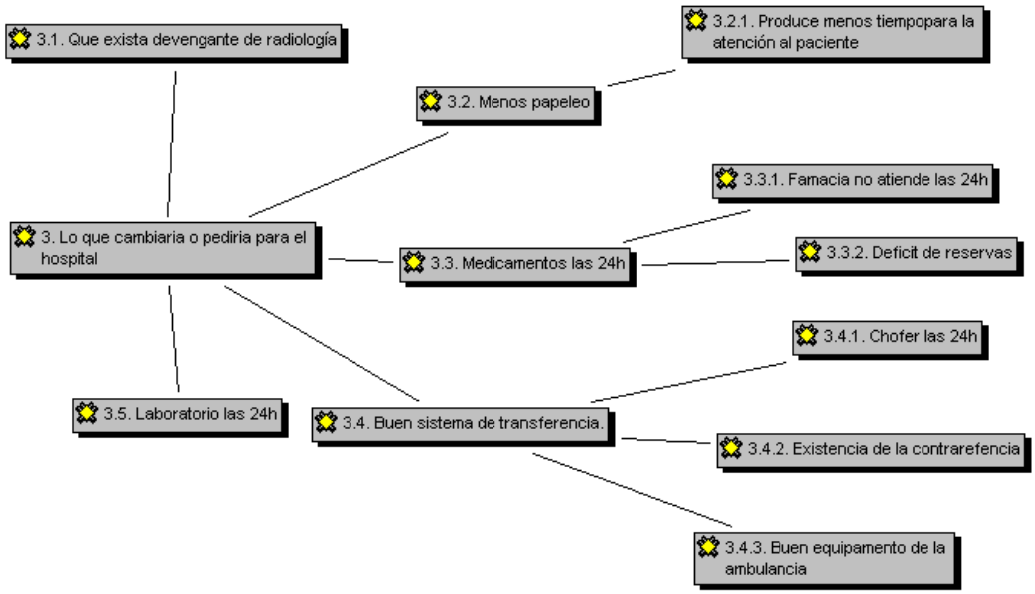
los instrumentos necesarios para atender las emergencias obstétricas. Los médicos refieren que necesitan que exista un médico devéngate de radiología, ya que cada medico hace la ecografía y rayos X, menos papeleo que se expresa en menos atención al paciente; tambien es necesario la existencia de un buen sistema de transferencia, para el traslado oportuno y laboratorio las 24h. (Gráfico N° 13).

Contar siempre con la cantidad de medicamentos necesarios verdad todo el tiempo digamos hierro antibióticos lo que se necesita verdad siempre el stock de medicamentos completo una parte en segundo lugar tener quizá nos faltaría tener en esta unidad un imagenólogo por que los que hacemos las ecografías somos los ginecólogos y en realidad no es nuestra especialidad entonces ´por ejemplo como parte del equipo humano faltaría un imagenólogo que nos de una mano muy importante entonces tenemos medicamentos personal e vuelvo a repetir perdonen que siempre lo diga una transferencia que sea oportuna con el medico que acompañe a la paciente una ambulancia equipada la ambulancia con oxigeno y un botiquín con medicamentos e implementos verdad ya lo

que faltaría reforzar seria que siempre exista medicamentos e insumos a la mano de nada nos sirve que necesitamos un anticonvulsivo en este momento y no encontramos en el hospital con cualquier medicamento también hay medicamentos que faltan en la farmacia y la otra cosa es la organización es decir siempre mantener un stock de emergencia y es difícil bueno ……que siempre tengamos los medicamentos y insumos en segundo lugar comunicación eso si falta un poco entre las pequeñas unidades y las grandes unidades comunicarnos con el hospital regional lo conocemos muy bien hemos trabajado allí hemos hecho el posgrado pero es difícil comunicarse (Grupo Focal con Profesionales, Hospital San Sebastián de Sígsig)

GRÁFICO Nº 13

Opiniones del personal de salud sobre las condiciones que cambiaría en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Azuay 2009



Fuente: Grupo focal con el personal de salud en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig.

Elaborado por: Los autores

- **Coordinación con otros sectores para mejorar la capacidad de respuesta a los problemas que presentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.**

La coordinación de los hospitales varía de acuerdo con el tipo de necesidad planteada por las usuarias. Se refirió que se cuenta con apoyo de la institución Izquieta Pérez para realización de pruebas de VIH, también se cuenta con un comité de usuarias para incentivar a que las madres acudan al hospital para dar a luz y ser atendidas, también existe relación con el ministerio de salud pública con el apoyo de los recursos necesarios para el hospital y por ultimo con el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso para transferencias de pacientes.

No que yo sepa no hay ninguna coordinación con agentes comunitarios las pacientes vienen por si solas, tampoco hay coordinación con instituciones.

No lo único que se es que hay este equipo de EBAS que salen a las comunidades, hay un comité de usuarias pero no sé hasta que punto intervienen.

Existe coordinación con la Izquieta Pérez para realización de pruebas de VIH, y con el Hospital Vicente Corral Moscoso, para realizar transferencias de complicaciones obstétricas.

VIII. CONCLUSIONES

1. El estudio se realizó en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig perteneciente al MSP. Tiene una cobertura de 27000 habitantes. Atiende las 24 horas durante los 7 días a la semana. rayos X y farmacia atienden entre 8 horas diarias, durante 6 días a la semana de domingo y los servicios de laboratorio atienden 8 horas diarias durante 7 días a la semana.

2. Cuenta con los servicios de emergencia, admisión, labor de parto, quirófano, hospitalización, farmacia, laboratorio, rayos X y reanimación al recién nacido. Mientras que no dispone de cuidados intensivos.

3. El sistema de referencia se realiza al HVCM, mientras que la contra referencia no funciona.

4. Las poblaciones que con mayor frecuencia que demandan cuidados obstétricos de emergencia están entre 6 y 25 km de distancia de esta unidad de salud. La distancia a la unidad influye muchas veces en la atención a las pacientes.

5. El hospital brinda COE incompleto, debido a que no realizan el parto asistido o instrumental, ni transfusiones sanguíneas y tampoco la administración de anticonvulsivantes.

6. El área de sala de partos tiene una infraestructura mas completa con el 92%, seguido del área de hospitalización con 83%, luego la sala de emergencia con 73% y finalmente la sala de operaciones es la más incompleta con un 68%.

7. Los recursos materiales tales como mobiliario en emergencia, mobiliario en hospitalización de gineco obstetricia, mobiliario de sala de partos, mobiliario en sala de operaciones, equipo básico en todos los niveles, materiales de reposición periódica, equipo de anestesia, equipo para cesárea y laparotomía, equipo para parto, maleta de ropa quirúrgica, equipo de legrado, equipo de resucitación neonatal y lencería están incompletas en esta unidad de salud estudiada en relación con el estándar formulario No 4 Ecuador, MSP OPS.

8. Los recursos para resucitación neonatal se encuentra completo en la sala de operaciones, así como el equipo de sutura perianal, vaginal, cervical se encuentra completo en la sala de partos y de operaciones.

9. En la unidad estudiada se evidencio la falta del servicio para la realización de AMEU

10. La carencia de recursos materiales repercute negativamente en la calidad de la atención, pues a pesar de que podría existir el suficiente número de personal y un buen sistema de competencias no fuera posible cumplir con las funciones a cabalidad.

11. El laboratorio clínico cuenta con un 89 % de las aéreas y un 46 % de las equipos en relación al estándar.

12. Esta unidad de Salud del MSP no dispone de Banco de Sangre el mismo que se encuentra en etapa de construcción.

13. En cuanto a los medicamentos utilizados para el tratamiento de las emergencias obstétricas presentes en el area de Farmacia y Bodega del Hospital del Sigsig, los de mayor disponibilidad son esteroides (100%), desinfectantes (72%), anticonvulsivos (67%), analgésicos y anestésicos (67%), anticonceptivos 83%, en contraste con los de menor disponibilidad oxitócicos 83% y tocolíticos 71%

14. Dentro de los medicamentos utilizados en el COE y teniendo en cuenta como referencia los metaanálisis y las investigaciones clínicas aleatorias ICA, tenemos en el área de Emergencia tiene una disponibilidad del 86 %, sala de operaciones de un 79 %, sala de parto de 36% y sala de hospitalización con un 50 % de disponibilidad con respecto a medicamentos.

15. Existen deficiencias en el abastecimiento de medicamentos inyectables importantes en el hospital tales como: ampicilina inyectable la cual al momento

de la investigación constaba en el registro de medicamentos por llegar, hydralacina, pethidine y

16. salbutamol, que no constaban en registros de medicamentos existentes.

17. El personal de salud que atiende directamente a la madre y al neonato durante el periodo del parto normal en la unidad son: Gineco – Obstetra, Pediatra, Médico General, Enfermera General, Auxiliar de Enfermería, Médico Residente, Médico Rural.

18. Es importante además dar a conocer la disponibilidad del personal de salud en el hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, tomando en cuenta básicamente el servicio de COE. Únicamente de Domingo a Viernes, por el día se encuentra un profesional de salud capaz de realizar partos normales, COE básicos, realizar cuidados de emergencia al recién nacido, tener acceso y estar relacionado con los medicamentos para COE. En tanto que de Lunes a Domingo tanto por el día como

por la noche se encuentran los médicos rurales y residentes.

19. El personal médico ha sido capacitado en un 22% en todos los temas, aunque presenta un

comportamiento diferente. Se observa en la tabla 47 que los porcentajes más altos de capacitación en temas relacionados con la emergencia obstétrica y neonatal, presentan, en orden descendente los rurales, anestesiólogos, ginecólogos y por último pediatras y residentes, los mismos que no han recibido ningún tipo de capacitación por parte del hospital.

20. El 0% de los pediatras han recibido preparación en resucitación neonatal, o cursos por parte del hospital, los demás temas compete menos a su especialidad.

21. Entre los médicos Gineco – Obstetras el único tema abordado por parte del hospital es el de atonía/hipotonía uterina, el resto de temas los médicos refieren nunca haber recibido charlas por parte del

hospital y que los conocimientos que disponen lo son de sus estudios de postgrado. Los médicos rurales han recibido capacitación por parte de los doctores devengantes, siendo los temas tratados: retención placentaria, atonía/hipotonía uterina, parto obstruido, rotura uterina, Hipertensión inducida por el embarazo

y resucitación neonatal, los mismos que han sido tratados con el 75%; mientras que los temas tales como aborto, desprendimiento prematuro de placenta normoincerta, placenta previa, sepsis corresponde al 50% de capacitación. Por último correspondiente al 25% de capacitación son los temas como embarazo ectópico, mola hidatiforme y acretismo placentario.

22. Dentro del personal médico que mas ha participado en actividades de capacitación corresponde al médico rural. El tema en el mayor porcentaje de capacitación fue retención placentaria, atonía uterina, parto obstruido, parto prolongado, rotura de útero, hipertensión inducida. El tema de menor capacitación fue el acretismo y la mola hidatiforme. El personal de enfermería fue el que

menos capacitación recibió sobre estos temas, principalmente las auxiliares de enfermería a pesar que estas son las que mayor contacto tienen con pacientes y recién nacidos

23. Los registros que no dispone el Hospital de Sígsig son de morgue, sistema informático perinatal, sistema de referencia y contra referencia y control de puerperio

24. Dentro de los registros incompletos tenemos abortos, morgue, sistema informático perinatal, referencia y contra referencia. Los registros completos tenemos admisión general, partos, sala de obstetricia, emergencia, sala de operaciones, ginecología, historia clínica, egresos, muerte materna.

25. En neonatología los registros estuvieron totalmente disponibles, accesibles, conservados, actualizados y completos.

26. La mortalidad materna en el Cantón Sígsig es de 0% entre julio 2007 y junio 2008, estos datos fueron obtenidos del registro civil del Cantón Sígsig y del departamento de estadística del hospital. Las complicaciones que en orden de frecuencia se presentó durante el período de julio 2007 a junio del 2008 fueron: parto prolongado 41%, otras

complicaciones 37%, aborto espontáneo 15%, hemorragias ante y post parto 4%, hipertensión inducida por el embarazo 2%, parto obstruido 1%.

27. Entre julio del 2007 y junio del 2008 se registraron un total de 201 nacidos vivos de los cuales el 0% fallecen y el 18% sufren algún tipo de patología. En base en la información brindada por el personal de estadística de la unidad seleccionada mediante los libros de registro, se pudo establecer que las primeras causas de morbilidad son: Otras patologías (89%) como riesgo de sepsis, bronconeumonía, onfalitis e ictericia neonatal; seguida de sepsis (11%).

28. Las mujeres consideran como peligro: antiparasitarios, atención por comadrona, sangrado

vaginal, alcohol, alimentación deficiente e inadecuada, infecciones del tracto urinario, relaciones sexuales

29. Las mujeres consideran como peligro: antiparasitarios, atención por comadrona, sangrado vaginal, alcohol, alimentación deficiente e inadecuada, infecciones del tracto urinario, relaciones sexuales.

30. Acerca de los conocimientos que tienen los médicos sobre la información estadística del hospital, refieren que no conocen ningún tipo de dato estadístico acerca del tema. Entre los factores de riesgo que presentan las mujeres para las complicaciones obstétricas: Falta de control prenatal, mujer de edad avanzada, multiparidad, falta de servicios las 24h, infecciones. Entre las complicaciones posibles nos comentan: retención placentaria, atonía uterina, desagarro, distocias, desprendimiento prematuro de placenta normoincerta, hipertensión inducida por el embarazo y rotura prematura de membranas

31. En promedio la unidad seleccionada dispone del 72% de personal y recursos materiales necesarios para la atención neonatal, de acuerdo con el estándar. El mayor déficit se presenta en el personal de enfermería y personal médico con un 80%.

32. Los cuidados que se cumplen de mejor manera son aquellos relacionados con la prevención de retinopatía, neuro desarrollo, monitorización clínica y

en la lactancia; aquellas que se cumple medianamente son infectológico, técnica de aspiración, cuidado de la piel y cuidado centrado en la familia; aquellos cuidados que se cumplen con serias dificultades son respiratorios y termorregulación; por último, el hospital no dispone de cuidado del dolor.

IX. DISCUSIÓN

La Organización Panamericana de la salud (OPS) promueve un enfoque más centrado en intervenciones costo-efectivas, como la provisión de cuidados obstétricos de emergencia, la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad.

La OMS ha determinado los componentes clave de la atención obstétrica esencial (1)

El Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig Área de Salud Nº 8, del total de médicos del hospital, 16 médicos, 13 de ellos (81%) son médicos vinculados con el cuidado obstétrico de emergencia (COE). Todo el personal de enfermería está vinculado al COE pero no cumple únicamente estas funciones, sino rotan por las distintas áreas tales como pediatría, clínica y quirófano. También se pudo observar, que de igual manera que el estudio realizado

en la provincia del guayas, los especialistas Gineco-obstetras tienen una menor asignación en cuanto a las actividades del servicio del COE, con un 9%, superándolos los Médicos Rurales con un 13%, y el personal de enfermería con un 35%, podemos observar que similar comportamiento se encontró en las anteriores investigaciones realizadas en la provincias del Azuay y Guayas.

En lo que respecta a la capacitación del personal podemos confirmar que el personal que más ha recibido capacitación no son precisamente los Gineco-obstetras y pediatras, más

bien la mayor capacitación se encuentra en los médicos rurales, anestesiología, cabe recalcar que esto se debe a que el Hospital San Sebastián de Sígsig por medio de un convenio con el HVCM, permite que el Dr. Milton Mora (anestesiólogo de planta del Hospital San Sebastián de Sígsig) realice practicas y capacitación en el HVCM 4 horas a la semana. Los médicos rurales han recibido capacitación por parte de los doctores devengantes, siendo los temas tratados: retención placentaria, atonía/hipotonía uterina, parto obstruido, rotura uterina, Hipertensión inducida por le embarazo y resucitación neonatal.

Los porcentajes de partos naturales y cesáreas de las instituciones pertenecientes al ministerio de salud pública corresponden al 86,7% y al 13,3% respectivamente de acuerdo con los datos proporcionados en el último censo por el INEC en el año 2006, en contraste con los resultados obtenidos en nuestro estudio, ya que los porcentajes de partos naturales y cesáreas son del 69% y 31% respectivamente. Si tomamos en cuenta que el porcentaje global de cesáreas aceptable para un hospital que brinda COE es de un 5-15%, nos indica que en la unidad de salud

estudiada se están realizando un número excesivo de cesáreas.

En cuanto a las principales causas de morbilidad materna de acuerdo con la investigación realizada en las unidades de salud de la provincia del Guayas y Azuay, y los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos observar que las principales patologías siguen siendo: parto prologando, otras complicaciones, aborto espontáneo, hemorragia, hipertensión inducida por el embarazo.

El sistema de vigilancia epidemiológica del MSP señaló que el mayor porcentaje de muertes maternas se relacionan principalmente con la unidad de salud en un 82%, seguida

de la segunda demora en un 8% y por último el 5% corresponde a la demora ocurrida en el hogar y la comunidad. El Azuay se señala como la quinta provincia en la cual predominan las muertes por la demora ocurrida en el hospital, lo cual está de acuerdo con lo investigado ya que el principal riesgo que presentan las mujeres gestantes en el cantón Paute que sufren alguna complicación es la falta de atención durante las 24 horas por médicos especialistas, laboratorio y Radiología, razón por la que las

complicaciones obstétricas tienen que ser referidas a otra unidad de salud, en segundo lugar se encuentra la segunda demora por la imposibilidad para movilizarse. En concordancia con lo encontrado en un estudio en Tanzania en el 2004 que sostiene que la dificultad para recibir una atención cuando sea necesaria, no es ni la ignorancia de la madre, ni la dificultad para llegar a la institución de salud, sino más bien la falta de atención de calidad en la institución.(Tanzania bibliografía)

En nuestro estudio se observó que las principales causas de morbilidad neonatal entre julio 2007 y junio 2008 fueron displasia broncopulmonares (2,4%), y casos correspondientes a otras patologías (97,6%) como:

hiperbilirrubinemias por incompatibilidad Rh y ABO. En nuestro estudio no se encontró ninguna de las 5 principales causas de morbilidad neonatal (membrana hialina, sepsis, inmadurez pulmonar, síndrome de aspiración meconial y distrés respiratorio) que fueron descritas en el estudio realizado en la provincia del guayas. Además no se encontraron patologías como retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal que fue presentado en la investigación

de la provincia del Azuay. Es importante anotar que el hospital cantonal de paute no cuenta con un sistema de registro de neonatología, situación que se constituye en una limitante al momento de la recolección de los datos, ya que este grupo de pacientes están catalogados dentro del servicio de pediatría.

X. FUENTE BIBLIOGRÁFICA

1. CONSTITUCION DEL ECUADOR 2008. Programa Nacional de Educación para la Democracia. Págs 21,73-74

2. MPS/CONASA. Plan de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal. 2008. En: http://www.conasa.gov.ec

3. INEC. Principales causas de mortalidad materna. Ecuador. 2007. En http://inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def

4. 14. ILUSTRE MUNICIPALIDAD DEL SIGSIG. **Fundación política.** 2008. Página web disponible en: http://www.sigsig.gov.ec/sigsig.aspx?id=2

5. WHO/UNICEF/UNFPA. Maternal mortality in 2005. OMS 2007. En: http:www.who.int/making_pregnacy_safer/topic/maternal_mortality/es

6. CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHST. LA salud reproductiva y los derechos reproductivos.2006. En: http://www.crlp.org

7. INEC. Población total y tasas brutas de natalidad, mortalidad general, mortalidad, infantil y materna, según regiones y provincias de residencia habitual. 2007. En: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def

8. MSP/CONASA. Plan de acción, política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. 2006-2008. http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/política_salud.pdf

9. OPS/MSP. Evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de emergencia. Guayaquil-Ecuador. 2007

10. OPS/OMS. La renovación de la Atención Primaria en Salud en la Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Washington, DC.2007. En: www.paho.org/spanish/ad/ths/os/aps-documentoposición 19-07'05.pdf

11. PINEDA, E. et al. Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda edición. OPS.1994.Págs: 205-214

12. BORREL. R. et al. La formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria en Salud. OPS-OMS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Washington

D.C.2007. En: http://www.lachealthsys.org/index.php?option:com:docman&task=doc:download& gid?495& Itemid

13. WERNER, D. et al. Cuestionando la Solución. Health Wrights. Feb 2000. Capítulo 1-5. En: http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/inicio.htm

14. VENTURA. G. et al. Remediar y los programas para el tratamiento de los pacientes crónicos. Ministerio de salud Argentino. Ags/Sep. 2004, vol. 4, no 13 p1-28. En: http://www.bvs.com.ar

15. MACHINEA. J. et al. Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Biblioteca Virtual de Salud Junio. 2005.En: http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/21541/P21541.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl

16. ONU. Erradicar la pobreza, objetivos de desarrollo del milenio 2015. 2008 En:

http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml

17. ONU. "Uso de los indicadores de proceso de la ONU para los cuidados obstétricos de emergencia (COE)" New York. Mayo 2003. En: http://www.amdd.hs.columbia.edu/

18. FNAUP/UNICEF/OMS. Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos. Segunda Edición. New York. EE.UU. 1997. En: http://www.amdd.hs.columbia.edu/docs/SapanishUNICEFGuidelines.pdf

19. ARISTIZABAL , J. et al. Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto? Rev Comomb Obstet Ginecol. 2005, vol. 56, n.2 ISSN 0034-7434. En: www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n2/v56n2a08.pdf

20. SANCHEZ, R. Proyecto atención emergencias obstétricas, (FEMME-CARE). Perú 2005. En: http://www.aspeed.com.pe

21. ENGENDER HEALTH Y MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, COLUMBIA UNIVERSITY. Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencia. Libro de herramientas.2005.En: http://www.engederhealth.org

22. ORTIZ, J. et al. Evaluación de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia en la provincia de Azuay-Ecuador. Revista Volumen 28. Abril 2009. Pág. 19

23. HERRERA, M. MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO. Rev. Chil. Obstet. Gíneco. 2003, vol. 68, no. 6. P. 536-543. 2008. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S071775262003000600015&lng=esnrm=iso>.ISSN0717-7526

24. PREGNANCY INFO. Hemorragia postparto. 2009. En: http://espanol.pregnancy-info.net/hemorragias_postparto

25. FORD, J et al. Postpartum haemorrhage occurrence and recurrence: a population-base study The Medical

Journal of Australia. En: http://www.mja.com.au/public/issues/187_07_011007/for10182:fm.html

26. SUBTIL, A. et al. Postpartum hemorrhage: frequency, consequences in terms of health status, and risk factors before delivery. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproducción. Vol. 33, N° SUP8. Diciembre 2004. Págs: 9-10

27. MOLINA,X. et al. "Normas en obstetricia". Julio 2008. Pág.197.

28. NAPOLES, D. et al Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto. Hospital Ginecoobstétrico Sur "Mariana Grajales Coello" MESISAN 2007. En: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san14307.htm

29. MSP. Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva. 1999

30. OMS. Arriesgarse a morir para dar vida. 2005. En: http://www.who.int/whr/2005/chapter4/es/index1.html

31. BELMAR, J. et al. "Rotura uterina en pacientes sin cicatriz uterina" Rev chil. Obstet. Ginecol. 2002, vol. 67, no. 3, p. 180-183. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262002000300002&script=sci_arttext&tlng=en

32. MAHARA, D. Puerperal pirexia: a review. Part I. Pubmed 2007. En: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17511893?ordinalpos=52&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.PubmedDefaultRportPanel.Pubmed_RVDocSum

33. ESCHENBACH, DA. Puerperal infections. Pubmed 1980. En: http://www.nebi.nlm.nih.gov/pubmed/7004691?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&logs$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed

34. MCCOY, S. Pharmacotherapeutic options for the treatment of preeclampsia. Pebmed 2009. En:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19202042?ordinalpos=3&itool=Entrez System2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPAnel.Pubmed_RVDocSUm

35. BOTERO, J. et al. Obstetricia y Ginecología. Séptima edición. Colombia. Cib. 2004. Págs: 127-156; 156-165

36. HAJENIUS, PJ. Et al. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico. Cochrane Review. In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2008. Oxford. En: http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=Intervenciones%20and%20para%20and%20el%20and%20embarazo%20and%20ect%F3pico%20and%20tub%#lang?pt

37. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care. Pubmed 2009. En: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19155922?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPAnel.Pubmed_DefaultReportPAnel.Pubmed_RVDocSum

38. ABUDU, O. et al. Cefoxitin: single agent treatment of septic abortion. Pubmed 1986. En: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3020951?ordinalpos=9&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPAnel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

39. BRIOZZO, L. El aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos-epidemiológicos, Médico legales, jurídicos y bioéticos. Montevideo 2002. En: http://www.enelembarazo.com/artículos/articulo.shtml?id=dhFYKSB092eRC2OUBgWVQ¡¡RWBSivJ

40. IBAÑEZ, C. Enfermedades nosocomiales (intrahospitalarias): Factores que influyen en su aparición. 2008. EN: http://weblogs.madrimasd.org/salud_publica/archive/2008/03/11/86374.aspx

41. UNIVERSITY OF VIRGINIA HEALTH SYSTEM. La Retinopatía del Prematuro. 2006. En: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_eye_sp/rpm.efm

42. GOYENECHEA,F. Hemorragia Intraventricular (HVI). Hospital Pediátrico Docente "Juan M. Márquez" Cuba. En: http://neuroc99.sld.cu/text/hemorragiavent.htm

43. MURRAY, J. et al. Textbook of Respiratory Medicine. Philadelphia. 2000. En: http://www.healthbasis.com/Spanish%%20Health%20Illustrated%20Encyclopedia/5/001088.htm

44. SANCHEZ, I. Displasia Broncopulmonar. Complicaciones y tratamiento durante los primeros años de vida. Revista chilena de pediatría. 2002. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062002000500013&script=sci_arttext

45. LAUGHON, M. et al. A pilot randomized, controlled trial of later treatment with a peptide-containing, synthetic surfactant for the prevention of bronchopulmonary dysplasia. University of North Carolina. USA. Pubmed. Jan 2009. En:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19117865?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPAnel.Pubmed_DefaultReportPAnel.Pubmed_RVDocSum

46. CONAMU/UNFPA/UNIFEME/FLACSO. Mujeres ecuatorianas entre la crisis y las oportunidades, Mercedes prieto. Quito. 2004. En: http://books.Google.com.ec/books?id=JnbpAnxoENcC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=Mujeres+ecuatorianas+entre+la+crisis+y+las+oportunidades,+mercedes+prieto,+CONAMU,+UNFPA,+UNIFEM,+FLACSO,+2004.&source=bl&ots=M2QqMOrjWP&sig=MJEJGs4mTcU8ZOaVvrSga6aPK10&hl=es&ei=MQ9eStfTNOTcmQfr1pl7&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2

47. OPS/MSP.XXV Reunion de ministros de Salud. En: http://www.msp.gub.uv/ucmersosurs_2495_1html

48. CONAMU. La nueva constitución y las implicaciones en los derechos de las mujeres. En: http://www.conamu.gov.ec/CONAMU/portal/main.do;jses

sionid=4FB92419F1ACB4A7EE37ADF4FAC1486?sectio

nCode

XI. ANEXOS

ANEXO Nº1

MAPA DEL CANTON SIGSIG

Fuente: Ilustre Municipalidad del Sígsig

ANEXO Nº2

VARIABI	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
CONE	Cuidados Obstétricc y Neonatales de Emergencia	Cuidados Obstétricos de Emergencia Cuidados Neonatales de Emergencia	Funciones qu se desarrolla	Completo Incompleto
INFRAESTRUC URA	Locales de los hospitales en donde el personal c salud brinda cuidados obstétricos y neonatales de	Emergencia Hospitalización Quirófanos Laboratorios Farmacia Banco de Sangre Bodega	Estado en el que se encuentran lc locales	Disponible: si, r Funcional: si, n

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA
JOSÉ GUERRERO

	emergencia y se ubican los recursos materiales			
DOCUMENTAC N ESTADÍSTIC	Características de cada uno de los registros estadísticos de las unidades de salud. Información estadística de la atención brindada	Registros en papel de: • Admisiones • Morbilidad • Mortalidad Sistema Informático Perinatal	Estado en el que se encuentran lo registros	Disponible: si, r Funcional: si, n Accesible: si, n
EQUIPAMIENT	Conjunto de instalaciones y	Equipo de ropa quirúrgica Equipo básico para todos	Presencia de equipo	Cantidad disponible

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA
JOSÉ GUERRERO

	equipos necesarios para los cuidados obstétrico y neonatales de emergencia hospitalaria.	niveles Material de reposición periódica Equipos para partos disponibles Equipos de sutura perinea cervical y vaginal Equipo para cesárea y laparotomía Equipo para resucitación neonatal Equipamiento básico para legrado Equipo para anestesia		Completo, incompleto Funcional: si, n

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA
JOSÉ GUERRERO

MOBILIARIO	Conjunto de mueble que sirven para facilitar los usos y actividades habituales en los cuidados obstétricos y neonatales hospitalarios.	Gabinetes Sillas Porta expedientes Relojes Teléfonos Basureros Camas Gradillas Biombos Sillas de ruedas Camilla ginecológica Lámpara ginecológica	Presencia de los muebles	Cantidad disponible: 0 a 9999 Funcional: si, n
VESTUARIO	Es el conjunto de	Sabanas	Presencia de	Cantidad

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA
JOSÉ GUERRERO

	trajes, complementos, calzados, etc., que utiliza el personal de salud y los paciente para la atención obstétrica y neonat	Toallas Cobijas Camisones o batas para pacientes	vestuario	disponible: 0 a 9999 Funcional: si, n
MEDICAMENTO	Fármaco, principio activo o conjunto de ellos, destinado para su utilización la	Lugar de almacenamiento Tipo de fármacos • Antibióticos • Desinfectantes • Esteroides • Medicamentos usado	Disponibilida de Fármacos	1. Farmacia: 1.1.- cantidad disponible: 0 a 9999; 1.2.- fecha de

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA
JOSÉ GUERRERO

	atención obstétrica neonatal de emergencia.	en reanimación • Líquidos • Anticonvulsivantes • Antihipertensivos • Oxitóxicos • Anestésicos/analgésicos • Tocolíticos Anticonceptivos Otros		vencimiento 2. Bodega: 2.1. cantidad disponible: 0 a 9999; 2.2.- fecha de vencimiento 3. Fuentes de abastecimiento 3.1.- MSP 3.2.- donación 3.3.- compra
CONDICIONES	Señales de peligro	Individual	Percepción d	Presente

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA
JOSÉ GUERRERO

DE RIESGO	para la salud y vida de la madre el neonato, que requiere de la toma de decisiones para ayuda.	Familiar Comunitario	los signos de peligro	Ausente
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD	Grado en el que las mujeres pueden utilizar los servicios de salud para los cuidados obstétricos y	Utilización del servicio	Atención	Es atendida en servicio: Si, no

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA
JOSÉ GUERRERO

	neonatales.			
CALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL DE EMERGENCIA	Características de l condiciones para la atención obstétrica y neonatal de emergencia y el grado de satisfacci por la atención brindada y recibida.	Técnica Perceptiva	Calidad técni Percepción d las Usuarias	Adecuada Inadecuada

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA
JOSÉ GUERRERO

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA
JOSÉ GUERRERO

ANEXO Nº 3

TABLA N° 19

Número y cargo de los informantes para la caracterización del establecimiento de salud del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Cargos de los informantes	N°
Directores	1
Recursos humanos	1
Personal de estadística	3
Administradores	1
Médicos especialistas	8
Médicos rurales	6
Médicos residentes	3
Auxiliares de enfermería	11
Enfermeras	6
Tecnólogos médicos	2
Total	**42**

Fuente: Formulario N°

Elaborado por: los autores

TABLA N° 20

Población asignada al Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008

COMUNIDAD	POBLACION	
	N°	%
Sigsig	8000	30
Otros cantones	19000	70
Total	27000	100

Fuente: Formulario N°

Elaborado por: Los autores

Tabla Nº 21

Personal de salud por especialidad disponible dentro del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Personal de salud por especialidad	Nº	%
Gineco- obstetra	3	8
Pediatra	2	6
Médico general	1	3
Enfermera general	6	17
Auxiliar de enfermería	11	31
Médico residente	2	6
Médico rural	6	17
Anestesiólogo	2	6
Laboratorista	2	6
TOTAL	35	100

Fuente: Formulario Nº 7

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 22

Partos y Cesáreas atendidos en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

PARTOS	Nº	%
Vaginales	134	69
Cesáreas primera	43	22
Cesáreas iterativas	17	9
TOTAL de patos y cesáreas	194	100

Fuente: Formulario 3

Elaborada por: Los autores

TABLA N° 23

Distribución de nacidos vivos, neonatos con morbilidad y mortalidad fallecidos atendidos en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

MES	NACIDOS VIVOS		FALLECIDOS		MORBILIDAD	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
jul-07	21	10,44	0	0	0	0
ago-07	17	8,45	0	0	8	22,22
sep-07	14	6,96	0	0	1	2,78
oct-07	24	11,94	0	0	6	16,67
nov-07	18	8,95	0	0	4	11,11
dic-07	9	4,47	0	0	2	5,56
ene-08	17	8,45	0	0	1	2,78
feb-08	12	5,97	0	0	4	11,11
mar-08	21	10,44	0	0	4	11,11
abr-08	11	5,47	0	0	2	5,56
may-08	24	11,94	0	0	2	5,56
jun-08	13	6,46	0	0	2	5,56
TOTAL	201	100	0	0	36	100

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

Fuente: Formulario 10.

Elaborado por: los autores

ANEXO Nº 4

TABLA N° 24

Morbilidad neonatal en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Provincia del Azuay 2008.

MES	OTRAS		SEPSIS	
	Nº	%	Nº	%
jul-07	0	0	0	0
ago-07	7	21,88	1	25
sep-07	1	3,12	0	0
oct-07	6	18,75	0	0
nov-07	3	9,38	1	25
dic-07	2	6,25	0	0
ene-08	1	3,12	0	0
feb-08	4	12,5	0	0
mar-08	3	9,38	1	25
abr-08	2	6,25	0	0
may-08	2	6,25	0	0
jun-08	1	3,12	1	25
TOTA	32	100	4	100

L				

Fuente: Formulario 10
Elaborado por: los autores

Tabla Nº 25

Cuidado preventivos para la infección adecuados brindados a los recién nacidos del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
INCOMPLETO	Se realiza	9	90	Unidades individuales de pacientes
	No se realiza	1	10	
	Total	10	100	

Fuente: Formulario 10

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 26

Cuidado de termorregulación adecuados brindados a los recién nacidos del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
INCOMPLETO	Se realiza	2	40	Sábanas plásticas Humidificación en prematuros extremos Control de temperatura ambiental en la UCIN
	No se realiza	3	60	
	Total	5	100	

Fuente: Formulario 10

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 27

Cuidado de piel adecuados brindados a los recién nacidos del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig 2009.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
INCOMPLETO	Se realiza	4	67	Uso de parches de hidrocoloide Baño
	No se realiza	2	33	
	Total	6	100	

Fuente: Formulario 10

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 28

Cuidados respiratorios adecuados brindados a los recién nacidos del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
INCOMPLETO	Se realiza	4	44	Uso de blender Uso de analizador de FiO2 Uso de cánula nasal Protección de tabique nasal Cuidado de la vía aérea: extubaciones accidentales
	No se realiza	5	56	
	Total	9	100	

Fuente: Formulario 10

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 29

Cuidados en técnicas de aspiración adecuados brindados a los recién nacidos del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
INCOMPLETO	Se realiza	5	83	Presión negativa controlada
	No se realiza	1	17	
	Total	6	100	

Fuente: Formulario 10

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 30

Cuidados en prevención de retinopatía del prematuro en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
COMPLETO	Se realiza	2	100	
	No se realiza	0	0	
	Total	2	100	

Fuente: Formulario 10
Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 31

Cuidados en factor de neurodesarrollo adecuados brindados a los recién nacidos en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
COMPLETO	Se realiza	4	100	
	No se realiza	0	0	
	Total	4	100	

Fuente: Formulario 10

Elaborada por: Los autores.

Tabla Nº 32

Cuidados en dolor adecuados brindados a los recién nacidos en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
INCOMPLETO	Se realiza	0	0	Utilización de sistema de valoración objetivo
	No se realiz	1	100	
	Total	1	100	

Fuente: Formulario 10

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 33

Cuidados de monitorización clínica adecuados brindados a los recién nacidos en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
COMPLETO	Se realiza	5	100	
	No se realiza	0	0	
	Total	5	100	

Fuente: Formulario 10

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 34

Cuidados de lactancia adecuados brindados a los recién nacidos en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
COMPLETO	Se realiza	3	100	
	No se realiza	0	0	
	Total	3	100	

Fuente: Formulario 10

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 35

Cuidado centrado en la familia adecuados brindados a los recién nacidos en el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Estado	Instrumentos	Nº	%	Componentes que faltan
INCOMPLETO	Se realiza	2	67	Participación de los padres en los cuidados
	No se realiza	1	33	
	Total	3	100	

Fuente: Formulario 10

Elaborada por: Los autores

ANEXO Nº 5

Tabla Nº 36

Disponibilidad de infraestructura de sala de emergencia del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Infraestructura	No	%	Áreas/servicios que faltan
Incompleto	Disponible	19	73	Área de clasificación de pacientes Área de atención al paciente crítico Lavamanos sala de espera Lavabo para material e instrumental Lavamanos en área de atención al paciente crítico
	No disponible	5	27	
Total		26	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de Emergencia

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 37

Disponibilidad de infraestructura de hospitalización de gineco obstetricia del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Infraestructura	Nº	%	Áreas/servicios que faltan
Incompleto	Disponible	15	83	Área de preparación con baño para recién nacidos Lavabo para material e instrumental (área de preparación) Lavamanos (área de preparación)
	No disponible	3	17	
Total		18	100	

Fuente: Formulario 4 Hospitalización de Gineco Obstetricia

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 38

Disponibilidad de infraestructura de sala de partos del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Infraestructura	Nº	%	Áreas/servicios que faltan
Incompleto	Disponible	12	92	Aire acondicionado
	No disponible	1	8	
Total		13	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de Partos

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 39

Disponibilidad de infraestructura de sala de operaciones del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig. Provincia del Azuay 2008- 2009.

ESTADO	Infraestructura	Nº	%	Áreas/servicios que faltan
Incompleto	Disponible	13	68	Área de descanso para médicos Área de descanso para personal paramédico Estación de enfermería Área de transferencia de camillas Área de botica Aire acondicionado
	No disponible	6	32	
Total		19	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de operaciones

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 40

Disponibilidad de infraestructura de laboratorio clínico del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Infraestructura	Nº	%	Áreas/servicios que faltan
Incompleto	Disponible	16	89	Área de recepción Aire acondicionado
	No Disponible	2	11	
Total		18	100	

Fuente: Formulario 5 Laboratorio y Banco de sangre

Elaborada por: Los autores

ANEXO Nº 6

Tabla Nº 41
Disponibilidad de equipo básico para todos los niveles del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Área	Equipo básico	Nº	%	Equipo faltante
Incompleto	Emergencia	Disponible	17	94	Estetoscopio de Pinard
		No disponible	1	6	
		Total	18	100	
Incompleto	Hospitalización Gineco-Obstetricia	Disponible	15	83	Pinza ylon tenáculo o tirabala (acero inoxidable) 2, 4 y 6 Pinza de Aro (acero inoxidable) Lámpara cuello de ganzo
		No disponible	3	17	
		Total	18	100	

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

Incompleto	**Sala de partos**	Disponible	14	82	Tensiómetro Estetoscopio Balanza de adultos
		No disponible	3	18	
		Total	17	100	
Incompleto	**Sala de operaciones**	Disponible	12	92	Estetoscopio de Pinard
		No disponible	1	8	
		Total	13	100	

Fuente: Formulario 4

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 42
Disponibilidad de material de reposición periódica para todos los niveles del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Área	Material	Nº	%	Material faltante
Incompleto	**Emergencia**	Disponible	10	59	Termómetro clínico rectal (escala Celsius) Cepillo quirúrgico (cerdas de Nylon) Mariposas Catgut crómico atraumático #1-0 Catgut crómico atraumático #3-0 Guantes quirúrgicos #7 Guantes quirúrgicos #8
		No disponible	7	41	
		Total	17	100	
Incompleto	**Hospitalización Gineco-Obstetricia**	Disponible	3	27	Termómetro clínico rectal (escala Celsius) Cepillo quirúrgico (cerdas de Nylon) Agujas Catlones Mariposas Guantes quirúrgicos #7 Guantes quirúrgicos #7 1/2 Guantes quirúrgicos #8
		No disponible	8	73	
		Total	11	100	
Incompleto	**Sala de partos**	Disponible	6	35	Termómetro clínico

					rectal (escala Celsius) Cepillo quirúrgico (cerdas de Nylon) Agujas Mariposas Catgut crómico atraumático #1-0 Catgut crómico atraumático #3-0 Vycril #1-0 Vycril #2-0 Vycril #3-0 Guantes uirúrgicos #7 Guantes quirúrgicos #8
		No disponible	11	65	
		Total	17	100	
Incompleto	**Sala de operaciones**	Disponible	21	95	Mariposa
		No disponible	1	5	
		Total	22	100	

Fuente: Formulario 4

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 43
Disponibilidad de equipo básico para anestesia del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Área	Equipo anestesia	Nº	%	Equipo faltante
Incompleto	**Sala de emergencia**	Disponible	8	73	Pinzas de intubación (Magill) Tubos endotraqueales conectores Aspirador a pedal
		No disponible	3	27	
		Total	11	100	
Incompleto	**Sala de partos**	Disponible	7	64	Catéter orofaríngeo Pinzas de intubación (Magill) Tubos endotraqueales conectores
		No disponible	4	36	

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

					Aspirador a pedal
		Total	11	100	
Incompleto	**Sala de operaciones**	Disponible	18	95	Óxido Nitroso
		No disponible	1	5	
		Total	19	100	

Fuente: Formulario 4

Elaborada por: Los autores.

Tabla Nº 44
Disponibilidad de equipo básico de cesárea y laparotomía en sala de operaciones del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Equipo para cesárea y laparotomía	Nº	%	Equipo faltante
Incompleto	Disponible	17	48	Pinzas de Allis de 6" (4) Pinza de disección con dientes 5½" (2) Pinza de disección sin dientes 5½" (2) Separador Deaver delgado 1½" (1) Separador Deaver ancho 3" (1) Separador Richardson grandes (2) Separador abdominal aotostático (3) Separador Deaver 2" (2) Separador maleable
	No disponible	16	52	

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

				1½" (2) Separador maleable 2" (2) Pinzas císticas finas (2) Pinzas císticas gruesas (2) Pinzas de Kocher mediana (4) Pinzas de Heaney (5) Pinzas de Pozzy (1) Valva de peso (1)
Total		33	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de operaciones

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 45

Disponibilidad de equipo de parto en sala de partos y sala de operaciones del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Equipo de parto	Nº	%	Equipo faltante
Incompleto	Disponible	8	89	Manilla de identificación
	No disponible	1	11	
Total		9	100	

Fuente: Formulario 4

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 46

Disponibilidad de maleta de ropa quirúrgica de la sala de operaciones del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Maleta de ropa quirúrgica	Nº	%	Equipo faltante
Incompleto	Disponible	13	93	Envoltura sencilla (1)
	No disponible	1	7	
Total		14	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de operaciones

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 47

Disponibilidad de maleta de parto del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Maleta de parto	Nº	%	Equipo faltante
Incompleto	Disponible	9	90	Sábanas grandes (2)
	No disponible	1	10	
Total		10	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de Parto
Elaborada por: Los autores.

Tabla Nº 48

Disponibilidad de equipo básico para legrado del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Área	Equipo básico para legrado	Nº	%	Equipo faltante
Incompleto	Sala de partos	Disponible	0	0	Espéculo vaginal Pinzas aro Tenáculo uterino o Pozzi Histerómetro Dilatadores uterinos Curetas o legras uterinas Valva de peso Sonda metálica Guantes Nº 7, 71/2 y 8 Pinza Kelly recta Pinza de restos o
		No disponible	12	100	

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

					huevo Cureta de Pinard
		Total	12	100	
Incompleto	**Sala de Operaciones**	Disponible	7	78	Valva de peso Sonda metálica
		No disponible	2	22	
		Total	9	100	

Fuente: Formulario 4

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 49

Disponibilidad de equipo de resucitación neonatal del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Área	Equipo	Nº	%	Equipo faltante
Incompleto	**Sala de partos**	Disponible	10	77	Tubo endotraqueal 3.5 (uno) Tubo endotraqueal 2.5 (uno) Trampa de LEE
		No disponible	3	23	
		Total	13	100	
Completo	**Sala de operaciones**	Disponible	13	100	
		No disponible	0	0	
		Total	13	100	

Fuente: Formulario 4

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 50

Disponibilidad de lencería en hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Lencería	Nº	%	Equipo faltante
Incompleto	Disponible	6	86	Cobija para bebé
	No disponible	1	14	
Total		7	100	

Fuente: Formulario 4 Hospitalización Gineco-obstetricia

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 51

Disponibilidad de equipos de sutura perineal/ vaginal/ cervical del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Área	Equipo	Nº	%	Equipo faltante
Incompleto	Sala de emergencia	Disponible	0	0	Bandeja o charol Pinza de aro Pinza cocher rectas Pinza hemostática Kelly Pinza de disección con dientes Pinza de disección anatómica Porta aguja Espéculo vaginal
		No disponible	14	100	

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

					Recipiente pequeño de acero Jeringa de 10cc Jeringa de 5cc Agujas hipodérmicas Campos dobles Campos medianos
		Total	14	100	
Completo	**Sala de partos**	Disponible	14	100	
		No disponible	0	0	
		Total	14	100	
Completo	**Sala de operaciones**	Disponible	14	100	
		No disponible	0	0	

		Total	14	100	

Fuente: Formulario 4
Elaborada por: Los autores
ANEXO Nº 7

TABLA Nº 52

Distribución de equipos laboratorio clínico del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Componentes	Estándar	Número	%
Infraestructura de laboratorio	18	16	88,89
Equipos y materiales	46	21	45,65
Materiales para diagnóstico de malaria	16	11	68,75
Microscopía	2	2	100
Contaje total y diferencial de leucocitos	11	9	81,82
Estimación de hemoglobina	2	0	0
Hematocrito y volumen fragmentado de eritrocitos	4	3	75
Total	**99**	**62**	**62,63**

Fuente: Formulario 5
Elaborado por: Los autores

Tabla Nº 53
Disponibilidad de equipos y materiales de laboratorio clínico del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Equipos y materiales	Nº	%	Material faltante
Incompleto	Disponible	21	46	Bulbo de 2" D 13/4 de 15ml Pipeta de 53/4" Pipeta Pasteur de 53/4" Rango de pipetas 1-5ul Puntas de pipetas de 0.5- 250ul Pipetas de 250ml Botellas lavables rojas Silla con brazos Termómetro para freezer Termómetro para refrigeradora
	No disponible	25	54	

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

				Baño circulatorio Cero fuga Rotor de cerofuga Lector de hematocrito Marcadores indelebles Albúmina bovina al 22% Antihumano Células A Células B Células control de Coombs Prueba para Hepatitis B Prueba para Hepatitis C Prueba para Toxoplasma Prueba para Chagas Cloruro de sodio al 0.9%
Total		4	10	

		6	0	

Fuente: Formulario 5 Laboratorio y Banco de sangre
Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 54

Disponibilidad para extendido de sangre periférica para el diagnóstico de malaria (gota gruesa) del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Extendido de sangre periférica para el diagnóstico de malaria	Nº	%	Material faltante
Incompleto	Disponible	11	69	Reactivos para anticuerpos para malaria Reactivos para anticuerpos para dengue Escurridor de láminas Frasco de solución amortiguadora Frasco de coplin de 250ml
	No Disponible	5	31	
Total		16	100	

Fuente: Formulario 5 Laboratorio y Banco de sangre

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 55

Disponibilidad para contaje total y diferencial de leucocitos del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Contaje total y diferencial de leucocitos	Nº	%	Material faltante
Incompleto	Disponible	10	91	Contador láser automático de hematología
	No Disponible	1	9	
Total		11	100	

Fuente: Formulario Nº5 Laboratorio y Banco de sangre

Elaborado por: Los Autores

Tabla Nº 56

Disponibilidad para la estimación de hemoglobina del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Estimación de hemoglobina	Nº	%	Material faltante
Incompleto	Disponible	0	0	Hemoglobinómetro Solución ácida clorhídrica
	No Disponible	2	100	
Total		2	100	

Fuente: Formulario Nº5 Laboratorio y Banco de sangre

Elaborado por: Los Autores

ANEXO Nº 8

Tabla Nº 57
Disponibilidad de mobiliario de la sala de emergencia del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Mobiliario	No	%	Mobiliario faltante
Incompleto	Disponible	17	65	Reloj de pared Velador (área de observación) Mampara o biombo (área de observación) Escritorio (área de clasificación) 2 Sillas (área de clasificación) Basurero con tapa (área de clasificación) Camillas (área de paciente crítico) Sillas (área de paciente crítico) Basurero con tapa (área de paciente crítico)
	No disponible	9	35	
Total		26	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de Emergencia

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 58
Disponibilidad de mobiliario de hospitalización de gineco obstetricia del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Mobiliario	Nº	%	Mobiliario faltante
Incompleto	Disponible	11	55	Carro o coche de curaciones (con gavetas) Sillas (área de internamiento) Biombos (área de internamiento)
	No disponible	9	45	Camilla ginecológica (área de preparación) Banco giratorio (área de preparación) Lámpara cuello de ganso (área de preparación) Mesa mayo (área de preparación) Anaquel o estante (área de preparación) Balde de acero(área de preparación)
Total		20	100	

Fuente: Formulario 4 Hospitalización de Gineco Obstetricia

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 59

Disponibilidad de mobiliario de sala de partos del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Mobiliario	Nº	%	Mobiliario faltante
Incompleto	Disponible	16	94	Reloj de pared
	No disponible	1	6	
Total		17	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de Partos

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 60

Disponibilidad de mobiliario de sala de operaciones del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

ESTADO	Mobiliario	Nº	%	Mobiliario faltante
Incompleto	Disponible	8	57	Escritorio (área de anestesia) Mesa de trabajo (estación de enfermería)
	No disponible	6	43	Sillas (estación de enfermería) Gabinete con gaveta (estación de enfermería) Teléfono (estación de enfermería) Camilla rodante (área de transferencia de camillas)
Total		14	100	

Fuente: Formulario 4 Sala de operaciones

Elaborada por: Los autores

ANEXO Nº 9

Tabla Nº 61
Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas en del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Antibióticos en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	11	58	Ampicilina inyectable Clindamicina inyectable Clindamicina oral Dicloxcilina inyectable Eritromicina oral Fosfomicina inyectable Kanamicina inyectable Nitrofurantoína oral
No Disponible	8	42	
TOTAL	19	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 62

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Desinfectantes en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	5	72	Cloruro de benzalconio Nitrito de sodio
No Disponible	2	28	
TOTAL	7	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 63

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Esteroides en farmacia y bodega	Nº	%
Disponible	3	100
Déficit	0	0
TOTAL	3	100

Fuente: Formulario 6
Elaborada por: Los autores

Tabla Nº 64
Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Medicamentos usados en reanimación en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	8	57	Digoxina inyectable Difenhidramina inyectable Dopamina inyectable Nitroglicerina sublingual Prednisolona oral Prometazina inyectable
No Disponible	6	43	
TOTAL	14	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborada por: Los autores

TABLA Nº 65
Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Líquidos en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	3	43	Dextrosa en agua al 50% Glucosa al 5% Glucosa al 10% Glucosa al 50%
No Disponible	4	57	
TOTAL	7	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborada por: Los autores

TABLA Nº 66

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Anticonvulsivantes en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	2	67	Fenitoína inyectable
No disponible	1	33	
TOTAL	3	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

TABLA Nº 67

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Antihipertensivos en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	0	0	Dihidralazina inyectable Hidralazina inyectable Labetalol inyectable Nifedipina sublingual
No Disponible	4	100	
TOTAL	4	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

TABLA Nº 68

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Oxitócicos en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	1	17	Ergometrina oral Ergometrina inyectable Prostaglandina F2a inyectable Dinoprostona (prostaglandina E2) Misoprostol
No Disponible	5	83	
TOTAL	6	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

TABLA Nº 69

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Anestésicos-analgésicos en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	10	67	Óxido nitroso Pancuronio inyectable Propofol inyectable Pethidine inyectable Ketamina clorhidrato inyectable
No Disponible	5	33	
TOTAL	15	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

TABLA Nº 70

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Medicamentos para la malaria en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	0	0	Cloroquina clorhidrato inyectable Cloroquina fosfato oral Primaquina fosfato oral
No Disponible	3	100	
Total	3	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

TABLA Nº 71

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Tocolíticos en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	2	29	Salbutamol inyectable Terbutalina inyectable Indometacina inyectable Ritodrine oral Ritodrine inyectable
No Disponible	5	71	
TOTAL	7	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores.

TABLA Nº 72

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Otros medicamentos en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	0	0	Heparina inyectable Ranitidina inyectable Toxoide tetánico inyectable
No Disponible	3	100	
Total	3	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

TABLA Nº 73

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Anticonceptivos en farmacia y bodega	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	5	83	Diafragma con espermicida
No Disponible	1	17	
TOTAL	6	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

TABLA Nº 74

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Medicamentos en emergencia	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	12	86	Sulfato de magnesio inyectable Pethidine inyectable
No Disponible	2	14	
TOTAL	14	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

TABLA Nº 75

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Medicamentos en sala de operaciones	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	11	79	Gentamicina inyectable Pethidine inyectable Salbutamol inyectable
No disponible	3	21	
TOTAL	14	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

TABLA Nº 76

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Medicamentos en sala de partos	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	5	36	Ampicilina inyectable Ceftriaxona inyectable Gentamicina inyectable Hidrocortisona inyectable Furosemida inyectable Sulfato de magnesio inyectable Halotano Pethidine inyectable Salbutamol inyectable
No Disponible	9	64	
TOTAL	14	100	

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

TABLA Nº 77

Disponibilidad de medicamentos para emergencias obstétricas del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig, 2008.

Medicamentos en sala de hospitalización	Nº	%	Medicamentos que faltan
Disponible	7	50	Adrenalina inyectable Lactato de ringer Diazepam inyectable Sulfato de magnesio inyectable Halotano Pethidine inyectable Salbutamol inyectable
No Disponible	7	50	
TOTAL	14	100	

Fuente: Formulario 6

Elaborado por: Los autores

ANEXO Nº 10

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MUJERES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD POR EMERGENCIA OBSTÉTRICA Y SUS FAMILIARES

Nosotros:

Marietha Cárdenas, Daniel Espinoza, José Guerrero, estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, previo a la obtención de Título de Médico nos encontramos elaborando un proyecto de investigación que lleva como título "Evaluación de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig Área de Salud Nº 8", cuyo objetivo consiste en realizar una evaluación sobre el acceso, utilización y calidad de atención de los servicios de salud que ofrecen Cuidados en el embarazo, parto y en los primeros 28 días del niño en situaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y del

niño; y cuya duración será de 6 meses aproximadamente, razón por lo que solicitamos su aprobación mediante la aplicación de un cuestionario en el cual se tratará aspectos como: conocimientos, actitudes y prácticas en caso de una

situación de emergencia durante el embarazo y parto, satisfacción de la mujer con respecto a la calidad de la atención que fue brindado en este hospital, y la participación comunitaria para mejorar la atención y la protección de las mujeres en su etapa reproductiva.

Los beneficios que usted podrá obtener luego de este estudio será una mejor accesibilidad para recibir una atención de mejor calidad en el tratamiento de dificultades que puedan presentarse durante el embarazo, el parto y 42 días después de este.

La información proporcionada será mantenida en secreto, sin ningún costo, y va a ser utilizado únicamente para el estudio antes mencionado, además usted tendrá derecho a decidir sobre su voluntad de participar; en caso de que usted desee retirarse de la investigación tiene toda la libertad de hacerlo.

De antemano agradecemos su colaboración, si tiene alguna inquietud al respecto puede comunicarse al 084975230 y preguntar al nombre de los autores.

Yo,

_____

_____, acepto colaborar con la información necesaria durante la aplicación de este cuestionario.

_____

FIRMA

CI:……

ANEXO Nº 11

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRABAJADORES DE LA SALUD DEL HOSPITAL SAN SEBASTIAN DEL CANTÓN SÍGSIG AREA DE SALUD Nº 8

Nosotros:

Marietha Cárdenas, Daniel Espinoza, José Guerrero, estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, previo a la obtención de Título de

Médico nos encontramos elaborando un proyecto de investigación que lleva como título "Evaluación de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia del Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig", cuyo objetivo consiste en realizar una evaluación sobre el acceso, utilización y calidad de atención de los servicios de salud que ofertan Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia, y cuya duración será de 6 meses aproximadamente, razón por lo que solicitamos su consentimiento mediante la aplicación de un formulario en el cual se tratará aspectos como: conocimientos, actitudes y prácticas sobre los signos y síntomas de la emergencia obstétrica, percepción de las barreras para la atención de

las emergencias obstétricas en los servicios de salud, satisfacción de la mujer con respecto a la calidad de la atención en la emergencia obstétrica brindada en las unidades de salud, participación interinstitucional y comunitaria para mejorar la calidad de la atención y la protección social a las mujeres en su etapa reproductiva.

Los beneficios que se podrán obtener luego de la realización del estudio serán una mejor accesibilidad, utilización y calidad de los servicios para el tratamiento de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, mediante la implementación de un plan de acción.

La información proporcionada será enteramente confidencial, sin ningún costo, y va a ser utilizado únicamente para el estudio antes mencionado, además usted tendrá derecho a decidir sobre su voluntad de participar; en caso de que usted desee retirarse de la investigación tiene toda la libertad de hacerlo.

De antemano agradecemos su colaboración, si tiene alguna inquietud al respecto puede comunicarse al 084975230 y preguntar al nombre de los autores.

Yo,

_____

_____, acepto colaborar con la información necesaria durante la aplicación del formulario correspondiente.

_____

FIRMA

CI:…….

ANEXO Nº 12

Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig

Entrada al Hospital San Sebastián

AUTORAS: MARIETA CÁRDENAS
DANIEL ESPINOZA

Estación de enfermería del Hospital San Sebastián

SALA DE PARTOS

Camilla ginecológica y termocuna

SALA DE EMERGENCIA

Camilla y sumnistros

LABORATORIO

Materiales y suministros

GRUPOS FOCALES

Grupos focales madres

Grupos focales médicos