



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

Dirección de Investigación y Posgrado

Maestría en Salud Pública, mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias

Tesis de postgrado

ASEGURAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE CALIDAD DEL EQUIPO DE SALUD EN
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES DEL HOSPITAL GENERAL SANTO
DOMINGO

Línea de investigación:

Calidad y seguridad del paciente

**Previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública, mención
Atención Integral en Urgencias y Emergencias**

Autora:

Lcda. Caicedo Cangá Johana Elizabeth

Asesora:

Mgt. Marilyn Vila Maffare

Esmeraldas, Ecuador marzo 2022

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la PUCESE previo a la obtención del título de MAGISTER EN SALUD PUBLICA, MENCIÓN: ATENCIÓN INTEGRAL EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

TRIBUNAL DE GRADUACION

Tema: Aseguramiento de la atención de calidad del equipo de salud en emergencias obstétricas y neonatales del Hospital General Santo Domingo

Autora: Lcda. Caicedo Cangá Johana Elizabeth

Mgt. Marilyn Vila Maffare

Director/a de Tesis

f. _____

Mgt. Mirna Sosa Bone

Lector 1

f. _____

Mgt. María De Lourdes Plaza

Lector 2

f. _____

Mgt. Ángel Pupo Suñol

Coordinador/a de Postgrados

f. _____

Mgt. Alex David Guashpa

Secretario/a General PUCESE

f. _____

Esmeraldas2022

Declaración de Autenticidad y Responsabilidad

Yo, Johana Elizabeth Caicedo Cangá, portador de la cédula de ciudadanía No. 0802580415, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención de título: Magíster en Salud Pública Mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias son absolutamente originales, auténticos y personales.

En la virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Lcda.: Johana Elizabeth Caicedo Cangá

CI.: 0802580415

Certificación de directora de Tesis

Yo, Mgt. Marilyn Vila Maffare, directora de Tesis, certifico haber revisado el trabajo propuesto por el maestrante, el mismo que cumple con los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles, previo el haber incorporado las sugerencias del Tribunal delegado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas, al trabajo de posgrado.

Mgt. Marilyn Vila Maffare

Directora de Tesis

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada principalmente a Dios, a mi esposo Wilson Sánchez por su apoyo incondicional y a mis 2 hijos que son mi razón de vivir y luchar por cumplir mis objetivos, demostrándoles que todo lo que uno se propone lo puede cumplir y a mi madre por estar en todo momento apoyando cada una de mis decisiones.

Johana Elizabeth Caicedo Cangá

Autora.

Agradecimiento

A Dios por protegerme, iluminarme y guiarme en todo momento.

A mi madre por haberme dado la vida y formarme como una persona con muchos valores y enseñarme que todo lo que uno se propone lo debe cumplir.

A mi esposo por estar conmigo en todo momento dándome palabras de aliento, acompañarme durante todo el proceso de la realización de mi trabajo final y sobre todo por la paciencia.

A mis hijos este trabajo también está dedicado a ellos por su amor infinito y tolerar la falta de tiempo compartido para poder culminar con mi trabajo.

A mi asesora y a cada uno de los catedráticos que formaron parte de esta meta de superación personal y profesional, impartiendo y compartiendo sus conocimientos.

Autora.

ÍNDICE

Tribunal de graduación	II
Declaración de Autenticidad y Responsabilidad	III
Certificación de directora de Tesis	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
INDICE	X
RESUMEN	X
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	X
Presentación del tema de investigación	1
Planteamiento del problema	2
Justificación	8
Objetivos	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
CAPÍTULO I:	10
MARCO TEÓRICO	10
1.1. Bases teórico – científicas	10
1.2. Antecedentes	23
1.2. Bases Legales	29
CAPITULO II:	30
MATERIALES Y METODOS	30
2.1. Tipo de estudio.	30
2.2. Población y muestra	30
2.3. Definición conceptual y Operacionalización de variables.	31
2.4. Métodos	31
2.5. Técnicas e instrumentos	32

2.6. Análisis de Datos	32
2.7. Normas Éticas	32
CAPITULO III:	34
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	34
CAPITULO IV:	40
DISCUSION	40
CAPITULO V:	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
5.1. Conclusiones	42
5.2. Recomendaciones	43
6. REFERENCIAS	44
Anexo N°1. Conceptualización y operacionalización de las variables.	46
Anexo N°2. Encuesta - Cuestionario de preguntas	48
Anexo N°3. Manejo de emergencias obstétricas	51
Anexo N°4. Consentimiento Informado	57

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Número de atenciones recibidas en el Hospital General Santo Domingo	34
GRÁFICO 2: Percepción de los usuarios en relación a la infraestructura y equipamiento médico del Hospital	35
GRÁFICO 3: Nivel de satisfacción con a la atención recibida por el personal administrativo	35
GRÁFICO 4: Mejoría percibida luego de la atención recibida.....	36
GRÁFICO 5: Cuánto fue la demora en la atención cuando asiste por una emergencia.....	36
GRÁFICO 6: Expectativa de las pacientes en relación con los servicios médicos.....	37
GRÁFICO 7: Atención brindada por profesionales del Hospital General Santo Domingo.....	¡Error! Marcador no definido.
GRÁFICO 8: Déficits del Hospital General Santo Domingo que limitan el aseguramiento de la atención de calidad.	¡Error! Marcador no definido.
GRÁFICO 9: Percepción de los usuarios en relación con la infraestructura y equipamiento médico del Hospital.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 1: Acciones por tomar en establecimientos Tipo C y hospitales básicos según puntuación Score Mamá	21

RESUMEN

El presente estudio de investigación denominado Aseguramiento de la calidad de atención del equipo de salud en las emergencias obstétricas y neonatales del Hospital General Santo Domingo, investigación que se realiza con el propósito de analizar el manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales, de acuerdo a la normativa vigente según la capacidad resolutoria del Hospital General Santo Domingo, para lo cual se realiza un estudio mixto de corte longitudinal retrospectivo y de alcance correlacional a una muestra total de 29 profesionales de la salud de los servicios de emergencias y ginecología y un total de 275 pacientes que acudieron a ésta casa de salud para recibir atención de emergencia. Esta investigación se la realizó en base a las atenciones del año 2020; para la recolección de datos se utilizaron los instrumentos de una lista de verificación aplicada a las historias clínicas de las atenciones con la finalidad de revisar el cumplimiento de indicaciones, buen manejo de la historia, así como una encuesta aplicada a los profesionales y pacientes que recibieron atención en esta casa de salud. La obtención de los resultados el 50.85% considera que el trato recibido ha sido muy bueno; el nivel de satisfacción de las pacientes en la atención recibida un 82,25% si está satisfecho con la atención recibida; un 51,72% indicó la existencia del déficit de profesionales, seguido de un 34,4% que indicó que el déficit de equipos es otro limitante del aseguramiento de la atención de calidad. Conclusiones en el Hospital General Santo Domingo al momento del manejo de pacientes embarazadas que presentaban alguna emergencia obstétrica de acuerdo con su complejidad, fueron manejadas por el equipo multidisciplinario cumpliendo con la norma vigente, sin embargo, los déficits anteriormente mencionados, se obligaban a la realización oportunamente trámites de referencia protegiendo así la vida de la madre y el feto.

Palabras clave: Emergencias obstétricas, calidad, déficit, equipos médicos, muerte materna, factores restrictivos, score mama.

ABSTRACT

The present research study called Assurance of the quality of care of the health team in obstetric and neonatal emergencies of the Santo Domingo General Hospital, research that is carried out with the purpose of analyzing the standardized management of obstetric and neonatal emergencies, according to current regulations according to the resolving capacity of the General Hospital Santo Domingo, for which a mixed study of retrospective longitudinal cut and correlational scope is carried out on a total sample of 29 health professionals from the emergency services and gynecology and a total of 275 patients who came to this health home to receive emergency care. This investigation was carried out based on the attentions of the year 2020; For data collection, the instruments of a checklist applied to the medical records of the care were used in order to review compliance with indications, good management of the history, as well as a survey applied to the professionals and patients who received care in this nursing home. Obtaining the results, 50.85% consider that the treatment received has been very good; the level of satisfaction of patients in the care received 82.25% if you are satisfied with the care received; 51.72% indicated the existence of a lack of professionals, followed by 34.4% who indicated that the lack of equipment is another limiting factor in ensuring quality care. Conclusions in the Santo Domingo General Hospital at the time of management of pregnant patients who presented an obstetric emergency according to their complexity, they were managed by the multidisciplinary team in compliance with the current norm, however, the deficits, forced the realization timely referral procedures thus protecting the life of the mother and the fetus.

Keywords: Obstetric emergencies, quality, deficit, medical teams, maternal death, restrictive factors, breast scor

INTRODUCCIÓN

Presentación del tema de investigación

La Organización Mundial de Salud (OMS) conceptualiza que: la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos a efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (1).

Un neonato o recién nacido corresponde al período neonatal que comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé, es un tiempo en el que los cambios son muy rápidos; en esta etapa se pueden presentar muchos eventos críticos convirtiéndose o transformándose desde ese momento en una emergencia neonatal donde se establecen riesgos de supervivencia del recién nacido (2).

Las mujeres embarazadas acuden a los establecimientos de salud de primer nivel en busca de una atención oportuna y con un buen trato por parte del personal sanitario. Una vez que las usuarias son atendidas en los centros de primer nivel de atención son referidas a los niveles superiores de atención según su complejidad.

Considerando que el aseguramiento de la calidad se puede definir como el conjunto de acciones que toman las empresas con el propósito de poder entregar a los consumidores bienes y servicio con el nivel de calidad esperada (3).

Tomando en cuenta lo antes descrito en relación con el aseguramiento de la calidad en las emergencias obstétricas y neonatales, es importante mencionar que uno de los recursos materiales que permiten determinar de manera oportuna algún factor de riesgo durante el embarazo, es la aplicación del Score Mamá al primer contacto, cuyo instrumento permite detectar el riesgo obstétrico valorado a través de los signos vitales y examen complementario de proteína en orina.

Es por ello que todo el equipo sanitario debe tener el conocimiento del llenado y manejo correcto del instrumento lo que permitirá garantizar el aseguramiento de la calidad de atención.

Planteamiento del problema

En el año 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su informe: Las mujeres y la salud, en la investigación que dio origen a esta publicación se constataron los siguientes hechos: a) la existencia de inequidades amplias y persistentes entre hombres y mujeres, entre países de altos y bajos ingresos, y en el interior de los países; b) el importante tributo que se cobran las enfermedades crónicas, los traumatismos y los trastornos mentales en las mujeres; c) la sexualidad y la reproducción son aspectos centrales de la salud de las mujeres; d) un comienzo justo para todas las niñas es decisivo para la salud de las mujeres; y e) la sociedad y los sistemas de salud no están cumpliendo con sus obligaciones hacia las mujeres. A partir de estos datos se planteó la necesidad de construir una nueva agenda de salud de la mujer, que permitiera superar las falencias descritas. En el 2013, una edición especial del Bulletin of the World Health Organization (4), se dedicó al tema Salud de la mujer más allá de la reproducción: una nueva agenda. En el editorial de este volumen, Flavia Bustreo, directora Asistente General de la OMS para la Salud de la Familia, las mujeres y los niños a lo largo del curso de vida, junto a otros autores, identificaron el papel creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles en la salud de las mujeres de todas las regiones del mundo y de todos los niveles socioeconómicos, así como algunas de las dificultades de los sistemas de salud para responder a estos nuevos desafíos. En nuestra Región, aunque la cobertura universal de salud comience a concretarse, la calidad de la atención continúa siendo un reto. Como en otras áreas de la salud, coexisten una agenda inacabada o persistente —reflejada en lo que falta para alcanzar las metas planteadas en los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y una nueva agenda, aún no completamente desarrollada y que incluye los problemas antes mencionados, en un contexto de desigualdad en los países de la Región y entre ellos(4). El año 2015 marca un punto crítico en el trabajo internacional en salud y desarrollo. Nos encontramos en un momento clave de tres esfuerzos altamente relevantes en el nivel global:

el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo(5), los ODS y la redacción final de las Metas de Desarrollo Sostenible. Esto representa una oportunidad única para redefinir la agenda sobre la salud de la mujer, con un nuevo enfoque que no se fundamente solo en la salud pública, sino en el derecho a la salud como un elemento esencial de los Derechos Humanos.

La Revista Panamericana de Salud Pública sobre salud de la mujer buscó identificar y reflexionar sobre los principales desafíos que los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos plantearán a la salud de las mujeres de la Región de las Américas en los próximos años. Así, este número especial presentó una variedad de temas que van desde la salud de la mujer en sus diferentes ciclos de vida, la salud sexual y reproductiva, la violencia basada en el género, las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades infecciosas, la salud mental y laboral, hasta la adecuación de los servicios de salud de calidad para dar respuesta a las necesidades de promoción, prevención, atención y rehabilitación durante los diferentes ciclos de vida y en varios contextos regionales. Este material constituyó un aporte de evidencia científica a la discusión de salud de la mujer que, apoyando la formulación de políticas, tanto en la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OMS) como en los países de la Región de las Américas. (Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: ONU; 2000 (6).

La calidad de atención no solo depende de lo material, también es de vital importancia la atención brindada por el personal de salud y el nivel de conocimientos para brindar satisfacción a los usuarios. El Ministerio de Salud Pública con el apoyo de la (OPS/OMS) define la muerte materna como un grave problema de la salud pública, teniendo un fuerte impacto individual, familiar y social que permite identificar claramente las señales de alarma antes y durante el embarazo, en el parto y posparto y brindar una atención calificada y oportuna son los principales factores que hacen la diferencia entre la vida y la muerte (7).

La mortalidad materna y neonatal representa, para los países en desarrollo, una causa importante de muerte en las mujeres y el mayor peso de mortalidad en la población infantil. (8)

Esto es considerado un referente universal de calidad en la atención de servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que el mayor porcentaje de decesos es evitable. (8)

La muerte materna y la muerte neonatal son referentes que miden el nivel de desarrollo de un país y evidencian, en este caso, las condiciones en las que viven las mujeres y sus familias. Un elevado o un indeterminado número de muertes maternas y neonatales muestran en qué medida el Estado está cumpliendo con su obligación de garantizar las condiciones necesarias para que las mujeres y sus hijos alcancen una salud plena. La muerte de un neonato frecuentemente es consecuencia de las deficiencias en la atención desde la etapa preconcepcional, concepcional, parto, puerperio, nacimiento y período neonatal. Estas falencias técnicas y operativas deben ser corregidas para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud como parte de las estrategias que permiten reducir la mortalidad materna y neonatal (9).

Consciente de la complejidad del problema, que ha sido objeto de muchos estudios, el Ministerio de Salud Pública, en su responsabilidad de Autoridad Sanitaria Nacional y en el marco de los Derechos Humanos e Interculturalidad, considera que esta norma provee bases firmes para actuar adecuadamente frente a la limitación de acceso y atención con calidad en Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), necesario para solucionar la causalidad más importante de mortalidad materna y neonatal prevenible, especialmente en zonas de alta vulnerabilidad de salud, social y económica de nuestro país (9).

En el Ecuador con el propósito de disminuir las tasas de morbimortalidad materna se ha instaurado el uso de un instrumento de valoración materna que es el Score Mamá, entrando dentro de las estrategias de identificación precoz de signos y síntomas de alarma para la identificación de problemas de salud en el proceso de embarazo, parto y puerperio, aplicando el fortalecimiento de estas estrategias en todos los niveles de atención en salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), que se mantienen hasta la actualidad, siendo uno de ellos el Hospital General Santo domingo, donde han sido muy notorias las acciones inseguras frecuentes en el llenado del Score Mamá por parte del personal de salud del área de Ginecología y Emergencia (10).

La nueva perspectiva de gerencia sobre la atención de calidad en salud señala que brindar calidad significa corresponder a las expectativas del usuario, razón por la cual el hecho de no brindar una atención de enfermería de calidad trae consigo problemas para los usuarios, debido a la insatisfacción por la atención recibida repercutiendo en su estado de salud y,

generando tratamientos más largos, hospitalización prolongada e inconformidad. Las mujeres embarazadas acuden a los establecimientos de salud de primer nivel en busca de una atención oportuna y buen trato por parte del personal sanitario. Una vez que las usuarias son atendidas en los centros de primer nivel de atención son referidas a los niveles superiores de atención según su complejidad.

Al Hospital General Santo Domingo acuden pacientes referidas de los Centros de salud, ya sea por la consulta externa o por el área de emergencias y a las pacientes que llevan su control prenatal en la misma casa de salud a las que se les va a practicar un parto por cesárea y a las que llegan por emergencia en labor de parto, se les brinda la atención en una sala de partos adaptada en el servicio de emergencia, la misma que no cuenta con el equipo médico adecuado. Es importante mencionar que al momento no se dispone de una sala de partos en la institución, se encuentra en proyecto de adaptación con todas las normas y protocolos que indican los establecimientos de salud amigos de la madre y el niño.

Por el incremento poblacional el servicio de ginecología y de emergencia del Hospital General Santo Domingo, se convierte en un factor contribuyente a la baja atención de calidad a los usuarios que acuden. La enfermería como el resto del equipo médico que brinda acompañamiento a la embarazada desde su ingreso hasta su paridad, al brindar atención asistencial se convierten en proveedores de cuidado. El servicio de Ginecología del Hospital General Santo Domingo por el incremento poblacional y déficit de personal implica en que se brinde una atención de calidad.

La calidad de atención en el servicio de ginecología y emergencia del Hospital General Santo Domingo por parte del equipo de profesionales de la salud es limitada debido a factores que influyen tales como el déficit de personal y de insumos médicos, limitada capacidad resolutiva e, infraestructura inadecuada para la atención de la madre y el recién nacido. Además del poco entrenamiento por el personal de médicos residentes en la atención de los partos que se presentan de emergencia, ya que no se cuenta con médicos especialistas las 24 horas, así mismo las complicaciones al momento del nacimiento se deben al inadecuado control prenatal, condiciones socioeconómicas y en muchas de las ocasiones el régimen alimenticio inadecuado, considerados como factores de riesgo. Siendo estos las principales causas por las que se presenta la dificultad en el manejo de las emergencias obstétricas en el

Hospital General Santo Domingo. La urgencia o emergencia obstétrica se define como aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata. Entre las principales causas de este problema, está la ausencia del control de calidad en el llenado de formulario Score Mamá, considerado como un soporte permanente para el personal de salud que trabaja en la atención de este grupo poblacional; este protocolo complementa los documentos, normativos relacionados con la salud del binomio madre/hijo durante el embarazo, parto y posparto. Al no ser llenado correctamente no va a garantizar el aseguramiento de la atención de calidad al momento de brindar la atención.

Otra de las causas es la falta de insumos médicos, materiales y equipamiento que son necesarios para proporcionar atenciones médicas oportunas y eficientes, no se debe a la ausencia de presupuesto de salud sino más bien, a la deficiente gestión del mismo, ya que el profesional responsable de determinar el requerimiento de insumos médicos de forma anual debe regirse según la demanda anterior para realizar la proyección de lo realmente necesario, de esta manera no se afecta la planificación de la necesidad de insumos médicos anuales, en relación con la demanda de usuarios.

De igual manera se puede relacionar la falta de insumos médicos con la distribución deficiente del presupuesto asignado, ocasionando un huella institucional que se ve reflejado en la reducción en la capacidad de resolución a problemas de salud, aumento de la morbi-mortalidad, suspensión de cirugía, insatisfacción del usuario que no ve resuelto el problema de salud y más aún porque debe adquirir por financiamiento propio el insumo necesario en farmacias ajenas a la institución de salud para cubrir su necesidad, alejándose del objetivo principal de la función de compras que es la reducción de costos y obtención de la utilidad y eficiencia en el servicio. Todos estos factores se convierten en limitantes al momento de brindar una atención.

Estas causas pueden desencadenar acciones inseguras en la aplicación del Score Mamá, que se evidencia al realizar el registro de cada uno de los aspectos que se encuentran en el formulario Score Mamá, su efectividad permite estar en alerta, y nos da la pauta para profundizar en la investigación de la historia clínica. El registro del Score Mamá es obligatorio en cada control de las mujeres gestantes y puérperas; puede ser llenado por la

enfermera, médico o por cualquier personal de salud que tenga conocimiento, en el primer contacto con la usuaria antes de la atención médica.

En el área de Ginecología y Emergencia se realiza la valoración del Score Mamá a todas las pacientes, la frecuencia dependerá del resultado en la suma de las constantes vitales. Al no realizar una correcta valoración del score mamá, se obtendrá un diagnóstico fallido y por ende repercutirá en la aplicación del tratamiento médico, en el incumplimiento de los protocolos de atención y esto a su vez provoca la reducción de la calidad del servicio. En esta casa de salud el departamento de calidad es el responsable de hacer cumplir los protocolos de atención, la tasa de mortalidad atribuible a la baja calidad de la atención en el hospital es alta por lo cual se han llevado a cabo acciones para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud.

Se aplica una de las estrategias implementadas a nivel país es el Score Mamá, que hace referencia a una escala de puntuación que se le realiza a la paciente en el primer contacto y de manera continua durante su estancia hospitalaria. Brindando al personal de salud una herramienta para determinar el riesgo de morbilidad de las gestantes, a través de categorización a las pacientes según su gravedad y de esta manera determinar cuál será el protocolo para seguir de manera adecuada y oportuna. Es así como el Score Mamá representa una estrategia que permite al personal de salud de los diferentes entes, clasificar a la mujer embarazada según su nivel de severidad y sus complicaciones, y de esta manera permite brindarle un protocolo adecuado y exclusivo para cada paciente

Desde este contexto relacionado a la atención en este estudio se realiza la siguiente pregunta: ¿Cómo se asocia la calidad de atención con la dificultad en el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales por parte del equipo médico de profesionales del Hospital General Santo Domingo?

Justificación

Partiendo que la calidad de los servicios prestados por proveedores médicos, empresas que financian servicios médicos integrales prepagos y compañías de seguros que brindan cobertura de salud, y velar por la seguridad del paciente a través de la regulación, aseguramiento de la calidad y derechos de género, culturales, generacionales y bioéticos. Acercarse; el aseguramiento de la atención de calidad La contratación de personal capacitado y suficiente para el aseguramiento de la atención de calidad por parte de los profesionales de salud para implementarse en el servicio de Gineco-Obstetricia y de la sala de Neonatología en un Hospital

Además considerando que el embarazo es un proceso natural fisiológico, por lo cual la atención brindada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, las complicaciones obstétricas deben ser detectadas y evitadas mediante el correcto uso de recursos que permitan una identificación precoz de dificultades, entre ellos el protocolo Score Mamá (11), para ello y con la finalidad de asegurar una atención de calidad en el binomio madre e hijo el personal sanitario de las áreas en las cuales se brinda la atención, debe estar capacitado.

Los beneficiarios de este estudio recibirán las mujeres gestantes de todos los grupos etarios y la comunidad en general para de esta manera prevenir las muertes maternas y neonatales

Pese a la existencia de estudios similares a esta investigación en otros países y provincias, este trabajo será de gran utilidad ya que aportará información relevante para los profesionales de salud a nivel local, reflejando el conocimiento que tiene el personal de salud, además, se hayan indicios sobre factores que puedan incidir en acciones inseguras en su llenado, evaluación, o correcta aplicación de la herramienta, sirviendo como guía para ser considerado por el personal administrativo que trabaja en la toma de decisiones, para planificar capacitaciones que conlleven al fortalecimiento de conocimientos de los profesionales haciendo hincapié en los vacíos que se reflejan según la investigación

El impacto de esta investigación es que se va a poder brindar atención a mayor parte de la población de la Ciudad de Santo Domingo y sus colindantes como lo estipulan los establecimientos de salud amigos de la madre y el niño para la atención de partos en mujeres

en edad fértil de la ciudad en mención de las pacientes que acudan al Hospital General Santo Domingo, así como poder implementar estrategias de mejora en el equipo médico que brinda la atención a la ciudadanía para de ésta manera poder asegurar la, calidad de atención.

Objetivos

Objetivo general

Analizar el manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales, de acuerdo con la normativa vigente según la capacidad resolutive del Hospital General Santo Domingo.

Objetivos específicos

1. Identificar las complicaciones materno- neonatales relacionadas con el nivel de conocimientos del personal sanitario.
2. Conocer los factores restrictivos para mejorar el aseguramiento de la calidad de las emergencias Obstétricas y Neonatales del Hospital
3. Verificar los factores sociodemográficos relacionados con las demoras en los casos de mortalidad materna.
4. Evaluar la calidad de atención prestada a las mujeres embarazadas y recién nacidos del Hospital.

CAPÍTULO I:

MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teórico-científicas

Para llevar a cabo el desarrollo del marco teórico mediante de la búsqueda bibliográfica y aportes previos se inició con la definición de gestión de calidad, siendo definida por la Organización Internacional de Normalización (ISO) como las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad, abordando todos los aspectos del funcionamiento, incluidos la estructura organizativa y los procesos y procedimientos, para garantizar la calidad (12).

Anualmente en el mundo por lo menos 20 millones de mujeres presentan complicaciones agudas durante la gestación, de las cuales 529.000 terminan en muertes maternas asociadas al embarazo, parto y puerperio. Una muerte materna es el producto final de la correlación de múltiples factores interactuantes; por tal razón, la mortalidad materna es considerada un indicador sensible para describir la calidad de los servicios de salud de las regiones y localidades. Mientras la mortalidad infantil y las tasas de fertilidad han disminuido en décadas recientes, y la expectativa de vida al nacer se ha incrementado, la mortalidad materna en los países en vía de desarrollo no ha mostrado mayor reducción en el mismo periodo de tiempo con altos índices de mortalidad materna en las regiones menos desarrolladas como África, seguida de Asia, Latinoamérica y, por último, las regiones desarrolladas; aunque la mayoría de muertes maternas ocurre en países en desarrollo, esto no significa que solo las mujeres de estos países sufren complicaciones médicas durante o después del embarazo(13).

Cada muerte materno-fetal constituye un problema de salud pública y social que se agrava en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y, dentro del componente asistencial, el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud. La prevención de las muertes maternas se reconoce actualmente como prioridad internacional y muchos países se han comprometido a mejorar y ampliar los servicios de salud materna. La Conferencia Internacional sobre la Población y

el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) establecieron la reducción de la mortalidad materna en 50 % para el año 2000 como objetivo principal y reafirmaron la importancia de monitorear el progreso. Más recientemente, las Naciones Unidas, en la Cumbre del Milenio (2000), instaron a la comunidad internacional a reducir la mortalidad materna en 75 % para el año 2015, frente a los niveles de 1990. Para América Latina y el Caribe, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó una meta a mediano plazo para reducir la mortalidad materna a menos de 100 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos(14).

En América Latina y el Caribe el país con más alta tasa de mortalidad materna es Haití con 359, seguido por Nicaragua con 150 y Paraguay 132 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos en Ecuador, si bien se han realizado considerables avances en la reducción de la muerte materna con tasas que van desde 92 por 100000 nacidos vivos para el período 1993-2000, a 64 por 100000 nacidos vivos en el año 2015, aún se debe continuar trabajando para disminuir ese indicador. Otra figura de interés es el riesgo de mortalidad materna en algún punto de la vida de una mujer en edad reproductiva, número que registra la cantidad de embarazadas que están a riesgo de una mortalidad materna. Por ejemplo, en África, en el desierto de Sahara, el riesgo es de 1 por cada 16 embarazos, mientras que en países desarrollados es de aproximadamente 1 por cada 2800 embarazos(14).

Se mencionan trabajos relacionados a nivel Internacional(15), señala que la capacidad resolutoria de atención materna de los establecimientos de salud, depende de los componentes de la estructura y resultado. Existe la capacidad resolutoria aceptable en el componente de la estructura para prestar el servicio en la atención materna. Existiendo dimensiones con mucha fortaleza en el recurso humano asistencial y la infraestructura.

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar identifica una disminución en las tasas de mortalidad materna durante los años 2000 y 2012, debido a la existencia de causas diversas que aún se mantienen en las distintas regiones, se menciona que la hemorragia es una de las causas de mortalidad materna, llegando a la conclusión que la atención se ha incrementado en los últimos años siendo necesario aún, mejorar la capacidad resolutoria de respuesta eficiente, oportuna y de calidad en los servicios de salud(16).

La calidad de atención y percepción de los pacientes hospitalizados por parte del personal de enfermería, evidencia que generalmente los pacientes reciben un trato humanizado de los estudiantes de enfermería, similar a estudios referenciados que evaluaron la percepción del cuidado humanizado para el caso de profesionales de enfermería, en donde además se hace énfasis en la labor del personal desde la empatía, adecuada comunicación y actitud. La gran mayoría de investigaciones que miden la percepción del paciente acerca del cuidado ofrecido se fundamenta en profesionales de enfermería más que en estudiantes, percepción de cuidado humanizado relativamente bajo la medición del cuidado humanizado brindado por enfermeras a través de la escala de medición de cuidado humano de Watson y concluyeron que este era brindado de forma regular y por ello se sugirió implementar estrategias, planes de mejora y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para ofrecer buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos. Se han encontrado estudios relacionados con medición de la satisfacción del paciente y con la valoración de cuidado humanizado, así como instrumentos para medir el cuidado humanizado desde diferentes perspectivas como: la valoración del cuidado humanizado, percepción y/o habilidades para el cuidado; todos ellos enfocados al mejoramiento permanente de los procesos de atención, cuidado directo y fortalecimiento de la praxis desde los sustentos teóricos de la disciplina de enfermería(17).

En América Latina y el Caribe el país con más alta tasa de mortalidad materna es Haití con 359, seguido por Nicaragua con 150 y Paraguay 132 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos. En Ecuador, si bien se han realizado considerables avances en la reducción de la muerte materna con tasas que van desde 92 por 100000 nacidos vivos para el período 1993-2000, a 64 por 100000 nacidos vivos en el año 2015, aún se debe continuar trabajando para disminuir ese indicador. Otra figura de interés es el riesgo de mortalidad materna en algún punto de la vida de una mujer en edad reproductiva, número que registra la cantidad de embarazadas que están a riesgo de una mortalidad materna(14).

Las situaciones de emergencias y urgencias obstétricas más frecuentes son el embarazo ectópico, preclamsia, eclampsia, hipertensión crónica pregestacional, abrupcio placentae y placenta previa. Lo importante es la detección y el tratamiento oportuno para tratar las

principales causas de mortalidad materna, en el entendido que el correcto diagnóstico y manejo de estas puede evitar la muerte de la mujer gestante. La razón de mortalidad materna es un indicador de las condiciones de vida y asistencia sanitaria de una población y la casi totalidad de estas ocurre en países en vías de desarrollo. La limitada educación, alimentación adecuada, soporte social y asistencia sanitaria se asocian fuertemente con la mortalidad materna, siendo un indicador de inequidad entre los ricos y los pobres. Así mismo, la mortalidad materna, evidencia las desigualdades de género, tanto en el acceso a la educación, la nutrición y la asistencia sanitaria. Esta situación evidencia el carácter prevenible de la muerte materna y la importancia de establecer acciones extra sectoriales que mejoren condiciones de vida e extrasectoriales que garanticen la calidad y el acceso a la asistencia sanitaria a toda la población. La muerte materna es una tragedia humana, una injusticia social y una violación del derecho a la vida. La mortalidad materna, en muchos países, se encuentra subestimada. Las razones de esta situación son múltiples y van desde la existencia de nacimientos en domicilio sin una adecuada asistencia sanitaria y cementerios clandestinos, hasta la falta de capacitación del personal de salud para reconocer y proceder al tratamiento de estos casos. Se debe destacar que la muerte materna, a su vez, se relaciona con graves consecuencias para la familia y la comunidad. Se asocia con abandono infantil, desnutrición, violencia y falta de desarrollo social familiar y comunitario lo que conlleva a altos costos sanitarios y sociales, siendo una grave amenaza para el desarrollo de la comunidad y el país(18).

En búsqueda de evitar la muerte materna existen acciones de fundamental importancia, estas incluyen:

- Prevención del embarazo no deseado. Incluyendo acceso a métodos de regulación de la fertilidad y acciones sanitarias para evitar el aborto en condiciones de riesgo.
- Cuidados prenatales accesibles y de calidad.
- Aumentar el acceso al control y el mejorar la calidad del mismo son acciones de alto impacto para abatir la mortalidad materna
- Asistencia adecuada y humanizada del parto y de las urgencias obstétricas, incluyendo un acompañamiento calificado del parto y el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de las complicaciones obstétricas(18).

Adecuado control puerperal en búsqueda de complicaciones y para establecer acciones de educación sanitaria. La mayoría de las muertes son debidas a hemorragia y postparto, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, sepsis, parto prolongado u obstruido, ruptura uterina y embarazo ectópico. Algunas de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo.

Es por ello por lo que resulta de gran importancia reconocer en forma oportuna estas complicaciones y realizar un abordaje inmediato y adecuado, de forma de evitar el agravamiento y la muerte de la mujer. El implementar acciones adecuadas, basadas en la evidencia, establecidas por protocolos de manejo y llevadas adelante por parte de personal de salud idóneo, puede descender fuertemente la razón de mortalidad materna(19).

Entre una de las estrategias, se encuentran las Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), el cual tiene como propósito asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial de calidad a todas las madres y recién nacidos/as que lo requieran. Ofreciendo servicios integrados y continuos a la madre durante el embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Además, fortalece el sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna e incorpora la mortalidad neonatal definido para el efecto (19).

Servicios básicos de salud y nutrición, la salud es un derecho universal, es necesaria para el desarrollo económico personal, local y nacional. Las condiciones de vida, empleo, educación, seguridad alimentaria y pobreza conducen a inequidades en salud, reduciendo la esperanza de vida de las personas y aumentando la morbilidad y mortalidad. Existen pruebas científicas consistentes de que las inequidades afectan a los grupos más desfavorecidos de la población, repercutiendo en menos oportunidades de supervivencia y reduciendo su esperanza de vida. Existen brechas muy amplias entre países pobres y ricos, pero más importante entre las comunidades de diferentes regiones de un mismo país, entre contextos urbanos y rurales se observa no sólo el padecimiento de más enfermedades y con mayor frecuencia, actualmente, hay una tendencia al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades en edades más tempranas Estudios recientes muestran que las

personas con más necesidades de servicios tienen menor probabilidad de recibir atención preventiva o curativa(20).

Controles prenatales, servicios inadecuados, la morbilidad materna extrema (MME), según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) es una complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio. W. Stones en 1991 empleó el término "near miss" para definir las complicaciones que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante. Este evento tiene una mayor incidencia que el de mortalidad materna, presentándose en una proporción de 1 de 10, teniendo en cuenta que el concepto de morbilidad materna extrema es versátil y la fácil identificación de los casos y la posibilidad de entrevistar a los sobrevivientes, refuerzan el valor de dicho fenómeno de investigación. La mortalidad materna a nivel mundial mostró en 2015 que países de regiones desarrolladas tenían la razón de mortalidad materna RMM más baja de 11 a 14 x 100 000 nacidos vivos (nv.); mientras que países de África Central y Occidental reportan razones de mortalidad materna altas 567 a 717 x 100 000 (nv). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial han considerado la mortalidad materna como la máxima expresión de injusticia social(21).

Recursos humanos en su mayoría, las empresas dedicadas a la salud presentan particularidades como: funcionamiento por turnos durante las 24 horas del día, lo cual en ocasiones genera agotamiento físico y mental en el equipo humano; el hecho de que la mayoría de los profesionales especializados se rotan de empresa en empresa, generando retrasos en la prestación del servicio y el contar con grupos de colaboradores de diferentes especialidades, a lo que se añade la necesidad de cubrir perfiles muy variados, que van desde seguridad y limpieza hasta cirujanos de alta complejidad como, por ejemplo, expertos en trasplantes. Debido a esto último, en la mayoría de los casos no se cuenta con el personal suficiente para cubrir las necesidades. Por sus particularidades, la administración del talento humano en el sector salud es un tema que cobra cada vez más fuerza y protagonismo en el desempeño de los sistemas de salud en términos de universalidad, calidad, eficiencia y equidad. Es fundamental la estrategias de análisis para el manejo del personal médico, dado

que en general el talento humano del sector salud presenta aspectos a perfeccionar de esta manera instaura unos honorarios e incentivos que garanticen la adecuada prestación de los servicios de salud y eviten la migración masiva de profesionales(22).

Servicios de parteras, cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y al mundo que la rodea, pensando y organizando la realidad de una manera determinada. Lo anterior se aplica a todos los eventos de la vida entre los que se cuenta la maternidad, que en este sentido se ve revestida de valores culturales, sociales y afectivos. Las creencias, mitos y tabúes alrededor de la maternidad muchas veces se conjugan en la figura de la partera, en quien se deposita gran parte de la responsabilidad para el cuidado de la reproducción biológica y sociocultural. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las parteras tradicionales como: una persona (generalmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto, y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales; sin embargo se debe incluir, la prestación de cuidados básicos a las madres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido, la distribución de métodos modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, inclusive la identificación y envío de pacientes de elevado riesgo(23).

Las parteras tradicionales cumplen tres funciones básicas, éstas se centran en el rol que desempeñan dentro de su comunidad. La primera de ellas está basada en la relación afectiva que la partera establece con las mujeres embarazadas, lo que genera confianza en estas últimas ya que la perciben cercana y familiar, esto hace que se reduzca la ansiedad en la parturienta, a diferencia de la que se provoca cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizados. La segunda función se deriva del conocimiento que tiene la partera de las necesidades y carencias económicas de las mujeres que requieren su servicio, aunado a las propias tradiciones de la práctica, lo que conlleva a una reducción importante de costos para la usuaria. La tercera función se basa en el apoyo que se recibe de las parteras para las labores domésticas y el cuidado de los hijos. Estas tres funciones sumadas a la falta de otros servicios, hacen de las parteras tradicionales un recurso humano altamente demandado, sobre todo en las comunidades rurales(23).

Emergencias Obstétricas, la anemia ferropénica es un factor de riesgo para la presencia de emergencias obstétricas sobre todo en gestantes de 15 a 24 años. Las emergencias obstétricas se ha demostrado que existen en el segundo trimestre, presentándose la infección de vías urinarias, parto prematuro y abrupto placentario, mientras que en el tercer trimestre de embarazo se manifiestan en asociación a déficit de hierro con mayor prevalencia la preeclampsia, hipertensión gestacional, placenta previa y eclampsia. Mientras que el grupo de embarazadas con periodo intergenésico en menores de 2 años tiene mayor prevalencia entre las mujeres con anemia ferropénica. Se recomienda disminuir esta problemática, mediante la concientización de las mujeres embarazadas sobre la gran repercusión que tiene la deficiencia del hierro durante el embarazo y la valoración en la gestante desde la atención primaria por medio de los controles prenatales para lograr una detección precoz de anemia ferropénica, y contribuir a la disminución de los índices de morbi-mortalidad materno neonatal a nivel local(24).

Prácticas de aborto, el aborto voluntario ha concitado la atención de diversas ramas del saber desde distintas posturas teóricas e ideológicas. En los últimos treinta años, en América y Europa ha habido una copiosa bibliografía proveniente de estudios políticosociales, filosóficos, feministas, así como de ensayos que sustentan la postura de los grupos pro derecho y la de los pro vida. Se suman trabajos biomédicos y epidemiológicos, estudios jurídicos e investigaciones sociales (demografía, sociología, antropología, historia). Esto demuestra la relevancia del tema en las preocupaciones de la sociedad y la amplitud de campos que abarca. Sin embargo, al asociar el aborto a las relaciones de género, la lista de trabajos es más restringida.

En las preocupaciones feministas sobre el aborto ha preponderado la acción política por sobre la investigación académica. Así, abundan publicaciones elaboradas con la finalidad de incidir en la situación legal del aborto. La producción académica no es ajena al contenido político, por lo que, sin dejar de lado la intención política, se basan en investigaciones empíricas. Algunos trabajos están a medio camino entre la academia y el activismo: desde un sustento académico, tienen como finalidad ejercer presión en la opinión pública. A nivel regional, los

antecedentes pueden agruparse en aquellos que con diversos énfasis se centran en aspectos asociados al carácter político del aborto voluntario y a su legalización(25).

Infecciones o enfermedades obstétricas, los casos de infección neonatal por COVID-19 se han relacionado con exposición respiratoria después del parto, por lo que en este momento se considera que el parto vaginal es seguro. Debido a una elevada frecuencia de sufrimiento fetal intraparto y a un caso reportado de muerte fetal, se recomienda la monitorización fetal intraparto en pacientes con COVID-19 en trabajo de parto(26).

Finalización del embarazo, la infección por COVID-19 no es una indicación para finalización de la gestación a menos que haya necesidad de mejorar la oxigenación materna. Se recomienda que se constituya un equipo para el manejo de la gestante crítica que incluya un intensivista, un obstetra o un especialista en medicina materno-fetal y un neonatólogo. Este grupo debe definir los parámetros bajo los cuales se realizaría un parto inmediato y las herramientas para evaluar el crecimiento fetal y la presencia de signos de hipoxemia grave en el feto. Se advierte que el empleo de esteroides antenatales (dexametasona o betametasona) para la maduración pulmonar en pacientes críticamente enfermas con embarazos pretérmino puede deteriorar la condición clínica de la paciente. Por tanto, su uso para la maduración pulmonar, así como la elección del momento del parto, debe ser individualizado según la semana de gestación y las condiciones maternas, fetales y del parto. En las series de casos reportadas de pacientes obstétricas con neumonía e infección por COVID-19, la tasa de cesárea ha sido del 94%, en su mayoría por sospecha de alteraciones del bienestar fetal. A pesar de esto, no hay estudios que demuestren que la cesárea mejore los parámetros ventilatorios comparada con el parto vaginal. Siempre que sea posible, se debe favorecer y disminuir el tiempo del trabajo de parto, vigilar el bienestar fetal ante un pobre progreso del trabajo de parto o deterioro de la condición materna, y un posible acortamiento del expulsivo para evitar el agotamiento materno y complicaciones quirúrgicas innecesarias en una paciente ya enferma (26).

La presencia de choque séptico, disfunción orgánica múltiple o estado fetal no satisfactorio son indicaciones para cesárea de urgencia (o la terminación del embarazo antes de la viabilidad). En pacientes con COVID-19 que se presenten en trabajo de parto pretérmino espontáneo, no se recomienda la tocólisis como un intento de retrasar el parto para administrar corticoides. Se sugiere que, además de una adecuada oxigenación materna, se garantice un equilibrio entre todos los parámetros necesarios para asegurar el paso de oxígeno a través de la placenta, incluyendo una perfusión uterina/placentaria adecuada y un adecuado contenido de oxígeno arterial materno(26).

Morbilidad neonatal, en la obstetricia actual lo más importante, al final de un embarazo, es lograr que la madre y el recién nacido se encuentren en excelentes condiciones de salud. Lo anterior se consigue con vigilancia prenatal y durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Los factores que influyen en la morbilidad neonatal pueden identificarse desde antes del embarazo, durante el mismo, a la hora del trabajo de parto y durante el nacimiento; entre estos factores se encuentran los generales y específicos. Los primeros tienen que ver con: edad materna, peso, escolaridad y estrato social, entre otros, los segundos se relacionan con: antecedentes personales patológicos, en especial endocrinopatías, hipertensión arterial, nefropatías, enfermedades del colágeno, desnutrición, anemia e infección de las vías urinarias. Entre los antecedentes obstétricos están: morbilidad perinatal, hijos con una discapacidad menor o mayor, aborto habitual, parto operatorio distócico o cesáreas, afecciones placentarias (como placenta previa y desprendimiento placentario, que pueden recidivar hasta en 30% y antecedente de preeclampsia. La falta de vigilancia prenatal afecta la evolución del embarazo, y se convierte en un factor de riesgo. La vigilancia estrecha del trabajo de parto permite identificar la distocia o el sufrimiento fetal de manera oportuna, con lo que se obtienen mejores resultados para la madre y su hijo. La atención del parto por personal capacitado disminuye la morbilidad de los recién nacidos, incluso en las mujeres que tuvieron un embarazo con evolución normal; en este caso el impacto en la pareja es mayor que cuando se diagnostica y se informa la probabilidad de una enfermedad(27).

Morbilidad maternal, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 15 % de las embarazadas pueden experimentar un alto riesgo de complicaciones del embarazo o del parto, y estas pueden ser lo suficientemente graves como para requerir atención obstétrica en alguna unidad de salud. La experiencia de la morbilidad materna extremadamente grave es muy poca y sus resultados no son comparables por la falta de estandarización e identificación de los casos. Disímiles han sido los criterios utilizados para definir la morbilidad materna extrema, teniendo en consideración la definición utilizada se encontrará un mayor o menor número de gestantes que requieren de una atención inmediata, con el fin de evitar la muerte. Los criterios seguidos por la FLASOG son los que rigen los resultados de este trabajo(28).

La hipertensión arterial, el asma bronquial y la diabetes mellitas, son antecedentes patológicos personales que se comportan como riesgos maternos y aparecen en las gestantes con gran frecuencia. La hipertensión durante la gestación se asocia con un incremento del riesgo de algunas complicaciones obstétricas y perinatales, como la preeclampsia grave y la eclampsia, que sin lugar a dudas contribuyen al aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con la literatura revisada. Los diferentes factores de riesgo presentes en las gestantes, que se relacionan con la morbilidad materna grave. La edad extrema, siendo uno de los riesgos preconceptionales que se identifican con bastante frecuencia. Mucho se ha descrito acerca de los efectos desfavorables del embarazo temprano y tardío como factores de riesgo reconocidos. Se considera que las mujeres mayores de 35 años tienen 1 - 3 veces mayor probabilidad que les ocurra una complicación grave durante el puerperio. En la actualidad muchas mujeres deciden ser madres después de los 35 años. De hecho, 1 de cada 5 tiene su primer hijo después de esta edad. Sin embargo, los estudios demuestran que las mujeres de más de 35 años están expuestas a algunos riesgos especiales durante el embarazo(28).

La muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su intención, pero no por causas accidentales o incidentales. Las principales causas de muerte materna según INEC son:

hemorragia postparto, sangrado que se presenta después del nacimiento del producto, postparto inmediato que es la pérdida de 500ml en las primeras 24 horas, o la presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica, hemorragia postparto tardía, que se presenta después de las 24 horas hasta seis semanas después del parto, hipertensión gestacional con proteinuria significativa, eclampsia que es la tensión arterial igual o mayor a 140/90mmHg en embarazo mayor a 20 semanas, proteinuria en tirilla reactiva y mayor a 300 mg en 24 horas, más convulsiones tónico clónicas o coma sepsis puerperal potencialmente grave es una de las causas principales de muerte materna, ocasionada por abscesos, trombosis de venas profundas o embolia pulmonar que lleva al shock séptico(29).

Acorde a la normativa y guía de aplicación del Score Mamá, los parámetros a evaluar en la aplicación y levantamiento de información del formulario son la frecuencia respiratoria, tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, temperatura corporal, nivel de conciencia y proteinuria. Planteando los siguientes detalles por cada parámetro.

- **Frecuencia respiratoria:** la frecuencia respiratoria se deberá anotar como un valor numérico en la hoja de evolución de la paciente, los valores que serán aceptados como normales son las respiraciones entre 12 a 22 por minuto, los valores que se encuentren por sobre las 22 se consideraran como taquipnea y este es un signo inequívoco de sepsis hasta que se puedan hacer las valoraciones pertinentes y demostrar el diagnóstico.
- **Presión sanguínea:** bajo las estrictas recomendaciones que genera la guía para la toma de presión, se estable el seguimiento de estos pasos y registro óptimos de los valores para su análisis.
- **Frecuencia cardiaca:** para esto se considerarán normales los valores que se encuentren entre 60 y 100 latidos por minuto, los valores que se encuentren por encima o debajo de estos se deberán considerar signos de alarma y deberá estudiarse a fondo.
- **Saturación de oxígeno:** la saturación de oxígeno se deberá medir de rutina en todas las gestantes, prestándose especial atención en los casos en los cuales la frecuencia respiratoria se encuentre fuera de los valores normales o si existe una condición

médica en la cual se deban medir de forma constante los niveles de oxígeno como es en el caso de enfermedades con compromiso respiratorio.

- **Temperatura corporal:** se deberá escoger el sitio idóneo para realizar la medición de la presión arterial para el Score Mamá se recomienda que se mida a través de la axila y serán tomados como valores normales aquellos que se encuentren entre los 35,6 a 37,2 °C, una disminución o aumento brusco de la temperatura pueden indicar sepsis, la hipotermia suele ser un hallazgo con peor pronóstico que la hipertermia y debe ser investigada de forma inmediata su causa directa, de igual manera se deberán tomar en cuenta aquellos casos en los cuales el paciente haya recibido antipiréticos.
- **Nivel de conciencia:** la evaluación neurológica se valora a través de la conciencia y la respuesta que pueda dar la gestante o la puérpera, para realizar la medición de estos valores se anotarán en las hojas de signos vitales los cuales serán alerta, respuesta a la voz, respuesta al dolor y ausencia de respuesta, cualquier cambio brusco de la conciencia deberá ser siempre tratado de forma significativa y se deben tomar acciones inmediatas.
- **Proteinuria:** es la presencia de proteínas en orina, cuando está asociada a hipertensión puede significar preeclampsia – eclampsia, o podemos tener un resultado positivo en procesos fisiológicos y patológicos. (20) En el Score Mamá mantiene su vigencia, a pesar de no ser un examen que nos dé un diagnóstico preciso, su positividad nos permite estar en alerta, y nos da la pauta para profundizar en la investigación de la historia clínica.

Tabla 1. Acciones por tomar en establecimientos Tipo C y hospitales básicos según puntuación Score Mamá

Puntaje	Pasos a seguir
0	Evaluar y analizar factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma
1	Evalúe y analice factores de riesgo 1. Aplique el Score MAMÁ c/4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales y signos de alarma materna. 3. Evalúe factores de riesgo. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, Doppler fetal o campana de Pinar.

5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista.
6. Si se revierte el puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (Agendar cita).

- 2-4
- Trate y refiera según el caso
1. Aplique Score MAMÁ c/ hora y registre.
 2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma.
 3. Realice un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico.
 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando (estetoscopio, Doppler fetal o campana de Pinar)
 5. Aliste, active y aplique CLAVE AZUL, ROJA o AMARILLA, según sea el caso.
 6. Elabore la referencia (053) y envíe a nivel de mayor capacidad resolutive según el caso.
 7. Transfiera (acompañada por un profesional de salud).
 8. Active cadena de llamadas: comunique al Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital.
 9. Realice el seguimiento del caso

- ≥ 5
- Trate y refiera según el caso
1. Aplique Score MAMÁ c/ 30 minutos y registre.
 2. Evalúe signos vitales más signos de alarma
 3. Realice un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico.
 4. Comunique al médico tratante, quien debe evaluar a la paciente en máximo 15 minutos.
 5. Aliste, active y aplique CLAVE AZUL, ROJA o AMARILLA según sea el caso.
 6. Si no revierte puntaje en 30 minutos, evalúe signos de alarma materna y bienestar fetal; y realice referencia a establecimiento de mayor complejidad dependiendo del tipo de complicación obstétrica.
 7. Transfiera acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior según el caso.
 8. Active cadena de llamadas: comunique al director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital o Coordinador Zonal
 9. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

1.2. Antecedentes

En su estudio denominado Capacidad Resolutiva de la Atención Materna en el Municipio Juan Germán Roscio de Guárico, Venezuela, señala que la capacidad resolutive de atención

materna de los establecimientos de salud depende de los componentes de la estructura y resultado. Fue un estudio de tipo descriptivo. Utilizó una muestra de 66 establecimientos de salud, y obteniendo un resultado de 68,96% en la utilización de la capacidad resolutive en la atención materna. Y concluyó que existe la capacidad resolutive aceptable en el componente de la estructura para prestar el servicio en la atención materna. Existiendo dimensiones con mucha fortaleza en el recurso humano asistencial y la infraestructura. Es evidente la importancia para poder asegurar la calidad de atención en las emergencias obstétricas y neonatales por parte del equipo médico profesional poder contar con una infraestructura adecuada, personal calificado y el nivel de capacidad resolutive para la prevención de las complicaciones obstétricas que conllevan a las muertes maternas. En su investigación denominada Procedimiento para medir capacidad resolutive de los Equipos básicos de salud, tuvo como fin plantear un proceso metodológico que permita desarrollar y evaluar la capacidad resolutive del equipamiento básico en salud. El estudio realizado fue de tipo retrospectivo el cual se desarrolló revisando bibliografía y analizando contenido documentario. Obtuvo como resultado la propuesta de un instrumento de alcance nacional, y finalmente concluyó que la capacidad resolutive del equipamiento básico de salud debe ser medido con actividades propias al trabajo en los diferentes niveles de atención. Considerando la infraestructura inadecuada y el déficit de equipamiento de vanguardia para el manejo de las emergencias y neonatales limita el aseguramiento de la calidad por parte del equipo médico de profesionales (30).

En su investigación Análisis de la referencia de pacientes a un Hospital de tercer nivel pediátrico en La Paz. Bolivia. Su objetivo fue analizar los informes que fueron derivados al Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría” en el periodo correspondiente del 1 de Julio al 31 de septiembre. Este estudio fue de tipo descriptivo. utilizó una muestra a 300 referencias realizadas, obtuvieron como resultados que el 51% de las 19 referencias son justificadas y el 49% de las referencias son injustificadas. Analizando según el nivel de atención, obtuvo que el primer nivel de atención realizó más referencias injustificadas, seguidamente del tercer nivel de atención y finalmente el segundo nivel de atención. En el primer nivel de atención obtuvieron que la mayor cantidad de referencias fueron de mala calidad, con fallas en los manejos de la referencia, trasladados sin profesionales de la salud. De las 157 referencias del

primer nivel de atención son el 59% injustificadas, pudiéndose resolver en el primer nivel de atención.

En referencia a lo mencionado por Quimbert es importante resaltar que al ser nuestra casa de salud un Hospital de segundo nivel de complejidad de debe realizar una correcta valoración médica para de ésta manera poder realizar las referencias a los niveles competentes, para evitar la saturación de las demás unidades, y que el manejo de los neonatos sea de acuerdo a la condición de salud (4), en su estudio denominado Capacidad Resolutiva de Establecimientos de Centros Maternos (Nivel I-4) de la Red Lima Este Metropolitana. Lima, Perú. Señala en su objetivo difundir los resultados obtenidos en la calificación de la capacidad resolutiva de los Centros Maternos de la Red Lima Este Metropolitana. Realizó la investigación de tipo cuantitativo, con un diseño descriptivo, transversal y retrospectivo. La investigación tomó una muestra de 4 establecimientos de atención básica. La investigación obtuvo como resultado que los establecimientos de Lima Este Metropolitano tienen la capacidad resolutiva por debajo del 69%. Concluyendo que existen varias brechas por resolver para lograr que estos establecimientos de salud cuenten con la capacidad resolutiva correspondiente a las necesidades de la población, el cual les permita cumplir con los objetivos trazados para disminuir la mortalidad materna peruana(32).

En su estudio Situación de la Mortalidad Materna 2000-2012. Lima, Perú. Tuvo como fin realizar un análisis de la mortalidad materna en el periodo de estudio. Fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, tomando como fuente al sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna de la Dirección General de Epidemiología del MINSA, también a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. En la investigación encontró una disminución en las tasas de mortalidad materna durante los años 2000 y 2012, debido a la existencia de causas diversas que aún se mantienen en las distintas regiones, se menciona que la hemorragia es una de las causas de mortalidad materna. Finalmente llegó a la conclusión que la atención se ha incrementado en los últimos años, pero que aún es necesario mejorar la capacidad resolutiva de respuesta eficiente, oportuna y de calidad en los servicios de salud. Importante lo que refiere en su estudio Del Carpio, siendo conocedores que el objetivo de varios programas de salud a nivel mundial es la inexistencia de muertes maternas y asegurar la, calidad de atención con una detección oportuna de los factores de riesgo para brindar una

atención de manera oportuna con el equipo de profesionales capacitados y con una infraestructura adecuada, en su investigación denominada Satisfacción del Usuario Externo de la Atención recibida en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II-2 de Tarapoto, periodo 2014. Desarrollo el objetivo general de identificar la satisfacción del usuario externo con relación a la atención recibida en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital II-2 de Tarapoto. La investigación fue de tipo no experimental, cuantitativo, prospectivo, descriptivo, de corte transversal. Tomando como muestra a 288 pacientes externos quienes fueron atendidos en el servicio de Gineco obstetricia. La investigación obtuvo como resultados: que el 75,7% de la satisfacción del paciente externo de la atención recibida durante el periodo 2014 es alta. Seguidamente, el paciente externo mostró un grado de 91% de satisfacción, sin dudar una relación alta en correlación a la dimensión del ser humano. Así mismo el 51.4% de la satisfacción en la dimensión técnico científico fue media, en consecuencia, los exámenes realizados por los médicos son completos y minuciosos (94%), en el examen clínico se debe detallar una información clara, adecuada y completa (91%), así mismo se debe proveer adecuadamente de los medicamentos (73%)

Los índices de mortalidad materna (MM) son indicadores importantes para medir el estado de salud y nivel de vida de una población, a nivel mundial la hemorragia obstétrica está entre los índices más altos de causas de mortalidad materna, en el Ecuador mueren aproximadamente 150 mujeres al año por causas relacionadas al embarazo, parto y pos parto, entre estas causas se encuentra la hemorragia obstétrica (31) la OMS señala al cuidado materno como una prioridad dentro de las políticas públicas por lo que recomienda establecer programas de control, prevención y protocolos. En este contexto el conocimiento de los profesionales es importante para contener la mortalidad derivada de las hemorragias obstétricas, una identificación oportuna y un actuar eficiente son fundamentales para la implementación de medidas terapéuticas que permitirán una evolución favorable del cuadro clínico. Las carreras de Ginecología y Obstetricia enfocan un porcentaje de su pensum a la impartición de contenidos relacionados con las hemorragias obstétricas, por lo tanto, es importante conocer cuál es el nivel de conocimientos con respecto al manejo de las hemorragias postparto Se realizará un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, en el que se indagarán las actitudes a la atención de la hemorragia obstétrica, y la percepción de

parte de profesionales de la salud en cuanto a las barreras percibidas para llevar a cabo una correcta atención a estas emergencias. (31)

En cuanto al estudio sobre los trastornos hipertensivos y utilidad del Score Mamá, score MACAS en gestantes mestizas y de etnia SHUAR desarrollado en el 2019 en Macas, que se planteó con el objetivo de evaluar las utilidades de los scores MAMÁ en el Hospital de Macas. Para lo que usó el tipo de investigación mixta con diseño retrospectivo y alcance descriptivo; encontrando que existió una frecuencia similar a reportes previos, siendo el antecedente familiar de preeclampsia el factor de riesgo con mayor poder predictivo para el desarrollo de estos trastornos. Además, el uso del score MAMÁ y el score MACAS mostraron capacidad predictiva similares para la detección de THE (Preeclampsia severa y Eclampsia) en la población. La implementación del score MACAS podría ser particularmente útil en este escenario, en tanto responde a las características sociodemográficas y biológicas propias de la población en estudio (32).

Por otro lado, Quezada, et al. (33) en el 2020 acerca de la validación del score mamá y Macas en paciente de la región amazónica, estableciendo relaciones en la muestra seleccionada, mediante un estudio de cohorte retrospectivo y analítico, con procesamiento de datos mediante el software SPSS a un total de 1259 gestantes. Dando como resultados que se activaron 46 claves azul, 14 claves amarillas y 41 claves rojas y prevalencia con un score MAMÁ por sobre 3 puntos aumentaba 18 veces la probabilidad de requerir activación de clave obstétrica, concluyendo que ambos escores son adecuados para el reconocimiento de gestantes con riesgo obstétrico.

En el trabajo desarrollado por Oña y Garzón (34) en Pichincha, que se planteó como objetivo evaluar el impacto al entrenarse con simuladores en el proceso de enseñanza aprendizaje para el personal de salud del primer nivel sobre sepsis obstétricas, a través de un estudio de tipo pre experimental en aplicación antes y después de test previos. Obteniendo que referente al grupo etario el más frecuente fue de 30 a 39 años con 32.4 %, en relación al sexo femenino fue el más frecuente con 73 %, el 95.5 % eran mestizos, el cargo más frecuente fue obstetras con el 36.9 %. En relación con el nivel de conocimientos valorados antes de la capacitación se identificó un nivel moderado en el 58 % de los participantes seguido de nivel bajo en el 37.5 %. Además, refiere que la mejora continua de las capacidades del personal de saluda

debe ser una de las estrategias principales a ser implementadas en materia de políticas asistenciales que apunten a la reducción de muertes maternas, señalando que la calidad de atención obstétrica estará sujeta al número y disponibilidad de personal capacitado y cualificado en los centros asistenciales.

La nueva perspectiva de gerencia sobre la atención de calidad en salud señala que brindar calidad significa corresponder a las expectativas del usuario, razón por la cual el hecho de no brindar una atención de calidad por parte del equipo de profesionales trae consigo problemas para los usuarios, debido a la insatisfacción por la atención recibida y esto repercute en su estado de salud generando tratamientos más largos, hospitalización prolongada y por ende mayor inconformidad.

1.2. Bases Legales

En ésta investigación se va asegurar el cumplimiento de los derechos de las mujeres embarazadas como lo establece El art. 35 de la Constitución, expresa el derecho de las personas y grupos de atención prioritaria del que es parte mi objeto de estudio las mujeres embarazadas, , recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado , además el Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (Parturientas) , particular que, no obstante el indicativo procesal en brindar solución a éste lacerante problema de la delincuencia, en el que se encuentran inmersas las citadas personas , es utopía su aplicación, por los carentes e inexistentes planes de Transformación Institucional del Ministerio de Justicia y el Poder Judicial para su ejecución particular que en la actualidad considera en sus apuntes de planificación el Consejo de la Judicatura- más cuando, el Art. 43 de la Carta Fundamental reconoce a las mujeres embarazadas(30).

Con esta investigación que busca que se dé cumplimiento como lo establece en el Art.43 de la carta fundamental la obligación del Estado de Garantizar en su período de embarazo cuanto, de lactancia, los derechos a no ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral (Delinquir no es un ámbito educativo, social y laboral, gratuidad de los Servicios de Salud Materna. La protección prioritaria y cuidada de su Salud integral y

de su vida durante el embarazo, parto y post parto disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia(31)

El Ecuador como Estado miembro de la OPS/OMS, (Región de las Américas) ha realizado esfuerzos para el cumplimiento de dichos mandatos generados en las diferentes Conferencias Mundiales y Regionales, dentro de las más relevantes: Publicación del primer Manual del Sistema de Vigilancia de la Muerte Materna, y Comités de Estudio 1994; actualización y publicación del segundo Manual de Vigilancia Epidemiológica y Funcionamiento de los Comités de Mortalidad Materna 1999; Conformación de la Comisión Técnica Ejecutiva con funcionarios de las Direcciones de Normatización del Sistema Nacional de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública, responsable de la conducción del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna, (SVEeIMM) año 2002; revisión y actualización del Manual de VEeIMM 2005. En el marco del Plan Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna vigente. Constituyéndose en el primer eje de acción(32).

La Constitución de la República del Ecuador 2018, desde una visión general de la salud (capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el estado y por cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que se sustentan en el buen vivir.

CAPITULO II:

MATERIALES Y METODOS

2.1. Tipo de estudio.

El estudio se desarrolló en el Hospital General Santo Domingo, el cual funciona en la provincia de Santo Domingo ubicado Av. Lorenzo Emilio Stele, con un horario de atención de 24 horas. Al momento cuenta con 10 subespecialidades, lo que permite una atención oportuna de calidad y con calidez, como consecuencia de la gran demanda de servicios ciudadanos se implementaron las atenciones en: Endocrinología, Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Neumología, Epidemiología, Unidad de pie diabético, además sala de emergencias, Centro Quirúrgico, Esterilización, Farmacia, Imagenología y Laboratorio.

Se aplicó como tipo de investigación mixto que permitió establecer el aseguramiento de la calidad de atención en las emergencias obstétricas y neonatales del Hospital General Santo Domingo, de corte longitudinal retrospectivo y de alcance correlacional.

2.2. Población y muestra

La población que se consideró para este estudio fue conformada por las pacientes embarazadas que acudieron a esta casa de salud de manera voluntaria o las referidas de las diferentes casas de salud, así como las que acudieron al servicio de emergencia durante el año 2020, las mismas que fueron un total 1291 pacientes con la finalidad de medir la calidad de atención percibida por el personal médico y administrativo de ésta casa de salud; así como a la población de profesionales del servicio de emergencias y ginecología, los mismos que fueron un total de 35 profesionales.

Para la selección de la muestra se aplicó una fórmula estadística finita.

Dónde: N = Total de población. Z a = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%). P = proporción esperada .q = 1 – p .d = precisión.

Posterior a la aplicación de la fórmula se obtuvo como resultado una muestra de 297 pacientes a las cuales se les realizó la encuesta en el mes de marzo del 2021, así como a un total de 29 profesionales de la salud, considerando como criterios de exclusión a 6 profesionales con vacaciones del total de la población.

Además se aplicaron como criterios de inclusión a embarazadas que acudan a recibir la atención al Hospital General Santo Domingo en el área de emergencias o que se encuentran hospitalizadas en el servicio de ginecología y que cursan embarazos de alto riesgo y profesionales de la salud que laboran en el servicio de emergencia y ginecología y, como criterios de exclusión a pacientes que no firmen el consentimiento informado de autorización para la realización de algún procedimiento y pacientes hospitalizadas o que acuden a emergencia por alguna otra causa ginecológica que no se considere una emergencia obstétrica, al igual que el personal que goza de vacaciones anuales.

Posterior a la aplicación de los criterios de exclusión de la muestra nos quedamos con un total de 175 pacientes que se consideraran para el presente estudio y un total de 29 profesionales de la salud.

2.3. Definición conceptual y Operacionalización de variables.

2.4. Métodos

Para la presente investigación se utilizó el método observacional, grupal indirecto e individual directo, en el primero se observó la calidad de atención que brinda el equipo médico conformado por los médicos y licenciados en enfermería al momento del contacto con las pacientes, se logró aplicar una encuesta con la finalidad de recabar y corroborar la información observada durante el desarrollo de las actividades correspondiente a cada profesional. Estos métodos fueron aplicados para los prestadores de salud así se mide la calidad de la atención a los usuarios para conocer el discernimiento de la atención recibida.

2.5. Técnicas e instrumentos

Se aplicó la técnica de la encuesta estructurada, adaptada de Tesis previo a la obtención del título de Magíster en Administración de Empresas mención Planeación autora: Tania Ximena Ávila Bustos, con el tema de; evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia pediátrica Hospital General de Milagro y, se aplicó simultáneamente la observación con la guía de observación aplicada a las historias clínicas obteniendo información proveniente de los datos de las embarazadas atendidas en el año 2020.

2.6. Análisis de Datos

La información lograda mediante la encuesta fue de manera individual y manual, en consideración con los criterios de exclusión y también se indagó mediante una ficha de observación, y los instrumentos fueron aplicados entre la tercera semana de agosto a la primera semana de septiembre del año 2020.

Posteriormente dichos resultados fueron tabulados asimismo de manera manual y se trasladaron a una base digital a través del programa Microsoft Excel-2019 con el fin de ser representados por gráficos y tablas estadísticas, mediante la técnica estadística descriptiva para reflejar los resultados obtenidos, aplicando proporciones e intervalos de confianza; culminando con los respectivos análisis de la información final con el programa Microsoft Word-2019.

2.7. Normas Éticas

Para el desarrollo de este trabajo se tendrá en cuenta los principios éticos pertinentes para estudio, se hizo énfasis respecto a la autonomía, privacidad y beneficencia.

- Se solicitó a la máxima autoridad de la Institución la autorización para iniciar con la investigación del Proyecto de Tesis.

- Al equipo médico del servicio que incluye, médicos y licenciadas en enfermería se pidió colaboración para su participación en el proyecto de tesis.
- Participaron en la investigación de manera voluntaria y previa firma de consentimiento informado.
- La información obtenida fue únicamente utilizada para el estudio.
- Se respetó el derecho de confidencialidad de los pacientes ocultando su identidad.
- Los tiempos de la investigación se realizó en jornada laboral y sin interrumpir actividades del personal sanitario y administrativo del Hospital General Santo Domingo.

CAPITULO III:

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de esta investigación, cumpliendo los objetivos. Para dar conocer la percepción de los usuarios relacionada con la calidad de atención del equipo de profesionales de salud del Hospital General Santo Domingo.

En esta figura podemos observar que el 39% han recibido atención en esta casa de salud por más de una ocasión.

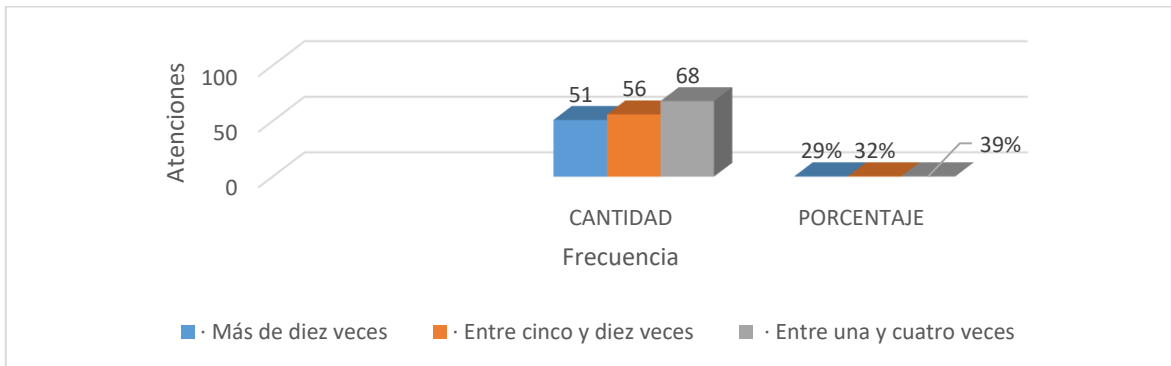


FIGURA 1: Número de atenciones recibidas en el Hospital General Santo Domingo
Fuente: Encuestas aplicadas a los pacientes.

El 50.85% considera que el trato recibido ha sido muy bueno, el 35,42% considera bueno el trato, el 10,28% considera regular el trato recibido y, el 3,42% lo considera malo. Esto nos permite considerar el trato del equipo médico de profesionales como un factor contribuyente a limitar el aseguramiento de la calidad de atención de las pacientes que acuden al Hospital General Santo Domingo.

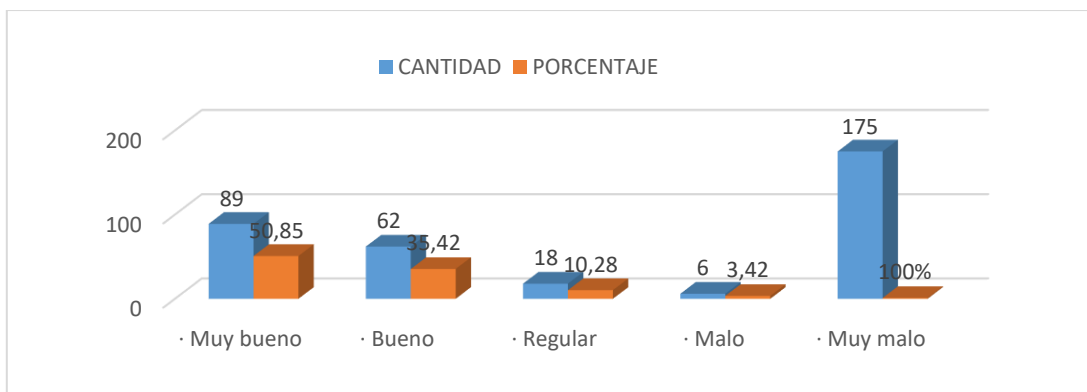


FIGURA 2: Percepción de las pacientes del trato recibido por el equipo de profesionales
Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes.

En esta figura podemos evidenciar el nivel de satisfacción de las pacientes en la atención recibida por el personal administrativo del Hospital General Santo Domingo, obteniendo que un 82,25% si está satisfecho con la atención recibida por el personal administrativo y el 17,14% del total de la muestra no está satisfecho.

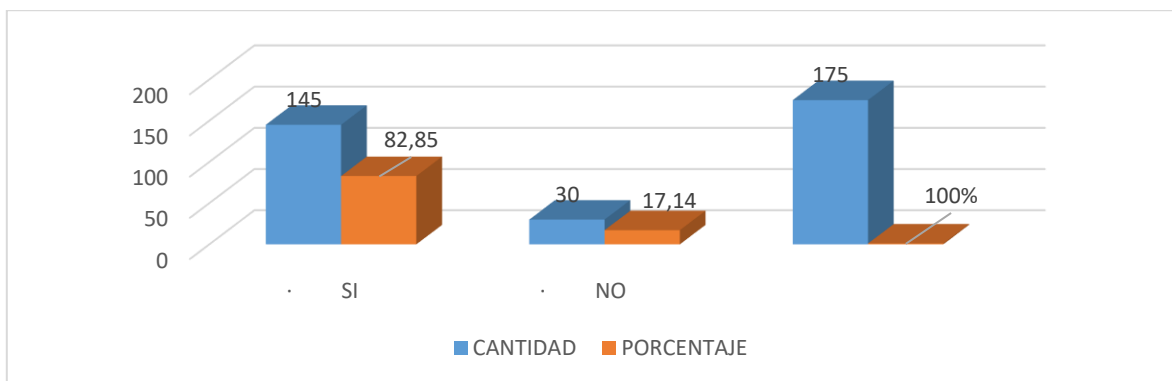


FIGURA 3: Nivel de satisfacción con a la atención recibida por el personal administrativo
Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes.

En esta figura podemos observar que el 64% indicaron que totalmente notó mejoría en su salud posteriormente a la atención recibida y un número reducido de la muestra indicó que no tuvo ninguna mejoría.

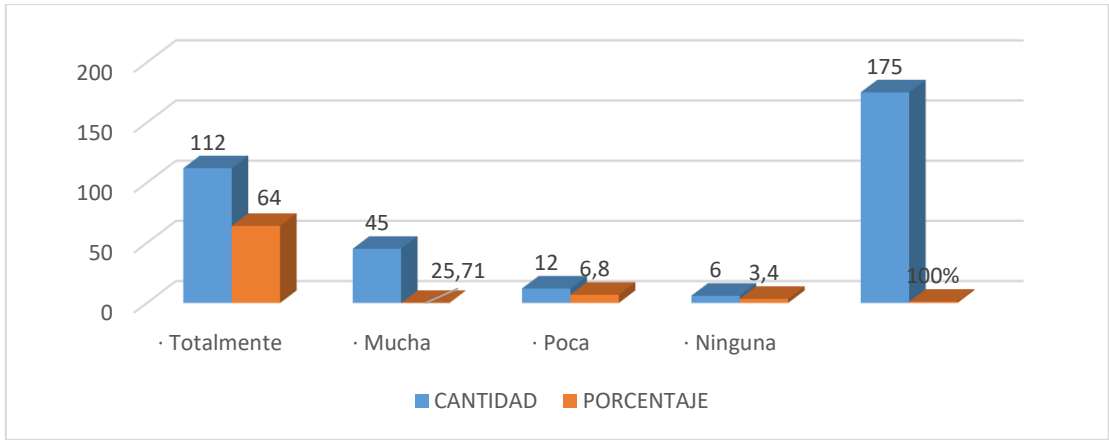


FIGURA 4: Mejoría percibida luego de la atención recibida.
Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes.

En esta figura podemos evidenciar que del total de la muestra 39,42 %pacientes indicaron que la atención al acudir al Hospital General Santo Domingo fue normal, seguida de un 25,71% indicó que la atención fue rápida y un 14,28 % indicó que la atención fue lenta.

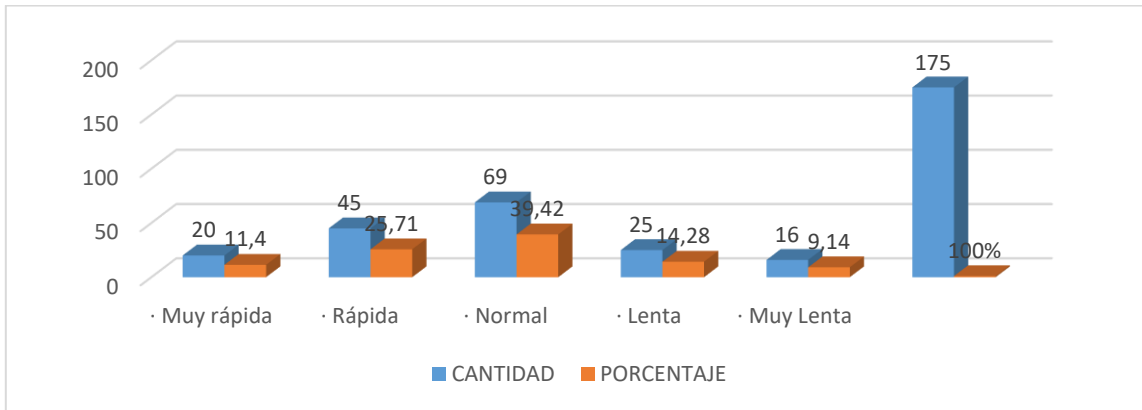


FIGURA 5: Cuánto fue la demora en la atención cuando asiste por una emergencia
Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes.

En esta figura podemos observar que un 31,42% indicó que debe existir una mejoría en el trato a las pacientes por parte de los funcionarios del Hospital General Santo Domingo. Este

resultado nos permite evidenciar que el trato de los funcionarios de esta casa de salud a las pacientes se constituye en un factor contribuyente a limitar el aseguramiento de la atención de calidad.

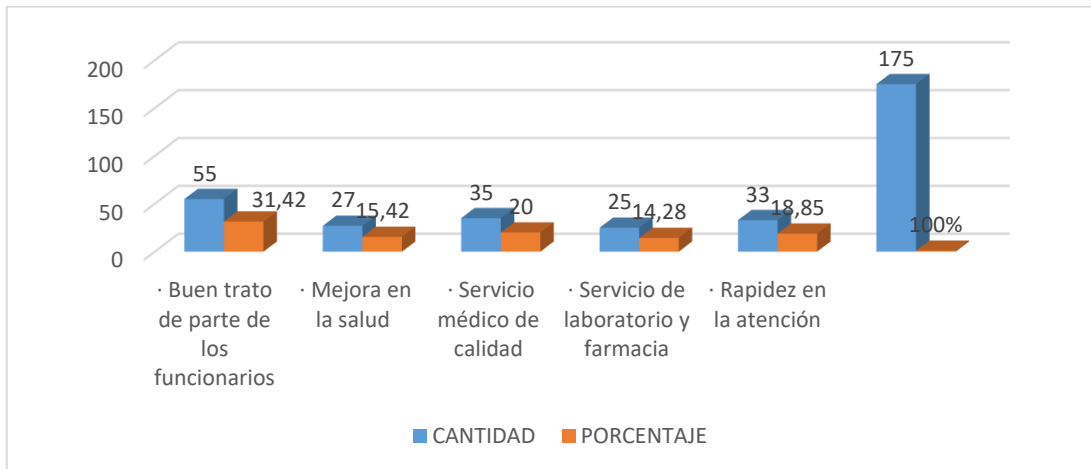


FIGURA 6: Expectativa de las pacientes en relación con los servicios médicos
Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes.

En esta figura podemos observar que el 44,5 % indicó que la atención brindada debe ser con mayor rapidez, seguida de un 20,3% indicó que los funcionarios deben ser más atentos. A continuación, se presentan los resultados de esta investigación, cumpliendo los objetivos. Para dar conocer la percepción de los profesionales del equipo de salud relacionada con la calidad de atención del equipo de profesionales de salud del Hospital General Santo Domingo.

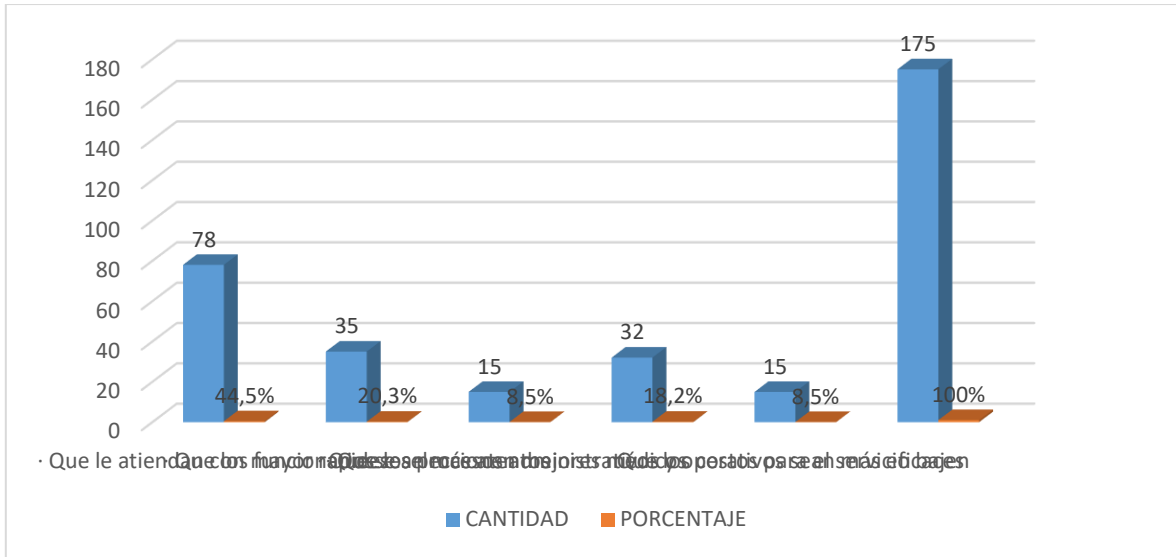


FIGURA 7: Atención brindada por profesionales del Hospital General Santo Domingo
Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes.

En esta figura podemos observar que del total de la muestra el mayor porcentaje de los profesionales representada en un 51,72% indicó la existencia del déficit de profesionales, seguido de un 34,4% que indicó que el déficit de equipos es otro limitante del aseguramiento de la atención de calidad.

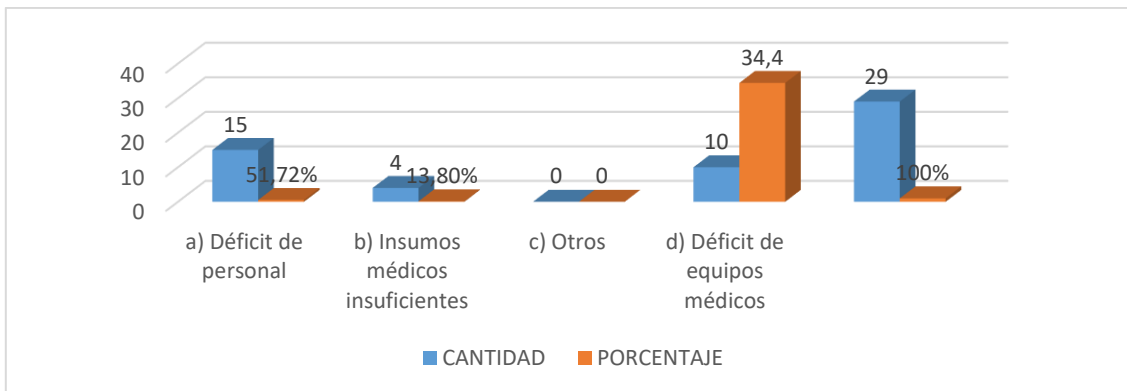


Figura 8. Déficits del Hospital General Santo Domingo que limitan el aseguramiento de la atención de calidad.

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de salud de los servicios de emergencia y ginecología del Hospital General Santo Domingo.

Interpretación: En esta figura podemos determinar que de la muestra total un 56% considera muy buena la infraestructura, considerando como muy importante para el aseguramiento de la calidad de atención.

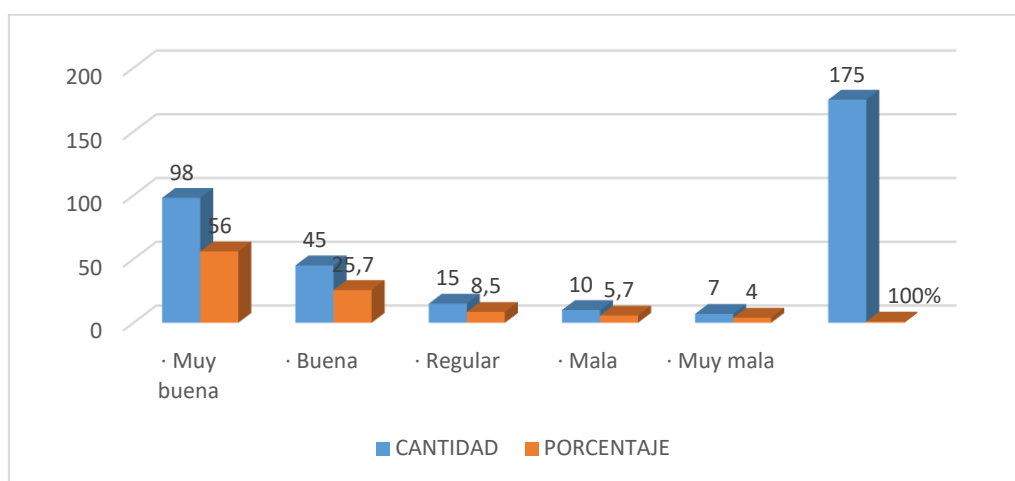


FIGURA 9 Percepción de los usuarios en relación con la infraestructura y equipamiento médico del Hospital

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

En el proceso de recolección de datos se pudo evidenciar de manera directamente (análisis crítico) la calidad de atención que se brinda en el Hospital General Santo Domingo, observando tanto al personal como a la infraestructura, es decir, de acuerdo a las dimensiones humana y del entorno, donde se obtuvo lo siguiente:

- Dimensión Humana: se evidenció que la calidad de atención del personal de salud del Hospital fue muy buena, en cuanto a los aspectos de amabilidad, ética profesional, empatía y respeto a sus derechos humanos.
- Dimensión del entorno: se evidenció que la calidad de atención en base al entorno físico del Hospital fue buena en lo que respecta a los aspectos de comodidad, ambientación y limpieza, privacidad y equipamiento.

CAPITULO IV:

DISCUSION

De los datos obtenidos de acuerdo con nuestra muestra de profesionales que de manera voluntaria colaboraron con la investigación se puede concluir que los principales profesionales que se requieren para la asistencia de las emergencias obstétricas y neonatales, el 52% concluye en que se requieren enfermeras, obstetras, neonatólogos, ginecólogos y un 48 % notó la necesidad de anesthesiólogos y auxiliares de enfermería como personal técnico de apoyo durante las 24 horas, como una adecuada infraestructura para la ejecución de las atenciones y se refleja en las encuestas realizadas, un 44% opina no disponer de infraestructura adecuada. Este estudio coincide con Juan Germán Roscio de Guárico en su estudio denominado Capacidad Resolutiva de la Atención Materna en el Municipio, Venezuela, señala que la capacidad resolutiva de atención materna de los establecimientos de salud depende de los componentes de la estructura y resultado. Es evidente la importancia para poder asegurar la calidad de atención en las emergencias obstétricas y neonatales por parte del equipo médico profesional poder contar con una infraestructura adecuada, personal calificado y el nivel de capacidad resolutiva para la prevención de las complicaciones obstétricas que conllevan a las muertes maternas.

Se coincide con lo que refiere el estudio Del Carpio sobre la importancia de una infraestructura adecuada, así como un equipo de profesionales para poder asegurar una atención de calidad a los usuarios externos que acuden al HGSD, con un 56% de la población de estudio concuerda en que la infraestructura es muy buena, siendo notable que un 44% tiene un criterio diferente.

También existe concordancia con el estudio denominado Capacidad Resolutiva de la Atención Materna en el Municipio Juan Germán Roscio de Guárico, Venezuela, en el que se señala que la capacidad resolutiva de atención materna de los establecimientos de salud

depende de los componentes de la estructura y resultado, lo cual se evidenció en ésta investigación sobre la importancia de ello para poder solventar las emergencias presentadas.

CAPITULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Estos resultados permiten concluir la notable importancia de contar con un equipo multidisciplinario capacitado y con los equipos de vanguardia que complementen el aseguramiento de la calidad de las emergencias obstétricas y neonatales.

5.1. Conclusiones

En cuanto al objetivo general se logró concluir que en el HGSD al momento del manejo de pacientes embarazadas que presentaban alguna emergencia obstétrica de acuerdo a su complejidad, fueron manejadas por el equipo multidisciplinario cumpliendo con la norma vigente, sin embargo, los déficits anteriormente mencionados, obligaban a realizar oportunamente trámites de referencia para salvaguardar la vida de la madre y el feto y de ésta manera evitar una muerte materno - infantil.

En ésta la investigación mediante la aplicación de una encuesta se logró identificar que el nivel de conocimiento del personal con respecto al manejo de las emergencias obstétricas y neonatales no fue contributivo a las complicaciones materno-neonatales sin embargo el déficit de talento humano lo fue

Se pudo identificar que el déficit de insumos, equipo médico, profesionales de la salud y una infraestructura inadecuada fueron los principales factores restrictivos para el aseguramiento de atención

No se logró conocer o determinar los factores sociodemograficos al tener una población diversa

Se logró determinar que a pesar de los factores limitantes la atención q se brinda en el HGSD es buena considerando el buen trato del equipo médico hacia los usuarios externos, sin haber tenido que lamentar muertes maternas neonatales y dando cumplimiento al objetivo del MSP que es la prevención de muertes maternas

5.2. Recomendaciones

A los responsables del Hospital General Santo Domingo:

Se asimile periódicamente la efectividad de las terapias aplicadas a los pacientes que se encuentren en las unidades de rehabilitación (trimestrales o semestrales).

Indague que otros factores están alterando la terapéutica final de los pacientes con adicción.

Se realice mejoras en el equipamiento y entorno del área de hospitalización de estas unidades.

Dotación de personal profesional de diferentes perfiles indispensables según el reporte de aseguramiento de atención de calidad en las emergencias obstétricas y neonatales del Hospital General Santo Domingo.

Continúen con investigaciones que den seguimiento y más estudios sobre esta problemática para llegar a una mejora de los tratamientos y efectividad de estos.

6. REFERENCIAS

1. del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30:461-4.
2. Candia Maquera ML, Navarro Zambrano LRJ, Salazar Mestanza FI. Mejoramiento de la planificación de proyectos de infraestructura hospitalaria aplicando BIM para optimizar la constructabilidad. 2018;
3. Mendoza Ayala PC. Asociación De La Categoría Asignada Con La Capacidad Resolutiva De Las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud-IPRESS De La Red De Salud Moyobamba, 2017. 2018;
4. Garófalo Secaira LE. Análisis de impacto de la Política Pública local en los grupos de atención prioritaria en el Cantón Quevedo, año 2019. 2020;
5. Asanza KC, Sánchez CEP, Meneses CA. Morbilidad materna extremadamente grave y mortalidad, indicadores de calidad de la atención obstétrica. Multimed. 2017;21(3):289-310.
6. Leal DR, Verdú J. Consecuencias de una muerte materna en la familia. Aquichan. 2013;13(3).
7. Córdova MCA, Ramírez TML, Vera AJV, Briones WV. Causas de hemorragia postparto. RECIMUNDO. 2021;5(1):191-206.
8. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. OPS; 2012.
9. CABRERA LEV. INEQUIDADES EN EL ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD EN MENORES DE 5 AÑOS EN ALTA VERAPAZ. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA; 2015.
10. Hoyos-Vertel LM, Muñoz De Rodríguez L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública. 2020;21:17-21.

11. Redondo RP, Velazquez MC, Hernandez HG. El recurso humano factor de competitividad en el sector salud. *Investig e Innovación en Ing.* 2018;6(1):93–101.
12. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2005;39(4):375–82.
13. Carranza JEE, Ramírez J del CC, Celi DYT. Anemia ferropénica como factor de riesgo en la presencia de emergencias obstétricas. *Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión.* 2018;3(2):71–8.
14. Rostagnol S. Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción. Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de ...; 2016.
15. Borre-Naranjo D, Santacruz J, Gonzalez-Hernandez J, Anichiarico W, Rubio-Romero J. Infección por SARS-CoV-2 en la paciente obstétrica: una perspectiva desde el cuidado crítico. *Acta Colomb Cuid Intensivo.* 2020;20(2):98–107.
16. González RV. Origen de la morbilidad neonatal. *Artic Orig.* 2006;74:215–7.
17. Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, González Rodríguez G, Pérez DR. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2010;48(3):310–20.
18. Paz Vargas JC. Caracterización de las referencias del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018. 2021;
19. Barahona Valdiviezo LL, Delgado Saldarriaga M. Percepción de la deshumanización por parte del personal de enfermería en áreas críticas en Latinoamérica. 2020.
20. Camejo Parales JC. Creación y Validación de una Ficha de Dispensarización en Atención Primaria en Salud. 2021;
21. DE LAS METAS IDEP. PANAMERICANA MUNDIAL _7 DE LA SALUD DE LA SALUD" _/'_. 1994;

Anexo N° 1. Conceptualización y operacionalización de las variables.

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Técnica/ Instrumento
<p>Conocer los factores restrictivos para mejorar el aseguramiento de la calidad de las emergencias Obstétricas y Neonatales del HGSD</p> <p>Analizar la calidad de atención prestada a las mujeres embarazadas y recién nacidos por parte del equipo médico del Hospital General Santo Domingo.</p>	<p>Aseguramiento de la calidad.</p> <p>Calidad de atención.</p>	<p>Se define como el conjunto de acciones que toman las empresas o establecimientos con el propósito de poder entregar a los consumidores o usuarios bienes y servicios con el nivel de calidad esperada.</p> <p>La calidad en la atención médica debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida</p>	<p>Calidad de atención total.</p> <p>Atención recibida por parte del equipo médico (Licenciadas/Médicos)</p> <p>La infraestructura y los equipos con los que cuenta el hospital.</p> <p>Satisfacían sus necesidades con la atención recibida por parte del personal administrativo y operativo.</p> <p>Al solicitar atención por parte del equipo médico, fue atendido.</p>	<p>Muy buena Buena Regular Mala Muy mala</p> <p>Muy buena Buena Regular Malo Si No</p> <p>Muy rápida Rápida Normal Lenta Muy Lenta</p>	<p>Encuesta / Historia clínica.</p> <p>Historia clínica.</p> <p>Encuesta</p> <p>Historia clínica.</p>
<p>Examinar el soporte psicoterapéutico proporcionado a los pacientes del Centro especializado en tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, según los trastornos mentales asociados.</p>	<p>Manejo psicológico</p>	<p>Psicología Clínica, esta tiene por finalidad el diagnóstico, tratamiento, resolución y prevención de problemas de salud mental, emocionales o de conducta. Por tanto, la aplicación de las diferentes técnicas de psicología clínica sobre un paciente es lo que se denomina psicoterapia. (65)</p>	<p>Criterios de buena práctica psicológica: -Ausencia de síntomas psicológicos</p>	<p>Test psicológico de adicción a drogas.</p>	<p>Entrevista/ Test de drogas del Dr. Saul Alvarado; Test de alcohol de AAG; y Test de tabaquismo de Fagerstrom.</p>
				<p>Test psicológico de adicción al alcohol.</p>	
	<p>Trastornos mentales</p>	<p>Son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento (66)</p>	<p>Tipos de trastornos mentales asociados a la adicción</p>	<p>Ansiedad; Depresión; Trastorno bipolar; Esquizofrenia; Otros.</p>	
<p>Identificar el grado de comodidad del centro de rehabilitación del Centro especializado en tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas.</p>	<p>Calidad de atención en salud</p>	<p>Calidad es la capacidad o aptitud que tiene un producto o servicio de satisfacer los deseos y necesidades de un cliente en un momento específico. Cuando llevamos la</p>	<p>Dimensión Técnico –científico</p>	<p>Efectividad Eficacia Eficiencia Seguridad Integridad</p>	<p>Test psicológicos y encuesta.</p>

		definición de calidad al campo de los Servicios de Salud toma más relevancia, pues no solo incluye lograr la satisfacción del paciente, sino mejorar su calidad de vida, extenderla y en muchos casos, evitar que se enferme o muera. (10)	Dimensión Humana	Derechos humanos Honestidad Amabilidad Ética Empatía	Observación/ Ficha de observación.
			Dimensión del entorno	Comodidad Ambientación Limpieza Privacidad Equipamiento	

Anexo N° 2. Encuesta - Cuestionario de preguntas

Esta entrevista tiene la finalidad de recabar información relevante relacionada con la calidad de los servicios de emergencia ginecología y centro quirúrgico.

Gracias por su colaboración.

- 1. ¿Cuántas pacientes ginecológicas promedio atiende al día este servicio?**
 - a) 5-15
 - b) 10-30
 - c) 30-50

- 2. ¿Cuáles son los requisitos que se les solicita a los usuarios esta casa de salud previo a ser atendidos?**
 - a) No tener algún tipo de seguro.
 - b) Ser ecuatoriano
 - c) No se solicita ningún requisito
 - d) Se atiende a todo el que llega por atención.

- 3. ¿Cuáles son los servicios de apoyo diagnóstico que presta a la ciudadanía esta casa de salud? Escriba Si o No en el paréntesis.**
 - a) Ecografía las 24 horas. ()
 - b) Resonancia magnética ()
 - c) Electrocardiograma ()
 - d) Electroencefalograma ()
 - e) Eco dopler ()
 - f) Laboratorio clínico (todos los exámenes) ()
 - g) Rayos x las 24 horas ()
 - h) TAC simple y contrastada ()

- 4. ¿Cómo califica usted la atención del personal administrativo de esta casa de salud?**
 - a) Excelente ()
 - b) Bueno ()
 - c) Malo ()
 - d) Regular ()

- 5. ¿Cuáles son las mayores dificultades que enfrenta esta casa de salud actualmente?**
 - a) Déficit de personal ()
 - b) Insumos médicos insuficientes ()
 - c) Falta de equipos médicos ()

- 6. Entre las principales quejas que reciben de los usuarios ¿cuáles son las más frecuentes?**
- a) Demora en la atención. ()
 - b) Fala de medicamentos ()
 - c) Falta de información ()
- 7. ¿Los procesos que se aplican son eficientes y eficaces?**
- a) Si ()
 - b) No ()
- 8. ¿Cuáles son los procesos administrativos que se aplican en esta casa de salud y que retrasan la atención?**
- a) Falta de vehículos para traslado de pacientes.
 - b) Ausencia de personal administrativo las 24 horas para gestionar transferencias, referencias o derivaciones.
 - c) Deficiencia de equipos médicos de vanguardia
 - d) Ninguna de las anteriores
- 9. ¿Existe buen trabajo en equipo en este servicio?**
- a) Si ()
 - b) No ()
- 10. ¿Qué nos puede decir de la organización y aseo de las instalaciones de esta casa de salud?**
- a) Es excelente.
 - b) Es buena
 - c) Es regular
 - d) Es mala
- 11. La infraestructura y el equipamiento de esta casa de salud para atender las emergencias obstétricas y neonatales actuales de la comunidad es:**
- a) Muy bueno ()
 - b) Bueno ()
 - c) Regular ()
 - d) Malo ()
- 12. ¿Cómo califica usted la gestión de calidad en los procesos administrativos que aplica esta casa de salud??**
- a) Muy bueno ()
 - b) Bueno ()
 - c) Regular ()
 - d) Malo ()
- 13. ¿Qué recursos deberían incrementarse o mejorarse en los procesos administrativos de esta casa de salud?**
- a) Materiales Financieros ()
 - b) Recursos Humanos ()

- c) Tecnológicos ()
- d) Otros, cuales ()

14. De acuerdo a su criterio: ¿Cuáles son las expectativas que tienen los usuarios de la atención de esta casa de salud?

- a) Es excelente.
- b) Es buena
- c) Es regular
- d) Es mala

15. ¿Considera usted pertinente la creación de una herramienta que permita mejorar la calidad de los servicios de salud en el Hospital General Santo Domingo?

- a) Si ()
- b) No ()

16. Mencione que profesionales de salud necesita la institución para el aseguramiento de la calidad en las emergencias obstétricas y neonatales.

Fuente: Modificado de Tesis de grado previo a la obtención del título de Magíster en Administración de Empresas mención Planeación

Autora: Ing. Tania Ximena Ávila Bustos

Anexo N° 3 Manejo de emergencias obstétricas



CLAVE AZUL TIPO C – HOSPITALES 2do y 3er NIVEL

MANEJO DE EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Coordinador:

Ubicado a la altura del útero:

- Activa “código azul” y da directrices al equipo
- Evaluación diagnóstica y Ordena la aplicación de los medicamentos necesarios (ver GPC)
 - a. Preeclampsia (ver GPC, pág. 26)
 - b. Eclampsia (ver GPC, pág. 27)
- **Tome la decisión temprana de remisión o de asumir el caso de acuerdo al nivel de atención. Definir lugar de referencia y comunicar.**
- Evalúa continuamente estado de conciencia y examen clínico
- Verifica continuamente que los asistentes cumplan sus funciones
- Habla con familiares sobre la severidad de caso y conducta a tomar (posterior a haber estabilizado al paciente).

Asistente 1:

- Ubicado en la cabecera del paciente.
- Anota los eventos
- Reevalúa estado de conciencia y alteración del SNC
- Monitorea de funciones vitales: frecuencia respiratoria, reflejos osteotendinosos, y diuresis horaria.
- Evalúa posibles signos síntomas de intoxicación por sulfato de magnesio
- Colabora con el coordinador la realización de procedimientos.
- Mantiene vía aérea permeable: Hiperextensión de cabeza, tubo de mayo N°4, aspiración de secreciones (en caso de ser necesario).
- Realice las ordenes de laboratorio para: Hb, Hcto, Plaquetas, TP, TTP, bilirrubinas, TGO, TGP, LDH, frotis sanguíneo, ácido úrico, creatinina, úrea, Frotis sanguíneo

Pre eclampsia severa, Eclampsia, Hellp

Asistente 2:

Ubicado a un lado del paciente

- Toma presión arterial y pulso
- Alcanza KIT DE CODIGO AZUL y otros materiales necesarios (si la paciente va a ser referida, llevarlo durante el transporte)
- Colocar 2 vías endovenosas (No. 14 o 16), tome muestras sanguíneas (3 tubos). Vía 1: solución isotónica (CINa 9% o LR). Vía 2: uso de Sulfato de Magnesio según indicaciones de Coordinador (ver GPC, pág. 26 Preeclampsia) y pág. 27 (eclampsia).
- Si PA \geq 160/110 mmHg administrar antihipertensivos según indique el coordinador
- Administración de Oxígeno (en caso de ser necesario)
- Colocar sonda Foley N° 14 o 16 con bolsa colectora.
- Registrar medicamentos administrados.

Circulante:

- Alista KIT DE CODIGO AZUL y otros materiales que sean necesarios y llevarlos durante el transporte
- Prepara la paciente para cirugía si el caso lo amerita
- Marca los tubos de muestras sanguíneas, garantice que sean recogidas, lleguen al laboratorio y se inicie el procesamiento
- Llama más gente, según disponga el coordinador
- Asiste en lo que el coordinador y enfermería requieran (alcanzar el balón de oxígeno, conectar aspirador de secreciones, tener disponible el equipo de resucitación, en caso sea necesario)
- Establece contacto con la familia, según lo defina el coordinador

Coordinador: Médico general o familiar, Ginecólogo **Asistente 1:** Anestesiólogo o residente u obstetra. **Asistente 2:** Enfermera, interno. **Circulante:** Auxiliar de enfermería



Fuente: Ministerio Salud Publica, 2017. Protocolo Score Mamá y Claves Obstétricas.

CLAVE ROJA

MANEJO DE LA HEMORRAGIA

UNIDADES TIPO C – HOSPITALES 2do y 3er Nivel

Coordinador :

Ubicado a la altura del útero:

- Activa "CLAVE roja" y da directrices al equipo
- Busca la causa del choque hemorrágico (y aplique A,B,C,D,E y GPC)
 - 1ra mitad del embarazo: aborto, complicaciones, ectópico, mola
 - 2da mitad del embarazo: placenta previa, abrupto placentario, ruptura uterina, vasa previa.
 - Hemorragia posparto: 4 "T" tono, trauma, tejido y trombina
- **Tome la decisión temprana de remitir o de asumir el caso de acuerdo al nivel de atención. Definir lugar de referencia y comunicar.**
- Evacua vejiga y deja sonda Foley
- Verifica continuamente que el equipo cumpla sus funciones
- Ordena el manejo o la aplicación de los medicamentos necesarios (Ver GPC).
- Habla con familiares sobre la severidad de caso y conducta a tomar (posterior a haber estabilizado al paciente)

Asistente 1:

Ubicado en la cabeza del paciente

- Suministra oxígeno suplementario (35- 50%) por mascarilla 10lt por minuto
- Anota los eventos (verifique tiempos)
- Toma de presión arterial y pulso, oximetría (reevaluar Score MAMÁ y respuesta a infusión de volumen)
- Verifica temperatura y cubra la paciente con mantas para evitar hipotermia.
- Colabora con el coordinador, para procedimientos si se requiere.

Hemorragia obstétrica que cause inestabilidad hemodinámica y/o signos de choque

Asistente 2:

Ubicado a un lado del paciente

- Alcanza KIT DE CODIGO ROJO y otros materiales que sean necesarios y llevarlos durante el transporte
- Canaliza y garantiza el funcionamiento de 2 vías venosas No. 14 y 16, tome muestras sanguíneas en 3 tubos.
- Coloque bolos de 500cc de cristaloides calientes (hasta alcanzar 2lt en 1 hora).
- Realiza las órdenes de laboratorio: Hb, Hcto, plaquetas, TP, TTP, fibrinógeno, pruebas cruzadas, tipificación sanguínea
- Realiza prueba de coagulación junto a la cama
- Choque severo: Colocar unidades de sangre, según indicaciones del coordinador.
- Aplica líquidos y medicamentos ordenados por el coordinador

Circulante:

- Alista KIT de CODIGO ROJO (si la paciente va a ser referida, llevarlo durante el transporte)
- Marca los tubos de muestras sanguíneas, garantiza que sean recogidas, lleguen al laboratorio y se inicie el procesamiento
- Calienta líquidos
- Llama a más gente, según disponga el coordinador
- Asiste en lo que el coordinador y enfermería requieran (alcanzar el balón de oxígeno, conectar aspirador de secreciones, tener disponible el equipo de resucitación, en caso sea necesario)
- Establece el contacto con la familia, según lo defina el coordinador.

Coordinador: Médico. **Asistente 1:** Anestesiólogo o residente u obstetra. **Asistente 2:** Enfermera o interno.
Circulante: Auxiliar de enfermería

Enfermera o interno rotativo. **Circulante:** Auxiliar de enfermería.

CLAVE AMARILLA TIPO C – HOSPITALES 2do y 3er NIVEL

MANEJO DE SEPSIS

Coordinador:

Ubicado a la altura del útero:

- Activa "código amarillo" y da directrices al equipo
- Evalúa, diagnóstica y ordena la aplicación de los medicamentos necesarios (aplique Componente Normativo Materno CNM y GPC) para:
 - a. Pielonefritis.
 - b. Aborto séptico
 - c. Corioamnionitis
- **Toma la decisión temprana de remisión o de asumir el caso de acuerdo al nivel de atención. Define lugar de referencia e informa.**
- Evalúa continuamente estado de conciencia y examen clínico
- Verifica continuamente que los asistentes cumplan sus funciones.
- Habla con familiares sobre la severidad de caso y conducta a tomar (luego de haber estabilizado al paciente).

Asistente 1:

Ubicado en la cabecera del paciente:

- Anota los eventos
- Reevalúa estado de conciencia y alteración del SNC
- Monitorea: presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria, reflejos osteotendinosos, diuresis horaria y Glasgow.
- Colabora con el coordinador la realización de procedimientos.
- Mantiene vía aérea permeable: Hiperextensión de cabeza, aspiración de secreciones y coloca cánula (en caso de ser necesario)
- Realiza las ordenes de laboratorio para: Biometría hemática, Plaquetas, TP, TTP, INR, bilirrubinas, TGO, TGP, glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, PCR, (si es posible procalcitonina, lactato sérico).

Choque Séptico

Asistente 2:

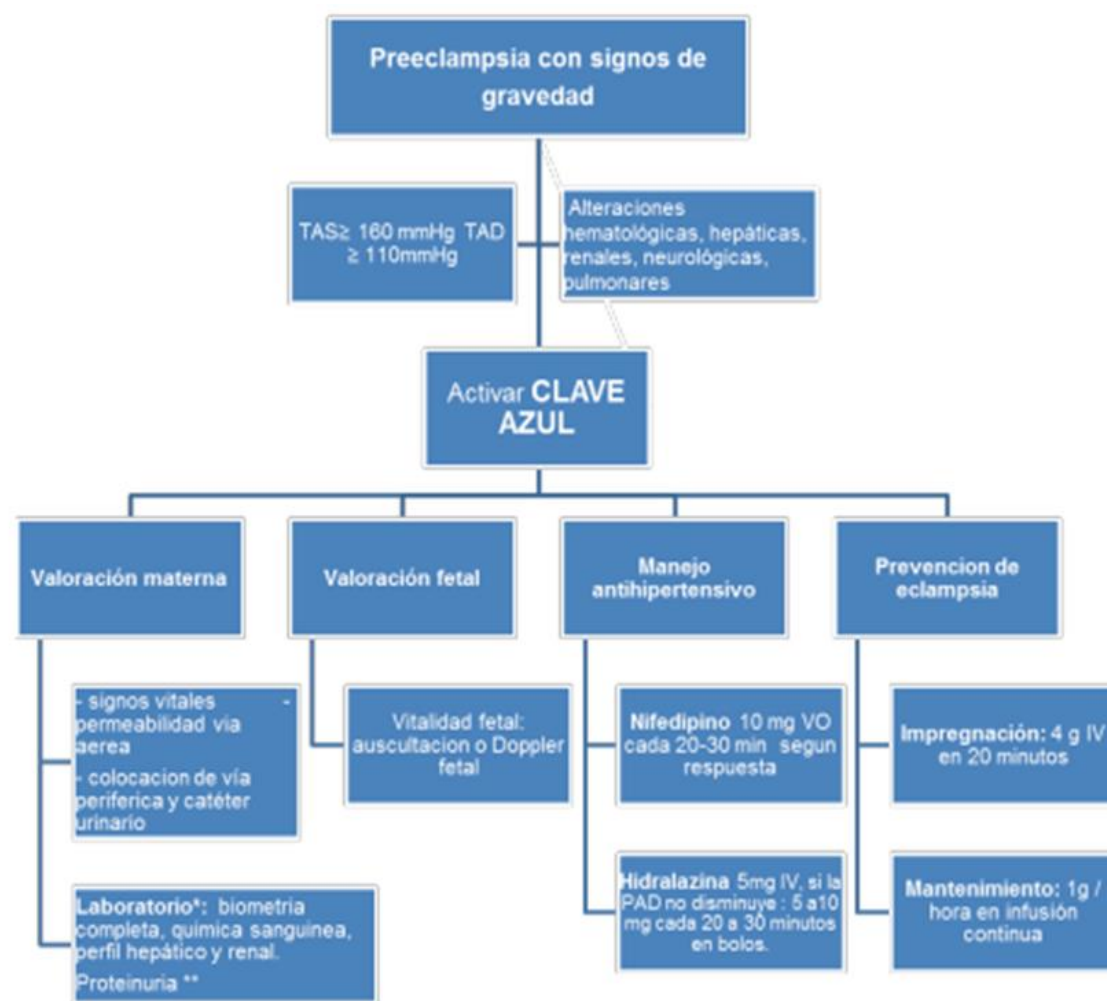
Ubicado a un lado del paciente

- Toma presión arterial y pulso
- Alcanza KIT DE CODIGO AMARILLO y otros materiales necesarios (si la paciente va a ser referida, llevarlo durante el transporte)
- Coloca 2 vías endovenosas (No. 14 o 16), toma muestras sanguíneas (3 tubos). Administración de Oxígeno (en caso de ser necesario)
- Realiza prueba de coagulación junto a la cama
- Coloca sonda Foley Nº 14 o 16 con bolsa colectora.
- Registra medicamentos administrados.

Circulante:

- Alista KIT DE CODIGO AMARILLO y otros materiales que sean necesarios para llevarlos durante el transporte
- Prepara a la paciente para cirugía si el caso lo amerita
- Marca los tubos de muestras sanguíneas, garantice que sean recogidas, lleguen al laboratorio y se inicie el procesamiento
- Llama a más gente, según disponga el coordinador
- Asiste en lo que el coordinador y enfermería requieran (alcanzar el balón de oxígeno, conectar aspirador de secreciones, tener disponible el equipo de resucitación, en caso sea necesario)
- Establece contacto con la familia, según lo defina el coordinador

Coordinador: Médico general o familiar, Ginecólogo. **Asistente 1:** Anestesiólogo o médico residente. **Asistente 2:** Enfermera o interno rotativo. **Circulante:** Auxiliar de enfermería.

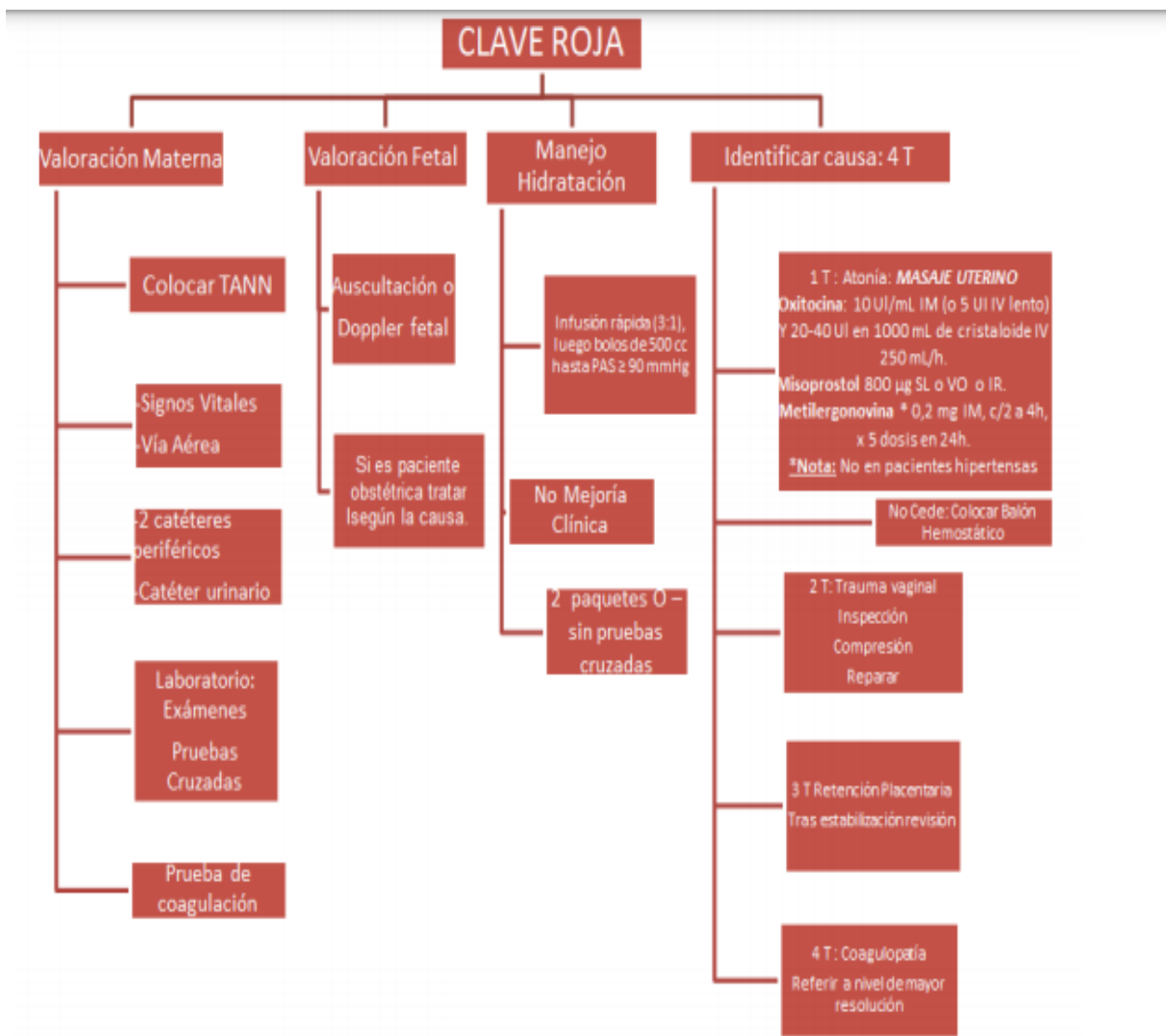


En los establecimientos de Primer Nivel se deberá realizar las medidas mencionadas y se deberá activar la **RED** para **TRANSFERIR** a la paciente a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

*Se realizarán las pruebas de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento de salud. **Proteinuria, de acuerdo a disponibilidad realizar Proteinuria en tirilla, relación proteinuria/creatinuria en orina al azar.

Preparación y administración de sulfato de magnesio en preeclampsia.

- 1. Impregnación:** 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónica, pasar a 300 mL/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos).
- 2. Mantenimiento:** 50 mL de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora).



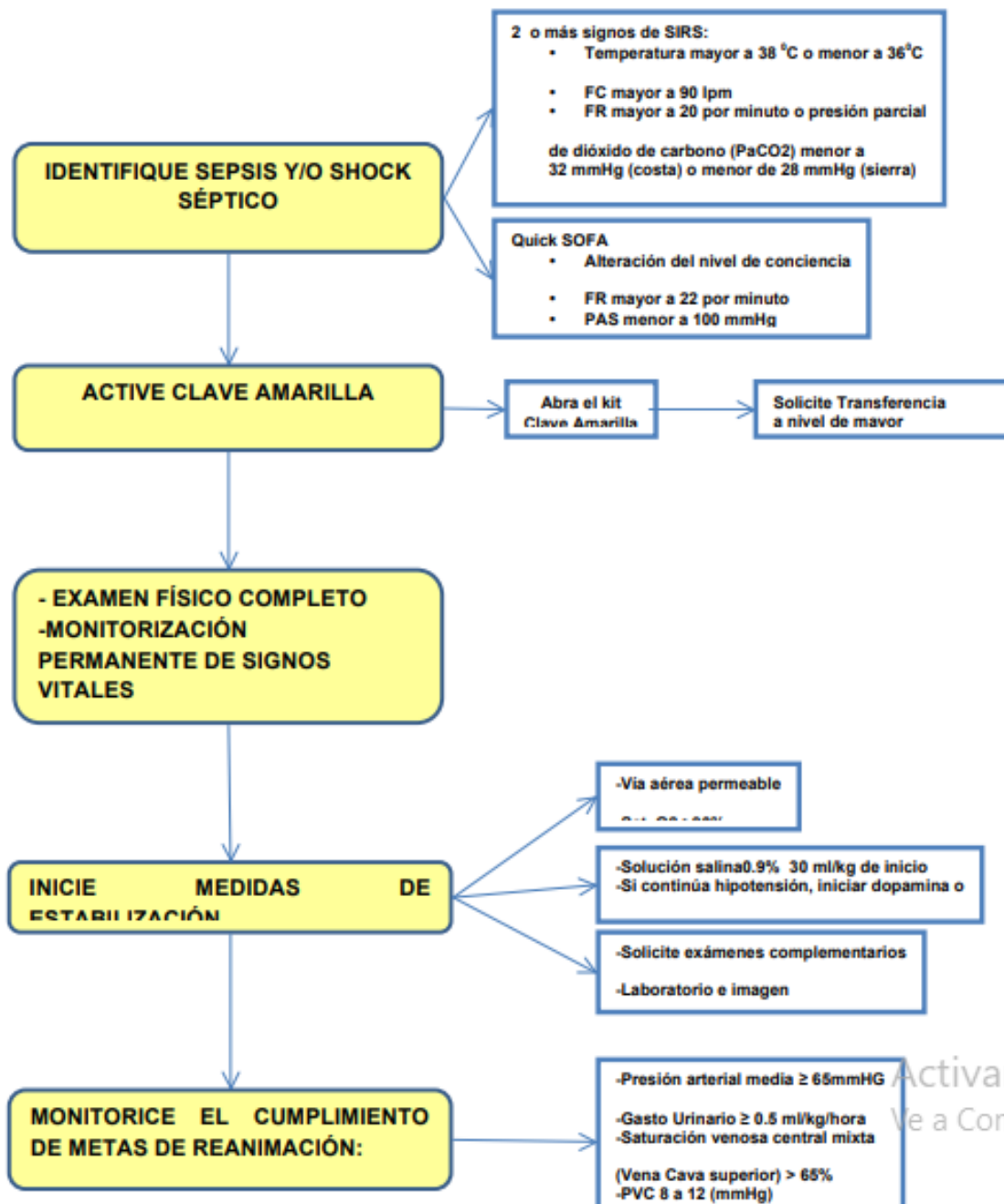
En los establecimientos de **Primer Nivel** se deberá realizar las medidas mencionadas y se deberá activar la **RED** para **TRANSFERIR** a la paciente a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

Acido Tranexámico 1gr IV. Ver Indicaciones

Activar Windows
Ve a Configuración para

Fuente: Ministerio Salud Publica, 2017. Protocolo Score Mamá y Claves Obstétricas.

Algoritmo de manejo Clave Amarilla



Anexo N° 4 Consentimiento Informado

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas
Maestría en Salud Pública, mención Atención integral en urgencias y emergencias



Consentimiento Informado

Aseguramiento de la atención de calidad del equipo de salud en emergencias obstétricas y neonatales del Hospital General Santo Domingo.

Objetivo: Evaluar el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, de acuerdo a la normativa vigente según la capacidad resolutoria para la atención de las mujeres embarazadas y recién nacidos del Hospital General Santo Domingo.

Autora: Lcda. Caicedo Cangá Johana Elizabeth

Yo _____ cédula de identidad número _____
acepto de forma voluntaria participar en la investigación “Aseguramiento de la atención de calidad del equipo médico en las emergencias obstétricas y neonatales del Hospital General Santo Domingo.” La información se usará exclusivamente para este proyecto de investigación y serán totalmente confidenciales. La información recabada estará bajo la responsabilidad del investigador. Para dar evidencia de mi participación voluntaria dejo mi firma como constancia de que ha sido leído y entendido.

Firma _____

Fecha _____