

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**POSGRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DEL SUR CHOLUTECA, HONDURAS, C.A. MARZO DEL 2014**

**PRESENTADO POR LUIS ALONSO BARAHONA LAINEZ**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE**

**MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**ASESORA: MSc. MARTHA ISABEL FONSECA GODOY**

**TEGUCIGALPA, MDC**

**FEBRERO, 2015**

**RECTORA**

**MSc. JULIETA CASTELLANOS RUIZ**

**VICERECTORA ACADEMICA  
DRA. RUTILIA CALDERÓN PADILLA**

**VICERECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES  
ABOGADO AYAX IRIAS COELLO**

**VICERECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES  
DR. JULIO RAUDALES a.i.**

**SECRETARÍA GENERAL  
ABOGADA ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA Y LOS POSGRADO  
MSc. LETICIA SALOMÓN**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DR. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIO ACADEMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO**

**COORDINADORA GENERAL DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
DRA. ELSA YOLANDA PALOU**

**COORDINADOR GENERAL DE POSGRADO EN SALUD PÚBLICA  
DR. HECTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES**

## **DEDICATORIA**

**A DIOS** por sus bendiciones y oportunidades de vida con propósito para mí desarrollo humano, espiritual y profesional.

**A MI ESPOSA LOURDES LORENA e HIJAS(O) LORENA, KLYMER SORAYA, SARITA Y LUIS AMADO** por su apoyo incondicional, comprensión, cariño, amor y confianza brindada siempre,

A mis nietos **AYLIN LORENA Y LUIS GERARDO,**

**A MI PADRES JOSE PRESENTACION Y LIDIA ADRIANA** por su digno ejemplo y que desde el Cielo cuidan mis pasos.

**Y A MIS HERMANAS (OS) ROSA MARGARITA, ELVIA MERCEDES, DORIS SALVADORA, JOSE NICOLAS, JOSE PRESENTACION.**

**A LOS PACIENTES** por su absoluta colaboración y fuente de aprendizaje durante mis años de ejercicio profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

**A MI PADRE CELESTIAL**, por darme sabiduría, discernimiento e iluminarme, protegerme y guiar mi camino.

**A MI FAMILIA**, por el tiempo que no pude darles durante mis estudios y ejercicio profesional en área de mi posgrado, a mi esposa por su comprensión y palabras de ánimo de seguir con mi objetivo alcanzar la culminación de mis propósitos y metas de vida.

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS, A MI FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**, por darnos una formación profesional.

**A NUESTROS MAESTROS**, por los esfuerzos que han hecho en transmitirnos nuevos conocimientos y consejos de calidad.

**AI DR. GERARDO ESAÚ MENDOZA MOLINA** por su apoyo técnico en la elaboración del presente trabajo.

**A MIS ASESORES**, gracias por brindarme sus conocimientos y la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida profesional; en especial a **MSc. MARTHA ISABEL FONSECA GODOY**.

## INDICE

<b>I INTRODUCCIÓN</b>	<b>8-10</b>
<b>II OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
1. Objetivo General	
2. Objetivos Específicos	
<b>III MARCO TEÓRICO</b>	<b>12-106</b>
<b>3.1 CONTEXTO GENERAL</b>	<b>12-20</b>
<b>3.2 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO</b>	<b>21-26</b>
<b>3.2.1. CONCEPTO EMBARAZO</b>	<b>21-22</b>
<b>3.2.2. CONCEPTO PARTO</b>	<b>22</b>
<b>3.2.3. CONCEPTO PUERPERIO</b>	<b>22-23</b>
<b>3.2.4. CUIDADO PRECONCEPCIONAL</b>	<b>23</b>
<b>3.2.5 ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL</b>	<b>24</b>
• Malformación Congénita	<b>24</b>
• Objetivos de la Atención Preconcepcional	<b>24</b>
• Factores importantes en Atención Preconcepcional	<b>25</b>
• Factores de Riesgo Reproductivo	<b>26</b>
<b>3.3 NORMAS NACIONALES ATENCIÓN MATERNONEONATAL</b>	<b>27</b>
<b>3.3.1 ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL</b>	<b>27-31</b>
<b>3.3.2 ATENCIÓN PRENATAL</b>	<b>32-37</b>
<b>3.3.3 ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO, POSTPARTO</b>	<b>37-42</b>
<b>3.3.4 ATENCIÓN PUERPERAL</b>	<b>42-45</b>

<b>3.3.5 ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO</b>	<b>44-47</b>
<b>3.3.6 ECOGRAFÍA EN OBSTETRICIA</b>	<b>47</b>
<b>3.3.5 COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES</b>	<b>48-63</b>
<b>3.4 CALIDAD</b>	<b>64-106</b>
<b>3.4.1 HISTORIA DE LA CALIDAD</b>	<b>64-68</b>
3.4.1.1 Evolución Histórica del concepto y función de la Calidad	64-66
3.4.1.2 Aportaciones de autores ( gurúes) a la Calidad Total	66-68
<b>3.4.2 DEFINICIONES DE CALIDAD</b>	<b>68-73</b>
<b>3.4.3 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>73-82</b>
3.4.3.1 Los Servicios Hospitalarios	75
3.4.3.2 Clientes y Usuarios	75-76
3.4.3.3 Satisfacción del cliente y usuario	76-80
3.4.3.4 Productos y Servicios	80
3.4.3.5 Calidad y la Satisfacción de las Necesidades	81-82
<b>3.4.4 CULTURA Y CALIDAD</b>	<b>82-87</b>
3.4.4.1 Conceptos sobre Cultura y Calidad	82-83
3.4.4.2 Razones de Cambio hacia una Cultura de Calidad	83
3.4.4.3 Cultura de Calidad en los Servicios de Salud	84-87
<b>3.4.5 GESTIÓN DE CALIDAD/ GARANTÍA DE CALIDAD/ CALIDAD TOTAL/ PILARES /DIMENSIONES Y PERSPECTIVAS DE LA CALIDAD</b>	<b>87-92</b>
3.4.5.1 Gestión de Calidad	87-89
3.4.5.2 Garantía de Calidad	89
3.4.5.3 Calidad total	90
3.4.5.4 Pilares de la calidad	90

3.4.5.5 Dimensiones de la calidad	<b>90</b>
3.4.5.6 Perspectivas de la calidad	<b>92</b>
<b>3.4.6 SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD</b>	<b>93-87</b>
3.4.6.1 Componentes del Sistema Nacional de Calidad	<b>94-95</b>
• La Normalización	
• Vigilancia de la Calidad	
3.4.6.2 Mecanismos de Regulación de la Calidad	<b>95-97</b>
• Mecanismos Externos	
• Mecanismos Internos	
<b>3.4.7 DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE</b>	<b>98-99</b>
<b>3.4.8 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</b>	<b>100-106</b>
<b>IV METODOLOGIA</b>	<b>107-109</b>
<b>V RESULTADOS</b>	<b>110-145</b>
<b>VI ANÁLISIS</b>	<b>146-159</b>
<b>VII CONCLUSIONES</b>	<b>160-161</b>
<b>VIII RECOMENDACIONES</b>	<b>162-164</b>
<b>IX BIBLIOGRAFIA</b>	<b>165-168</b>
<b>X ANEXOS</b>	<b>169-193</b>
1- Datos estadísticos atenciones maternidad 2013	
2- Consentimiento Informado	
3- Formato Encuesta de la Investigación	
4- Operacionalización de Variables-Definiciones	
5- Historia Clínica Perinatal	
6- Partograma	
7- Hoja de Monitoreo de Signos Vitales Postparto o post Cesárea	
8- Componentes de la exploración ecográfica en el I Trimestre	
9- Algunas indicaciones para practicar la exploración ecográfica en el primer Trimestre del Embarazo	
10- Algunas indicaciones para practicar la exploración ecográfica en el segundo o tercer Trimestre del Embarazo	
11-Fotos Hospital del Sur, Choluteca, Honduras, C.A.	

## I. INTRODUCCIÓN

Según la UNICEF junto con PNUD Programa Naciones Unidas para el Desarrollo; para Honduras es el quinto objetivo del milenio el lograr mejorar la salud materna, siendo dentro de las metas del 2015: Reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad derivada de la maternidad.

La tasa de mortalidad materna para 1997 fue de 108 por cada 100,000 nacidos vivos teniendo como causas principales las hemorragias, infecciones, y los trastornos Hipertensivos, siendo estas mismas prevenibles; además los problemas respiratorios , la prematurez, y la sepsis principales causas de muerte neonatal. Es por ello que para año 2008 se establece la política salud a favor de esta población conocida como RAMNI -Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez 2008-2015, la cual pretende proteger y mejorar con equidad el nivel de salud de la población, siendo una de sus intervenciones la Estrategia para los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), la misma implementada desde 2007 con objetivo directo sobre mejorar la calidad de los servicios de atención a mujer y al niño durante el embarazo, el parto y el puerperio, además de la atención al recién nacido.

Es así como en la asistencia sanitaria el mejoramiento de la calidad en el servicio debe transformarse en una prioridad permanente. Con el entendimiento de **CALIDAD DE LA ATENCIÓN** como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y la satisfacción del usuario (Secretaría de Salud, Programa de Garantía de Calidad);para ello se hace necesario evaluar la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva del usuario(satisfacción),refiriéndose a la Calidad humana y de los proveedores (mediante la aplicación de la normativa),Calidad técnica, mediante un enfoque sistémico de medición de las dimensiones de estructura, proceso y resultados utilizando indicadores y estándar que permitan obtener información científica

actualizada para una oportuna, eficiente y eficaz toma de decisiones con el fin primordial de mejorar la salud del usuario.

El Hospital Regional del Sur al igual que la red de Atención Primaria del departamento de Cholulca es manifiesta la falta de articulación, un sistema fragmentado en respuesta a la salud materna Infantil, teniendo falla en el sistema de referencia y contra referencia, baja captación temprana de la embarazada, denuncias de rechazo de pacientes, dificultades de acceso a los servicios de salud desde lo geográfico, funcional, y económico, fallas en la promoción de un parto limpio y seguro, escasa identificación de señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio; reclamo por parte de la población del desabastecimiento de medicamentos, materiales e insumos/equipo, deficientes instalaciones físicas de recursos humanos, deficiente formación técnica, deficiente supervisión y desempeño; desconocimiento de las normas, protocolos, no aplicación de la misma, falta de motivación, actitud negativa al cambio, falta de conocimiento de la misión institucional, visión, problemas gerenciales, maltrato, desconocimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes lo que conduce a mala calidad de atención . Por tal razón se decidió realizar una investigación con la siguiente pregunta problema **¿Cómo es la calidad de Atención a las Usuaris de los Servicios de Maternidad del Hospital Regional del Sur, Departamento de Cholulca, en Marzo del 2014?**

En base a lo anterior, la investigación, es tipo descriptiva cuantitativa, de corte transversal, en la cual se aplicó cuestionario previo a la toma de datos para la muestra final con el fin de validar las preguntas elaboradas en el instrumento, calculándose el Test de Alpha de Crombach, con resultado de **0.07**, el universo lo constituyó la población que demanda la atención obstétrica del área de Maternidad del Hospital Regional del Sur, en el mes de Marzo 2014. Definiendo la muestra de 82 pacientes atendidas en esta área, a través de la Formula  $n$

de Sampieri. La recolección de datos fue mediante entrevistas individuales, Los resultados se ingresaron en una base de datos EPI-INFO versión 3.5.4 obteniendo frecuencias y porcentajes con análisis estadísticos de tipo descriptivo e intervalos de confianza del 95%. Se realizó revisión de expedientes para poder obtener datos útiles para evaluar manejo de la paciente durante su internamiento en las salas de la Maternidad de acuerdo a normas nacionales Materno-Neonatales, Secretaría de Salud. Para medir la calidad de la atención en las usuarias, se utilizó el modelo desarrollado por Donabedian, que consiste el análisis de la calidad a partir de las dimensiones de Estructura, Proceso y Resultado. Además identificándose las características socio- demográficas más relevantes haciendo una relación de estas con las dimensiones de accesibilidad: tiempo de espera, costos, procedencia, Estructura: ambiente físico, comodidad, suministros, instrumentos y equipo, Proceso: consejería, información, privacidad, bioseguridad, Resultados: satisfacción parcial del usuario (Trato Humano), Satisfacción Global de las usuarias, complicaciones maternas y neonatales.

La investigación revela que la Satisfacción Global de las Usuarias de la Maternidad del Hospital del Sur es de un 81.44 %, resultado por debajo del estándar mínimo de calidad establecido por la Secretaría de Salud que es 85 %, siendo el ideal de 100%, quedando de manifiesto una brecha de Insatisfacción del 18.56 %, se presentan complicaciones maternas a un 17.07% y complicaciones neonatales en un 16.25%. Se dan recomendaciones para disminuir esa brecha y realizar acciones técnico- científico y humanas efectivas hacia la satisfacción de las usuarias, en respuesta a esas necesidades sentidas y expresadas, Con ello recomendamos iniciar procesos de Gestión de calidad Hospitalaria, de Garantía de Calidad, en busca de una Calidad total en los servicios sanitarios a prestar en la maternidad del hospital del sur; Profundizando en la investigación sobre lo que realmente ésta ocurriendo en la red interna del Hospital y en la red de Atención Primaria de la Región Sanitaria.

## **II.OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar la Calidad de la Atención de los Servicios de Maternidad en el Hospital del Sur, Departamento de Choluteca en el mes de marzo del 2014.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1.1 Conocer las características sociodemográficas de las usuarias de la maternidad del Hospital del Sur.

1.2 Identificar las dimensiones de calidad en la estructura, proceso y resultados en el área de maternidad del Hospital del Sur.

1.3 Conocer la satisfacción de las usuarias del área de Maternidad del Hospital del sur.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 CONTEXTO GENERAL**

En Honduras el avance en la reducción de la pobreza ha sido muy lento. A mayo del 2009 el 58.8% de los hogares vivían en situación de pobreza, lo que significa que sus ingresos son insuficientes para cubrir los costos de una canasta básica de consumo de bienes y servicios. De manera paralela, el 36.4% de los hogares se encontraban en condiciones de pobreza extrema, entendiéndose por eso que su ingreso mensual per cápita es insuficiente para cubrir el costo de una alimentación mínima. Para acelerar la reducción de la pobreza, la disminución de desigualdades socioeconómicas: acceso a educación, salud, vivienda, empleo es indispensable. (Sistema de las Naciones Unidas en Honduras, Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010 Tercer Informe de País Sept, 2010 pág.23).

La mortalidad materna e infantil es un problema de salud pública, indicadores trazadores de pobreza, observamos que hay una reducción importantes en la mortalidad materno para 1997 se tenía una tasa de 108/100,000 nacidos vivos (Secretaría de Salud Honduras, Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, 1999), siendo las principales causas hemorragias, infecciones y trastornos hipertensivos, la mayoría de ellas prevenibles. Así como los problemas respiratorios, la prematurez y la sepsis son las principales causas de muerte neonatal, que representa más del 50% de la mortalidad infantil. Esta estructura de la mortalidad es muy similar en todos los países que tienen una alta incidencia de mortalidad materna y perinatal. (Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011 pág.14).

Para reducir la mortalidad materno infantil el estado de Honduras a diseñado una Política Nacional de Acercamiento de la Reducción Acelerada de la

Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) que se ha planteado como meta explícita la reducción de la mortalidad materna a 46 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos para 2015 con lo cual se pretende cumplir la meta del ODM (Secretaría de Salud, 2008). Proponiéndose reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes (Meta 5A) (Sistema de las Naciones Unidas en Honduras, Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010 Tercer Informe de País, Septiembre 2010 pág.24).

Como puede verse se promueve lo siguiente : a) Incremento de la atención institucional del parto, poniendo a funcionar 24 clínicas materno infantiles y 6 hospitales b)Uso de anticonceptivos, aumento de la prevalencia del uso de métodos en las mujeres ) la ejecución de un enfoque de Riesgo Reproductivo; d) Capacitación de las parteras tradicionales; e) Aplicación del proceso de normalización de la atención integral a la mujer, f) Fomento de estrategias para mejorar la calidad del parto limpio a nivel de comunidades. (Sistema de las Naciones Unidas en Honduras, Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010 Tercer Informe de País pág.24, Septiembre 2010).El logro importante de reducción entre 1990 (tasa de mortalidad materna de 182 por 100,000 nv) y 1997 (tasa de mortalidad materna de 108 por 100,000 nv). Un estudio realizado sobre la base de registros hospitalarios en el año 2002 determinó que ese año, se registraron 140 muertes maternas. La primera causa de muerte materna establecida fueron las hemorragias (45%), seguida por los trastornos hipertensivos (18%) y las infecciones (12%). El 69% de las muertes registradas ocurrieron en mujeres de 18 a 35 años. (Sistema de las Naciones Unidas en Honduras, Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010 Tercer Informe de País pág.23, Septiembre 2010 pág.124-125).

Cabe mencionar en el foro de socialización y e implementación de la estrategia nacional de prevención del embarazo en adolescente en el marco de la campaña salud infantil primero; hay más de mil millones de adolescentes, (85%)

en los países en desarrollo. Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Existen 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables en menores de 25 años. Más de la mitad de casos nuevos de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) más de 7000 por día ocurre en jóvenes. La violación e incesto ocurre en 7 al 34% de las niñas y en 3 a 29% de los niños, (Secretaría de Salud, Foro de Socialización e Implementación de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescente en el Marco de la Campaña Salud Infantil Primero. Acuerdo Municipal, 2013) El 10 % de los partos acontece en adolescentes. La mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años. Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo. Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto. Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva. (INE, Secretaria en el despacho de la presidencia, ENDESA- Encuesta Nacional de Demografía y salud 2011-2012).

**Situación de Salud de la población adolescente en Honduras:** una pubertad más temprana, el inicio de las relaciones sexuales y el limitado acceso a la educación sexual y servicios de salud integrales, la falta de programas acordes al edad para postergar el inicio de su vida sexual o evitar el primer embarazo colocan a honduras como el segundo país de latino américa con mayor fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 102 por 1000 nacimientos. Según ENDESA El 22% de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, bien sea porque ya son madres (17%) o están gestando por primera vez (4%), y es el segundo país con más embarazos adolescentes en América latina y el Caribe, donde una de cada 4 partos es de una menor de 19 años; lo cual constituye un problema que incide sobre las Tasa de Morbilidad, Mortalidad Infantil y Materna y según un estudio de la Fiscalía de la Niñez hondureña, el 50% de los embarazos en las menores tienen su origen en

violaciones, muchas de ellas por sus familiares .(INE/Secretaria en el despacho de la presidencia, ENDESA- Encuesta Nacional de Demografía y salud 2011-2012 ).

La problemática del embarazo en adolescentes que nos ubica en el segundo lugar en América Latina y el caribe, tiene su origen en múltiples causas que implica situaciones de violencia, pobreza, machismo, desigualdad, así como falta de información y educación sexual de las niñas, las expone de manera vulnerable a los riesgos de mortalidad materna e infantil y a una gama de problemas que impacta en su salud y su vida.( Secretaría de Salud, Foro de Socialización e Implementación de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescente en el Marco de la Campaña Salud Infantil Primero. Acuerdo Municipal, 2013).

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

significa que por cada mujer, con nivel de educación e ingresos bajos, que accede a partos con personal especializado, hay tres mujeres de nivel educativo e ingresos altos que accede a estos servicios. (Sistema de las Naciones Unidas en Honduras, Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010 Tercer Informe de País, pág. 126., Septiembre 2010).

Vale recordar que hay compromisos nacionales como ser: a) **Constitución de la Republica: artículo 145, se reconoce el derecho a la protección de la salud.** Es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. b) **Plan de Nación 2010 – 2022 y Visión de País 2010 – 2038, Plan de Salud 2010 – 2014;** donde se establecen metas vinculadas a los problemas de salud como ser reducción de la mortalidad materna de 108 a 60/100,000 nacidos vivos y, reducción de la mortalidad infantil de 23 a 15/1000 nacidos vivos. (Secretaría de Salud, Plan Nacional de Salud 2010-2014).

A partir de Mayo 2013 se inicia la implementación del nuevo **Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitario** teniendo tres componentes: Primer lugar es **la Atención – Provisión**, segundo la **Gestión** y por último **Financiamiento**; los cuales tienen el enfoque de gestión de riesgo, atención primaria en salud, igual de género y gestión por resultado con calidad; cuyos principios se basan en la universalidad , equidad, corresponsabilidad, continuidad, integralidad, eficacia y eficiencia social, calidad ,solidaridad y la interculturalidad. (Secretaría de Salud, Modelo Nacional de Salud, mayo 2013).

Dentro de los compromisos en el plan de Gobierno 2014-2018 de la administración Juan Orlando Hernández, es lograr la cobertura universal y gratuita de los servicios de salud mediante la implementación de un modelo descentralizado con enfoque de atención primaria en salud y dotación de medicina segura. Además continuar con el plan de reordenamiento hospitalario y Gestión por Resultados, Implementación gradual de un sistema de previsión

social Universal que otorgué pensiones por Invalidez vejez y muerte (Plan de Gobierno 2014-2018).

**El concepto de salud sexual y reproductiva como un derecho humano fundamental que coloca al individuo y especialmente a la mujer en el centro de su propio desarrollo.** Se trata especialmente del reconocimiento de los derechos que tienen mujeres y hombres en condiciones de igualdad a una vida sexual y reproductiva satisfactoria, sin sufrir ningún tipo de coacción y sin riesgo de enfermarse o morir, decidiendo libre y responsablemente sobre su procreación. Se pretende entonces, hacer de la salud reproductiva una prioridad por ser elemento fundamental del desarrollo humano y social, partiendo del principio de que es un proceso de toda la vida, en el que se deben respetar los derechos de los hombres, la mujer, la adolescencia, las parejas y la niñez. Para esto, el modelo de atención debe ofrecer calidad, atención adecuada y acceso al sistema de salud, así como servicios útiles, diferenciados y fáciles de usar. Un enfoque ordenado, sistemático, que haga hincapié en la promoción de la salud y la equidad para las personas que por razones culturales, étnicas, económicas, geográficas, de sexo o edad, no han usado los servicios de salud, podrá conducir a un incremento en la velocidad en que se modifiquen de manera positiva las condiciones de salud. (Secretaría de Salud Honduras, Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, 1999).

En Honduras existe una brecha profunda entre los deseos y aspiraciones de sus ciudadanos y la realidad actual en la que se encuentran inmersos por lo cual la mala calidad de atención en el sistema de salud sigue siendo un grave problema, situación que debe analizarse desde la perspectiva de los usuarios y de los proveedores de servicios de salud.

**El departamento de Choluteca** tiene una extensión territorial de 4360 km<sup>2</sup>, con una densidad poblacional de 101.7hab por km<sup>2</sup>, una tasa de fecundidad de 3.0 hijo(a) por mujer y una esperanza de vida al nacer de 71.4 años. La pobreza

general es de 64.24% urbana y de 79.18% rural, Índice de desarrollo humano 0.627, de cada 100 hogares del depto. 23.7 Son de jefatura femenina; las mujeres de 15 a 45 años presentan un analfabetismo de 6.4%, talla por debajo de 145 cms 6.3%, con un índice de masa corporal menor de 18.5 y 20.2% con algún grado de anemia; en el periodo 2004-2007 se registran 21 casos de mujeres que murieron en el embarazo, parto y puerperio de las cuales 17 fueron clasificadas como muerte materna (Honduras perfil de país Objetivo del desarrollo del milenio No. 4 septiembre 2010, págs. 93-100).

**Actualmente, la Región Departamental N°.6** cuenta con una Red Servicios conformada por 154 unidades de servicios, así: 1 hospital Regional, Cesamos, 6 clínicas materno infantil y Emergencias ubicadas en (Monjaras, El Triunfo, Concepción de María, San Marcos de Colon, Orocuina y Pespire) y con 107 Cesar distribuidos en todo el departamento, 1 clínica del IHSS, 1 Clínica en el presidio y Servicios de atención privados. Tiene una población de responsabilidad programática de 491,492 habitantes, distribuidos en 16 municipios, de los cuáles un 40% corresponde a grupos de mayor vulnerabilidad como son las mujeres en edad fértil y los niños menores de 5 años. (Secretaria de Salud, Departamento de Estadísticas región No.6, Choluteca).

En el Departamento de Choluteca en el 2001, el 28% de su población vivía en el área urbana y el 72% en la rural. La población lentamente se ha ido concentrando en la cabecera departamental pues mientras, en 1988, era el 30% en el 2001 llega al 34.4 %. Han ocurrido 23 muertes maternas del 2010 al 2013, las cuales en su mayoría son evitables, ocurrieron 510 muertes Infantiles con tasa menor que al nacional, de las cuales un 60% son por sepsis, neumonía y asfixia. (Secretaria de Salud, Departamento de Estadísticas región No. 6 Choluteca).

**El Hospital Regional del sur**, está ubicado en la cabecera departamental atiende a la población del depto. De Choluteca, sur del paraíso, y referencias del depto. De valle, es un establecimiento de segundo nivel, complejidad 5, (hospital de especialidades y algunas subespecialidades), tiene además actividades de docencia rotan estudiantes de séptimo año de la UNAH y ELAM; cuenta: con 150 camas, servicios de medicina, cirugía, G-O, pediatría y ortopedia, ORL, Urología, dermatología; en el año 2013 realizó.115,953 atenciones en consulta Externa,18,875 Hospitalizaciones,53,568 emergencias. En cuanto a las Atenciones por eventos Obstétricos equivale a 7,013 atenciones para el año 2013, de los cuales son partos un 4,870, las Cesáreas son 1574, y los abortos son 569. Al revisar los años 2011-2013 encontramos que hay un aumento de las cesáreas y los abortos, con disminución del Partos vaginales. En el año 2013 se atendieron 4870 partos vaginales (75.57 %), Cesáreas 1574 (24.43%) (Secretaria de Salud, Departamento de Estadísticas región No. 6, Choluteca).**El acceso a la cesárea se puede subutilizar o recurrir al exceso poniendo en riesgo tanto a la madre como al feto, según la OMS se acepta un 15% cómo medida general para resolución del embarazo.**

Se cuenta con los servicios de medicina interna (Medicina Interna, Observación, Unidad de Alcohólicos), cirugía (Cirugía General, Ortopedia, Observación de cirugía), pediatría (Medicina Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Ortopedia Pediátrica, Lactantes, Neonatología, Nutrición, Observación), ginecología (Ginecología, Patológico), obstetricia (Obstetricia, Puerperio).

Labor y parto, obstetricia, cuenta con 9 camas para parto normal, 4 camas en área de pre-eclampsia y 3 para útero inhibición. En la sala de puerperio actualmente existen 18 camas. En la sala de ginecología y patología se cuenta con 20 camas. Neonatología, tiene capacidad para 15 pacientes, UCI Pediátrica y un hogar materno, Servicios de emergencia general, servicios de apoyo al

laboratorio, banco de sangre, radiología y 2 ultrasonidos para uso exclusivo de ginecobstetricia. Su infraestructura física data de 1928, actualmente se han realizado mejoras y equipamiento en sus diferentes áreas, siendo beneficiada área de maternidad y Sala Patológico teniendo en proceso la construcción de un nuevo hospital con financiamiento del gobierno de corea valorado en 36 millones de dólares. En cuanto al Recursos Humanos Labor y Parto:AE:14 permanentes, 01 contrato,04 adhonoren,EP:02 permanentes; Puerperio :AE 04 permanentes,02 contrato,03 adhonoren EP 01;Neonato :AE 04 Permanentes 05 contrato,06 adhonoren ,EP 02,Médicos especialistas 09.

En la administración 2010-2014, el Hospital del Sur ha sido objeto de apoyo técnico y financiero por AECI (agencia española de Cooperación Internacional para desarrollar la estrategia RAMNI ,2010-2011).Para el año 2010-2015, mediante convenio de financiamiento no reembolsable del fondo Meso-América de Salud GRT/HE13210-HO Y GRT/HE 13211-HO entre la república de Honduras y el BID, orientado en lo siguiente : 1-Reordenamiento Hospitalario (directrices y lineamientos definidos por la Secretaría de Salud (SESAL) para fortalecer los procesos gerenciales Hospitalarios, y facilitar los mecanismos que permitan la implementación de un modelo de Gestión por resultados, 2-CONE(Cuidados Obstétricos y Neonatales),3-Planificación Familiar, 4-Sistema de Referencia y Contra Referencia.4-Plan de Adquisición del Hospital. Meso-América va dirigido a: Manejo de embarazo con patologías, atención de parto y puerperio, atención básica del RN, manejo de emergencias obstétricas Quirúrgicas, y no Quirúrgicas, manejo de complicaciones del RN, disponibilidad de sangre segura; se definieron 11 indicadores a monitorear. Cabe mencionar que en el Hospital se tiene procesos de mejora continua de calidad y recientemente ha sido certificado por la UNICEF, como HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS, ha desarrollado los criterios para validarse, cumpliendo los 10 pasos de la Lactancia Materna.

## **3.2 CONCEPTUALIZACION DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

### **3.2.1. EMBARAZO:**

El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, al momento del parto. En cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. Tiene una duración aproximada después de la última menstruación de 180 días ó 40 semanas.

Evidencias probables de embarazo: 1) Amenorrea 2) Cambios en el moco cervical 3) Cambios en las mamas 4 ) Cambios de la piel : hiperpigmentación y cambios en el aspecto de las estrías del abdomen 5) Aumento de tamaño abdominal 6) Aumento de la forma, tamaño y consistencia del útero; 7) Modificaciones anatómicas del cérvix 8) Cambios de coloración de la mucosa vaginal :signo de Chadwick 9) Contracciones de Braxton Hicks 10) Peloteo 11) Presencia de hGnC en orina y plasma por la prueba de gravidez 12) Contorno físico del feto.

Existen pruebas más sensibles: 1) Hay pruebas de inhibición de la aglutinación del látex para hGnC; 2) Otra prueba muy exacta es la ELISA o enzimo inmuno ensayo que tiene una sensibilidad de 10 a 50 mul /ml y una positividad de 90 a 96%. Signos positivos: 1) El poder auscultar la frecuencia cardíaca fetal que tiene que ser separada de la materna; 2) Percepción de los movimientos fetales por el examinador; 3) Reconocimiento del embrión/feto por USG o Radiografía. (Cunningham F. Gary, Leveno Kennetj J., Bloom Steven L., Hauth John C.,

Larry C. Gilstrap III, Wenstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición págs. (121-149,201-229).

### **3.2.2. PARTO:**

El parto humano, es un proceso fisiológico normal, mediante el cual se pone final al periodo de gestación y cuyo desenlace es la salida del feto y la placenta al exterior del organismo materno. Previo al parto se presenta el período preparto se caracteriza por una serie de fenómenos (encajamiento del feto, contracciones uterinas, maduración del cuello uterino expulsión del tapón mucoso). El proceso del parto natural propiamente dicho se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Tipos de parto: a) Parto vaginal espontaneo; b) Parto vaginal instrumental (Cunningham F. Gary, Leveno Kennetj J., Bloom Steven L., Hauth John C., Larry C. Gilstrap III, Wenstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición págs: (151-186,407-619).

### **3.2.3. PUERPERIO:**

Se define como el periodo de reclusión que transcurre durante el parto e inmediatamente después, pero por lo general el término se utiliza para referirse a las siguientes seis semanas.

Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno — incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pre gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato.

Si los fenómenos se suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico, en caso contrario será irregular o patológico. Se trata de un período muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que encabezan las causas de mortalidad materna, como las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, se acostumbra durante el puerperio tener controlados los parámetros vitales y la pérdida de sangre maternos. El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre esté saludable y en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida. Durante este período de transición biológica, el recién nacido pasa a su vez por un estado de adaptación extrauterina. (Cunningham F. Gary, Leveno Kennetj J., Bloom Steven L., Hauth John C., Larry C. Gilstrap III, Wenstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición, págs (693-749).

#### **3.2.4. CUIDADO PRECONCEPCIONAL:**

Es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva. Se define como un conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible. Los que corresponden a variables demográficas y médicas que directa o indirectamente, están relacionadas con factores causales de las malformaciones congénitas o con el mal resultado perinatal. (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011 pg. 24).

### **3.2.5. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL:**

Es la entrevista programada entre una mujer y/o pareja con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta es que la pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011 pg. 24).

### **MALFORMACIÓN CONGENITA:**

Incluye anomalías funcionales y/o estructurales del feto debidas a factores presentes antes del nacimiento, incluyendo defectos genéticos, ambientales o desconocidos aunque tal defecto no sea aparente en el recién nacido y solamente se manifieste más tardíamente. Por lo que la ceguera, sordera, el retardo mental y otros trastornos del neuro-desarrollo están incluidos en este concepto. (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pg.24).Ver indicaciones del Ultrasonido.

### **OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL:**

1. Identificar factores: hábitos, conductas y patologías que condicionan un riesgo reproductivo para la mujer y su recién nacido procurando su atención en el nivel que corresponda.
2. Promocionar acciones para mejorar la salud de la mujer y el recién nacido.
3. Orientar a la pareja sobre opciones para postergar su embarazo mientras la mujer está en condiciones apropiadas para embarazarse.

**FACTORES IMPORTANTES A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL.** (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 25)

**VINCULADOS A LA EDAD:** En Latinoamérica las mujeres de 40 años o más producen el 2% de todos los nacimientos y el 40% de los casos de síndrome de Down. La edad materna baja (menos de 20 años) también es factor de riesgo para algunas malformaciones específicas como: Gastroquisis y otros defectos. La edad paterna avanzada (más de 45 años) aumenta el riesgo para mutaciones nuevas dominantes.

**CONSANGUINIDAD:** Dar a conocer los riesgos probables es una práctica útil para la prevención primaria de las malformaciones congénitas.

**ETNIA** Las incidencias de algunas malformaciones congénitas en diferentes grupos raciales es un fenómeno bien documentado, un ejemplo clásico es la mayor frecuencia de polidactilia, paladar hendido e hipospadia, en niños afroamericanos y una mayor frecuencia de cardiopatías en niños blancos.

**OCUPACIÓN EXPOSICIÓN MATERNA Y PATERNA** Ciertas condiciones de trabajo han sido asociados con un aumento en resultados perinatales adversos (aborto, muerte fetal, Parto pre término, bajo al nacer y algunos defectos congénitos)

**FACTORES ASOCIADOS AL ESTILO DE VIDA** Algunos hábitos pueden determinar una serie de riesgos para las mujeres en edad fértil. La identificación y modificación de dichos hábitos puede beneficiar a las mujeres y su futuro embarazo.

**HABITOS NUTRICIONALES** Se deben identificar en la evaluación Preconcepcional malos hábitos nutricionales como sobrepeso, delgadez, anorexia, bulimia, suplementación, vitamínica adecuada, desnutrición.

## **FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO:**

### **SOCIALES Y EDUCACIONALES:**

- Vivienda: Rural, Urbano marginal
- Bajo ingreso económico: subempleo y/o desempleo
- Baja escolaridad
- Otros: Tabaquismo, alcoholismo etc.
- Violencia Familiar, intrafamiliar y extra familiar
- Baja ò ninguna educación sexual

### **BIOLÓGICOS:**

- Edades extremas; menor de 18 y mayor de 35 años
- Paridad mayor de 4 hijos
- Antecedentes o presencia de enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, nefropatía.
- Antecedentes de Patologías obstétricas (aborto, hemorragia post parto, cesárea, recién nacidos de bajo peso, toxemia)
- Infecciones de transmisión sexual, Sida

( Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011 pág. 26)

### **3.3 NORMAS NACIONALES PARA ATENCION MATERNO NEONATAL (NORMALIZACIÓN)**

**Mediante uso de normas establecidas la Secretaria de salud** En este caso haciendo uso de las Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal entendiendo como norma “**que es lo que se debe hacer**”, y procedimiento “**como se debe hacer**”.

#### **OBJETIVOS DE LA NORMA:**

-Contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de la implementación de las mejores prácticas basadas en evidencia científica actualizada para prevenir y manejar adecuada y oportunamente las complicaciones obstétricas y neonatales que ponen en peligro la salud y la vida de la mujer y su feto y recién nacido.

-Estandarizar los criterios de provisión de servicios en atención de la mujer durante su embarazo, parto y post parto.

-Estandarizar los criterios de provisión de servicios en atención inmediata del recién nacido.

-Estandarizar criterios para el manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales de acuerdo al contenido de estas normas.

#### **3.3.1 ATENCION PRECONCEPCIONAL**

Realizará lo siguiente (**Norma 6**) :

##### **Procedimiento:**

- a) Historia Clínica (anamnesis) completa con énfasis en :
  - Datos Generales
  - Antecedentes patológicos, personales y familiares
  - Factores de Riesgo reproductivo presentes en la mujer

- Antecedentes ginecológicos
- Hábitos
- Consumo de Drogas
- Evaluación del esquema de vacunación (Rubeola, Hepatitis “B”, u otras de acuerdo a las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones).

b) Examen Físico Completo

c) Indica exámenes de laboratorio :

Hemograma, General de Heces General de Orina, Glicemia en ayunas, Anticuerpos anti toxoplasma, Grupo sanguíneo y RH de la Mujer y su pareja, Pruebas rápidas para Sífilis, RPR, VIH y otros pertinentes

d) Si corresponde indica la citología vaginal

El proveedor de los servicios de salud en la atención Preconcepcional subsiguiente (**NORMA 7**) realizará:

- Análisis de resultados de exámenes
- Seguimiento a acuerdos y recomendaciones de la atención anterior
- Planificar actividades para resolver problemas identificados
- Consejería según hallazgos
- Programación de cita para una nueva atención de la mujer y/o su pareja
- Referencia a nivel superior si corresponde.

Según la **NORMA 8**, el proveedor de los servicios de salud debe informar a toda mujer que desea un embarazo que evite el consumo de sustancias peligrosas para ella y el feto:

- Tabaco, Alcohol, Drogas en general (Cocaína, marihuana y otros )

También debe recomendar moderar el consumo de: café, té, de cualquier tipo, bebidas de cola.

El proveedor de los servicios de salud indicara en la atención Preconcepcional a toda mujer en edad fértil que desee un embarazo ácido fólico durante tres meses antes de embarazarse según el esquema siguiente:

- Mujer sin antecedentes de haber procreado niños con defectos del tubo neural: tomaran 1 mg/día tres meses previos al embarazo y lo seguirá tomado hasta primer trimestre del embarazo.
- Las mujeres que tienen el antecedente de un niño con un defecto de tubo neural y pretenden embarazarse nuevamente: deben tomar 5 mg/día, tres meses previo al embarazo y lo seguirá tomado hasta el primer trimestre del embarazo,

#### **RECUERDE: NORMA 9**

- La evidencia actual demuestra que más de la mitad de los casos de defectos del tubo neural, podrían ser evitados si la madre hubiera consumido suficiente ácido fólico de su embarazo.
- Los defectos congénitos de la espina dorsal y el cerebro comienzan antes que las mujeres sepan que están embarazadas.

Los medicamentos que pueden ocasionar efectos teratógenos, para no prescribirlos y recomendar que no sea utilizado por la mujer. Merecen especial atención los siguientes: Isotretinoína (Vitamina A), Talidomida, Antiepilépticos, Cumarínicos y otros fármacos como litio, estreptomina, anti tiroideos. **(Norma 10)**

El proveedor de los servicios de salud debe ofrecer un método de planificación familiar a la mujer y su pareja, si es que desea o posponer o evitar un embarazo siguiendo los procedimientos ya definidos.**(Norma 12)**

El proveedor de servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil en la atención preconcepción con diagnóstico de anemia debe dedicarle los exámenes que corresponden para establecer su causa e iniciar el tratamiento que corresponde. **(Norma 13)**

El proveedor de los servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil con diagnóstico de anemia ferro priva y que planea un embarazo deberá indicar: a) Cita médica mensual; b) Los exámenes de laboratorio de control; c) Referencia a un centro de mayor complejidad para completar su diagnóstico etiológico si fuere necesario **(Norma 14)**

El proveedor de los servicios de salud al identificar en la atención preconcepción una mujer en edad fértil que adolece de una cardiopatía debe informar a la paciente y sus familiares sobre los riesgos que implica un embarazo, los cuales pueden llegar incluso a la muerte de ella y su futuro feto/niño. **(Norma 15)**

La mujer cardiópata debe estar consciente del riesgo de transmisión de defectos congénitos cardíacos (Síndrome de Marfan 50%, Estenosis aortica 17%, Defectos del tabique ventricular 17%, Persistencia del conducto arterioso 9%, Estenosis pulmonar 7%, Defecto del tabique auricular 6 – 12%, Coartación de la aorta 6.5%) **(Norma 16)**

El proveedor de los servicios de salud al identificar una mujer en edad fértil que padece una cardiopatía debe referirla para recibir la consulta especializada que corresponda. La hipertensión arterial sistémica se relaciona con restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. **(Norma 17)**

El proveedor de servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil con historia de Diabetes mellitus que decida embarazarse debe: a) Adaptar su tratamiento seis (6) semanas antes de iniciar el embarazo; b) Promover que

la paciente mantenga niveles de glucosa normales en el periodo preconcepción.; c) Referir a la paciente al médico especialista que corresponda. Es ideal comenzar el asesoramiento de las mujeres diabéticas entre tres y seis semanas previo a la concepción a fin de establecer niveles óptimos de glucemia. **(Norma 21)**

El proveedor de los servicios de salud al identificar una mujer edad fértil con historia de insuficiencia venosa debe informar a la paciente y a sus familiares sobre los riesgos que implica un embarazo. **(Norma 22)**

El proveedor de servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil con historia de insuficiencia venosa que decida embarazarse debe referir a la paciente al médico especialista para iniciar el manejo que corresponda. **(Norma 23)**

El proveedor de los servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil que padece epilepsia deberá informar a la paciente y a sus familiares sobre los riesgos que implica el embarazo. Su atención prenatal debe estar a cargo de especialistas (Obstetricia y otros). **(Norma 24)**

El proveedor de los servicios de salud que brinda atención preconcepción a una mujer en edad fértil con diagnóstico de epilepsia y que desea embarazarse debe referirla a evaluación por especialistas para establecer su manejo. **(Norma 25)**

El proveedor de servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil que desea un embarazo debe referirla para que reciba una atención odontológica adecuada. **(Norma 29)**

Enfermedades maternas transmisibles: rubiola, citomegalovirus, toxoplasmosis, sífilis, VIH, condilomatosis, Hepatitis B.

### **3.3.2 ATENCION PRENATAL**

La atención prenatal es la atención integral y de calidad que se brinda a través de una serie de visitas programadas de la embarazada con proveedores de servicios de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el puerperio. Además debe permitir identificar y prevenir complicaciones así como detectar oportunamente signos de peligro en la madre o en el feto. Ver Anexo Hoja de Carnet Prenatal.(Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011pg. 37- 58).

La atención prenatal con calidad debe cumplir con los requisitos básicos: a) Precoz; b) Sistemática; c) Periódica; d) Completa; e) De amplia cobertura. Los objetivos generales de la atención prenatal: 1) Detectar enfermedades maternas subclínicas; 2) Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo; 3) Vigilar el crecimiento y vitalidad; 4) Educar a la mujer y su familia en temas de autocuidado, señales de peligro, cuidados del recién nacido y otros.

El carnet prenatal es un instrumento que integra las actividades que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio. Al llenarlo de forma completa se asegura que los datos de mayor importancia: Relatos a la atención prenatal; los vínculos a una ingreso durante el embarazo, parto y postparto; para el seguimiento del recién nacido.

El proveedor de servicios de salud institucional (Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, y Técnico de Salud Ambiental) con la colaboración de los voluntarios de la comunidad (partera tradicional capacitada y miembros del comité comunitario de salud), en toda oportunidad de contacto con la comunidad detectara a toda mujer embarazada lo más pronto posible, de preferencia antes de las 12 semanas. Procedimiento: a) Llenará el listado de Mujeres en Edad Fértil (LISMEF) y de Mujeres Embarazadas (LISEM); b)

Realizará revisión y análisis periódico del LISMEF y LISEM; c)Aprovechara la entrega de paquete básico de atención, las actividades de vacunación extramuros y cualquier otra oportunidad de contacto con la comunidad; d)Evitara rechazos cuando una embarazada solicita atención y aprovechara todo contacto de atención en que esté involucrada una embarazada (oportunidades aprovechadas) **( Norma 1 )**.

El proveedor calificado de los servicios de salud (medico, enfermera, auxiliar de enfermería) realizara el diagnostico de embarazo basado en los clásicos signos de probabilidad y certeza. Se entiende por proveedor calificado a toda auxiliar de enfermería, enfermera o médico que ha sido capacitado para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, tiene los conocimientos, habilidades y destrezas para la aplicación de las presentes normas. **(Norma 2)**

El proveedor de los servicios de salud debe disponer del equipo básico y la tecnología necesaria para brindar atención prenatal de calidad:

1) Gesto grama 2) Cinta Obstétrica 3) Tarjeta con valores normales de altura uterina, ganancia de peso materno y peso para la talla 4) Historia clínica perinatal base 5) Carnet perinatal 6) Esfigmomanómetro 7) Bascula 8) Tallímetro 9) Estetoscopio; 10) Camilla Ginecológica; 11) Grada de doble peldaño 12) Lámpara cuello de ganso13) Espéculos 14) Guantes 15) Equipo para toma de citología 16) Pruebas rápidas para detectar: embarazo, RPR, sífilis. **(Norma 3)**

El proveedor de servicios de salud al brindar atención a la embarazada la registrara en la Historia Clínica Perinatal Base (anexo 5) y también en el Carnet Perinatal, asegurando el llenado completo con la información requerida.

Las actividades que están definidas en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) son de cumplimiento obligatorio, así aseguramos que brindamos una atención prenatal de calidad. El llenado completo de la HCPB permite obtener información oportuna para la toma de decisiones durante la atención y su

digitación en el Sistema Informático Perinatal (SIP) permite su análisis y la toma de decisiones orientadas a mejorar la salud de la mujer hondureña. **(Norma 4)**

El proveedor de los servicios de salud debe asegurarse que toda embarazada cuente con su plan individual de parto. **(Norma 8)**

El proveedor de servicios de salud (medico, enfermera, auxiliar de enfermería y técnico de salud ambiental) con la colaboración de los voluntarios de la comunidad (partera tradicional capacitada y miembros del comité comunitario de salud), elabora el plan individual de parto basándose en la condición actual de la embarazada a fin de que ella, su familia y su comunidad estén preparados para eventuales complicaciones y tengan un plan de transporte para asistir al hospital en caso de una emergencia. **(Norma 9)**

El personal de salud debe cumplir lo relacionado con el plan individual de parto de la embarazada: Que toda embarazada tenga con ella el documento del plan individual de parto que incluya los datos siguientes: 1) Fecha estimada de parto; 2) Fecha estimada de llegada al hospital más cercano; 3) Quien la acompañara para su viaje al hospital. **(Norma 10)**

El proveedor de los servicios de salud brindara las atenciones siguientes a cada embarazada: 1) Cinco (5) atenciones prenatales a toda embarazada que no tiene factores de riesgo y que no desarrolla complicaciones durante su embarazo; 2) El número de atenciones prenatales que sean necesarias. **(Norma 11)**

El proveedor de los servicios de salud brindara a toda embarazada normal las atenciones prenatales de acuerdo al siguiente esquema: 1) Primera atención: En el momento de la captación, idealmente en las primeras 12 semanas; 2) Segunda atención: Entre las 13 y 24 semanas; 3) Tercera atención: Entre las 25 y 29 semanas; 4) Cuarta atención: Entre las 30 y 35 semanas; 5) Quinta atención: Entre las 36 y 40 semanas. **(Norma 12)**

El proveedor de servicios de salud a toda embarazada en su primer atención solicitara y practicara los exámenes de laboratorio básicos siguientes: 1) Hemoglobina y hematocrito; 2) General de orina; 3) R.P.R. / Prueba rápida para sífilis; 4) Grupo sanguíneo y factor Rh; 5) Glicemia; 6) Prueba serología para VIH (previa consejería).

Entre las 28 – 32 semanas solicite las pruebas de laboratorio subsiguientes: a) Hematocrito/ Hemoglobina; b) R.P.R; c) Glicemia; d) General de orina (ya sea por método tradicional o con cinta reactiva) **(Norma 18)**

El proveedor de los servicios de salud que brinda la primera atención prenatal debe medir el índice de Masa Corporal (IMC) de la embarazada para establecer la vigilancia nutricional y brindar la consejería nutricional que corresponde. El índice de masa corporal se mide desde la primera atención prenatal y se continúa calculando en cada consulta. **(Norma 20)**

El proveedor de servicios de salud durante la atención prenatal realizara acciones para la prevención, detección y tratamiento de las infecciones de trasmisión vertical enunciadas a continuación: 1-Chagas; 2-Toxoplasmosis; 3-VIH/SIDA; 4-Sífilis; 5-Estreptococo del Grupo B. Las infecciones de transmisión vertical se definen como aquellas infecciones que se transmiten desde la mujer embarazada al feto o al recién nacido. El Estreptococo del Grupo B durante el embarazo o el periodo postparto, puede ocasionar amnionitis, endometritis o septicemia en la mujer y en el recién nacido septicemia. **(Norma 21)**

El proveedor de servicios de salud a toda mujer embarazada independientemente de su edad gestacional que acude a los servicios de salud debe asegurar el cumplimiento de lo siguiente: 1) **Toxoide Tetánico y Diftérico**: Toda mujer embarazada independientemente de su edad gestacional que al momento de la atención prenatal no documenta su estado vacunal (Carnet perinatal, Carnet nacional de vacunación, LISEM, LISMEF) debe iniciar

y completar esquema de tres dosis así: a) Primera dosis en la primera atención y/o captación de la mujer; b) Segunda dosis, un mes después de la primera dosis; c) Tercera dosis, seis meses después de la primera dosis; Toda mujer embarazada independientemente de una edad gestacional que recibió un refuerzo de Td a los 11 años deberá recibir cada 10 años una dosis de refuerzo. 2) **Vacuna Hepatitis B** (3 dosis); 3) **Vacuna Influenza**. (Toda mujer embarazada independientemente de su edad gestacional, con antecedentes de padecer enfermedades crónicas deberá recibir en cada campaña anual una dosis de la vacuna de influenza estacional. **(Norma 22)**)

El proveedor de servicios de salud durante la atención prenatal proporcionaran orientación sobre los signos de peligro y sobre qué hacer en caso de presentarse: 1) Sangrado vaginal; 2) Dolor de cabeza; 3) Mareos, visión borrosa, convulsiones; 4) Dolor abdominal; 5) Fiebre; 6) Edema; 7) Ruptura de las membranas sin que se inicie el trabajo de parto; 8) Dificultad respiratoria y cansancio; 9) Ausencia de movimientos fetales; 10) Falta de crecimiento uterino. **(Norma 25)**

El proveedor calificado de los servicios de salud al identificar una embarazada con resultado positivo por VIH iniciara el manejo que corresponde, de acuerdo a las normas de ITS establecidas en la Secretaria de Salud. **(Norma 39)**

El proveedor calificado de servicios de salud indicara a la embarazada en su primera atención la determinación del grupo sanguíneo, el factor Rh y de los anticuerpos irregulares (Test de Coombs Indirecto). **(Norma 40)**

Factores de riesgo perinatal: 1) Cardiopatía; 2) Hipertensión; 3) Diabetes; 4) Tuberculosis; 5) Anemia (Hemoglobina menor de 10 g/l); 6) Antecedente de muerte perinatal; 7) Alloinmunizaciones (Sensibilización) Rh; 8) Macrosomía fetal; 9) Embarazo múltiple; 10) Restricción del crecimiento intrauterino; 11) Poli hidramnios; 12) oligoamnios; 13) Hemorragia genital; 14) Amenaza de parto Pre

término; 15) Rotura prematura de membranas ovulares; 16) Talla materna < 145 cm; 17) Peso materno pre gravídico < 45 kg; 18) Escaso o exagerado incremento del peso materno; 19) Antecedentes genéticos desfavorables.

El proveedor calificado de los servicios de Salud identifica una embarazada que no ha tenido su parto al final de la semana 41, deberá remitirla al Hospital para evaluación y manejo por el especialista. **(NORMA 46).**

Todo proveedor calificado de los servicios de Salud indicará a toda mujer embarazada con antecedente de Embarazo Molar la realización de un ultrasonido obstétrico en el primer trimestre dado el riesgo alto de presentar una nueva Mola Hidatiforme. **(NORMA 49).**

El proveedor calificado de los servicios de Salud a toda embarazada a la cual por ultrasonografía se identifique la existencia de malformación congénita mayor debe referirla al Hospital más cercano para la atención de cesárea selectiva. **(NORMA 52)**

### **3.3.3 ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSPARTO INMEDIATO**

La atención del parto, es considerada como el momento más crítico en el continuo de la Atención materno Neonatal y es en esta etapa donde se registran la gran cantidad de muertes maternas y neonatales. **(Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011 61-75).**

**El uso del partograma, el manejo activo del tercer periodo de parto, el pinzamiento del cordón en tiempo óptimo, la eliminación de prácticas innecesarias y la selectividad de las cesáreas entre otras, constituyen la base de un parto seguro y sus efectos beneficiosos tanto para la madre como para el niño. Ver Anexo 6 Formulario de Partograma.**

Mientras más mujeres parturientas puedan ser captadas, evaluadas y atendidas por proveedores capacitados y con experticias probadas, en servicios dignos (equipados según estándares de calidad y con manifestaciones mínimas de calidez y buen trato) menos riesgos innecesarios, menos complicaciones graves y menos muertes materno perinatales formaran parte de las estadísticas de los sistemas e instituciones de salud en los que trabajamos.

**Atención del parto:** Es la atención brindada a la parturienta durante su trabajo de parto, parto, postparto inmediato, utilizando las mejores prácticas recomendadas sobre la base de la evidencia científica disponible, a fin de favorecer la normal evolución de estos procesos, prevenir, identificar y tratar oportunamente una eventual complicación materna y perinatal.

**Proveedor Calificado:**

Incluye a toda auxiliar de enfermería, enfermera o médico que ha sido capacitado para la atención del embarazo, parto, y puerperio y tiene los conocimientos, habilidades y destrezas para la aplicación de las presentes normas.

**Atención Domiciliar del Parto:**

La intención actual de la Secretaria de Salud es la de promover la atención institucional del parto, sin embargo reconocemos que en algunas aéreas del país todavía existe la atención del parto por parteras, específicamente en aquellas aéreas inaccesibles y con factores culturales.

**Atención Institucional del Parto:**

El personal calificado de los Hospitales y Clínicas Materno Infantil asistirá a toda parturienta durante la atención de su parto cumpliendo lo siguiente: a) Favorecerá la presencia de un acompañante si la parturienta lo desea y las

condiciones físicas lo permiten; b) Ofrecerá a la parturienta y a su acompañante un trato respetuoso; c) Brindará apoyo emocional y asegurará la privacidad de la paciente; d) Usará medios no farmacológicos para aliviar el dolor (masajes, ejercicios de relajación y respiración); e) Respetará la posición que la mujer elija durante el trabajo de parto y parto; f) Evitará realizar la episiotomía de rutina; g) Ofrecerá líquidos a la parturienta (que no contenga alcohol); h) Usará el partograma para realizar la vigilancia del trabajo de parto; i) Realizará el pinzamiento tardío del cordón; j) Usará el manejo activo del alumbramiento; k) Favorecerá el apego precoz inmediato ( primeros 30 minutos) del recién nacido.

**Estas prácticas están basadas en evidencias científicas. (Norma 1)**

El personal de salud responsable de las aéreas donde se ingresa y se atiende a la embarazada debe asegurar que se disponga de los insumos básicos y el equipo necesario para la atención de la parturienta y de su recién nacido para lo cual realiza los procedimientos administrativos que corresponden. **(Norma 2)**

Los directores de las Unidades de Salud (Clínicas Materno Infantil y Hospitales ) deben realizar las gestiones para proveer los medicamentos y equipo básico mínimo para la atención de todo parto, enunciado a continuación: 1- Ropa estéril para el que atiende y asiste el parto; 2- Equipo de parto estéril que contenga lo siguiente: 1 pinza forester (de anillos) para limpieza, una tijera para episiotomía ( en caso de que este indicada), 2 pinzas para cordón umbilical, 1 tijera para cordón umbilical, 1 gancho para cordón umbilical, 1 copa para solución antiséptica, gasas, torundas; 3- Campos estériles o limpios (2 para el recién nacido y 4 para la mujer); 4- Una bandeja para recibir la placenta; 5- Oxitocina; 6- Vitamina K; 7- Equipo de reanimación (adulto y pediátrico); 8- Ungüento o gotas de eritromicina o tetraciclina oftálmica u otro antibiótico oftálmico sin esteroides; 9- Mesa para atención del recién nacido; 10-Mesa auxiliar de mayo; 11- Cubetas conteniendo solución desinfectante; 12-

Brazaletes para identificación de la madre y del recién nacido; 13- Equipo de cirugía menor. **(Norma 3)**

El personal de la unidad de salud que ingresa a una embarazada y/o parturienta atendida por parto normal asegura que en el expediente clínico debe constar lo siguiente: 1. Hoja de hospitalización; 2. Historia clínica perinatal base (HCPB); 3. Hoja de signos vitales; 4. Partograma con curvas de alerta; 5. Hoja de evolución y órdenes médicas; 6. Hoja de enfermería; 7. Hoja de registro de medicamentos; 8. Hoja de exámenes de laboratorio; 9. Epicrisis; 10. Carnet perinatal; 11. Hoja de referencia, en caso de que la señora haya sido referida; 12. Copia de la hoja de respuesta (contra referencia) que se entrega al egreso. **(Norma 4)**

El personal de los servicios de utiliza para el ingreso de la embarazada en trabajo de parto normal la Historia Clínica perinatal Base (HCPB), realizando el llenado de los ítems que corresponden. **(Norma 5)**

El personal calificado de los servicios de salud en Clínicas Materno Infantil y Hospitales debe utilizar en toda atención del parto el Partograma con curvas de alerta iniciando su llenado desde el ingreso de la paciente. **(Norma 6)**

El personal de salud debe efectuar una **Evaluación Inicial Rápida** a toda parturienta que solicite atención institucional, para detectar si la embarazada presenta algún signo de peligro o gravedad que determine una atención de urgencia o prioritaria. Determinar si viene en trabajo o si el parto es inminente, preguntar a la paciente como se siente y si ha tenido o tiene sangrado vaginal, dolor de cabeza, visión borrosa, dolor abdominal, várices, dolor en miembros inferiores, dificultad para respirar y fiebre. identificar signos de peligro: evaluar vías aéreas y respiración. (Cianosis, dificultad respiratoria, sibilancias o estertores) Circulación (signos de shock), sangrado vaginal (etapa inicial o final del embarazo o después del parto). Priorizar su ingreso, **(Norma 7)**

El proveedor de los servicios de salud que ingresa a la embarazada en trabajo de parto debe realizar el examen físico general y un examen obstétrico en correspondencia con lo solicitado en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) que incluye lo siguiente: 1) Examen físico General: Toma de signos vitales, Realiza una inspección general con énfasis en estado de conciencia, hidratación, esfuerzos respiratorios, Revisa conjuntivas y palmas de las manos, Inspecciona mamas, Evalúa miembros inferiores en busca de presencia o ausencia de edemas, varices; 2) Examen obstétrico: Posición de la madre al realizar la evaluación. Evalúa la dinámica uterina, Determina la dilatación del cuello uterino, Determina la altura y presentación, identifica la variedad de posición, Identifica la presencia de salida de líquido meconial, Descartar presencia de cicatrices, Ausculta la frecuencia cardiaca fetal asociada a las contracciones uterinas. **(Norma 15)**

El proveedor calificado de los servicios de salud para evitar la aparición de situaciones de desequilibrio hemodinámico, debe controlar cada 30 o 60 minutos: 1) El pulso de la mujer; 2) La presión arterial; 3) Frecuencia cardiaca fetal; 4) Contractilidad uterina; 5) Este control debe realizarse: Colocando a la parturienta en decúbito lateral izquierdo, Repetirlos cada 30 minutos y los hallazgos se registran en el partograma.

El partograma permite: a) El seguimiento adecuado del trabajo de parto; b) El diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto; c) Prevenir y diagnosticar, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna. Ver anexo partograma.

El personal calificado de los servicios de salud atenderá a la parturienta en periodo expulsivo, utilizando las mejores prácticas recomendadas por la evidencia descrita a continuación: 1) Cuando las condiciones lo permitan atiende el parto en la misma cama donde la mujer ha tenido su trabajo de parto, porque esto evita movilizarla a otra sala diferente para el parto garantizando la

privacidad y las condiciones de bioseguridad; 2) Atención del parto en la posición que ella escoja para el nacimiento. **(Norma 24)**

El pinzado demorado del cordón, contribuye a prevenir la anemia neonatal y la anemia por carencia de hierro en los primeros seis meses del niño, ya que por un mecanismo fisiológico el recién nacido recibe en los primeros minutos entre 80 y 100 ml de sangre y 40 a 50 mg de hierro, lo cual le permitiría evitar la carencia de ese mineral durante el primer año.

Sin embargo, a los 90 segundos (1 y ½ minutos) desde el nacimiento aproximadamente el 78% de los beneficios ya se han logrado. **(Norma 24)**

El proveedor calificado de los servicios de salud que atienden partos efectúa el manejo activo del tercer periodo de parto. Aplicación de oxitocina, maniobra de tracción contra tracción del cordón umbilical y masaje uterino. **(Norma 26)**

El proveedor calificado debe dar seguimiento a la puérpera y su recién nacido (nacido por vía vaginal o por cesárea) durante las dos primeras horas después del parto de acuerdo a lo siguiente: a) Facilita la presencia de un familiar para que acompañe a la paciente. b) Brinda apoyo emocional y si está a su alcance responsable a las necesidades. c) Asegura el alojamiento conjunto madre y recién nacidos sin complicaciones. d) Ayuda a la madre a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al alumbramiento. e) Asegurar que la mujer este hidratada. f) Controla los signos vitales, evalúa la contracción uterina, la cantidad y características del sangrado cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos durante la segunda hora, registra los datos de la Historia Clínica Perinatal Base y en la Hoja de Monitoreo Post Parto. g) Efectúa masaje uterino si es necesario. h) Si hay hemorragia investiga la causa y efectúa el manejo correspondiente. i) Orienta a la madre sobre su auto vigilancia e identificación de signos de alerta. j) Estimula y apoya la continuación de la lactancia materna exclusiva toma los signos vitales y evalúa la condición del

recién nacido. (**Norma 34**), ver Anexo Cuadro signos vitales posparto o post cesárea.

### **3.3.4 ATENCION PUERPERAL** (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011 págs.90-96).

Atención Puerperal es la que se brinda a la puérpera durante los 40 días después de su parto a fin de favorecer la normal evolución de este periodo, prevenir y manejar oportunamente las complicaciones.

En nuestro país un importante número de muertes maternas ocurre en este periodo. Las primeras 24 horas que continúan al alumbramiento es el período donde se producen o agravan la mayor cantidad de complicaciones en la madre, especialmente las vinculadas con sangrado. Considerando también que ocurren muertes maternas durante los primeros días del puerperio, la Secretaría de Salud ha priorizado enfatizar en la atención temprana de la mujer y de su recién nacido en este período, y ha establecido que esta atención se debe antes que la mujer cumpla los primeros 7 días después del parto y en las comunidades donde es posible realizar se está promoviendo la atención puerperal y la captación del recién nacido para su primera atención dentro de los primeros 3 días después del parto.

**Objetivos de la atención puerperal:** 1-Evaluar a la mujer y al recién nacido para verificar su estado de salud. 2-Identificar y manejar oportunamente las complicaciones de la madre y del recién nacido. 3- Controlar el bienestar dela mujer y el niño.

El proveedor de los servicios de salud institucional y comunitario promoverá el acceso de la mujer a la Atención puerperal después del parto realizando lo siguiente: 1) Revisará el listado de mujeres embarazadas (LISEM). 2) La comunidad organizada informará al personal institucional o comunitario sobre

toda embarazada que ha tenido parto recientemente. 3) Antes, durante y después del embarazo y en cualquier oportunidad de contacto con la comunidad, familia, y pareja se promocionará la importancia de la atención puerperal. A través de Reuniones comunitarias, Hogares maternos, Visita domiciliar, Reuniones grupales, Salas de espera de las unidades de Salud, Grupos de apoyo a la lactancia materna. **(Norma 1).**

El proveedor de los servicios de salud, brindará atención a la madre y su recién nacido de preferencia en los primeros 3 días después del nacimiento, independientemente del sitio en donde se haya atendido su parto, Realiza lo siguiente: 1) Promover la asistencia de la puérpera a la unidad de salud una vez que egresa del Hospital.2) Según la revisión del LISEM y a la coordinación con personal voluntario realiza visitas al hogar de la puérpera para su evaluación. **(Norma 7).**

El proveedor de los servicios de salud, registra en los instrumentos oficiales de la Secretaría de Salud, la primera atención de la madre (HC-3, HC-4) y de su recién nacido en Historia Clínica del niño /niña (HC-1). **(Norma 8)**

El proveedor de los servicios de salud, en la primera atención de la madre debe realizar lo siguiente: 1) Revisa la información del carnet perinatal que presenta la mujer donde se registró la atención de su parto. 2) Realiza anamnesis. 3) Después de explicarle a la madre, realiza un examen físico. 4) Informa a la madre sobre los resultados de la evaluación realizada y responde a sus preguntas en forma clara y sencilla. **(Norma 9)**

El proveedor de los servicios de salud proporcionara información, educación y atención durante la atención puerperal sobre: Alimentación e higiene materna, lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido, signos y síntomas de peligro (maternos y del recién nacido) y donde acudir en caso de presentarse, Riesgo Reproductivo y planificación familiar, explicando la importancia de mantener un espacio intergenésico de mínimo de dos años, promoverá la toma de citología de acuerdo a las Normas de Cáncer **(Norma 16).**

El proveedor de los servicios de salud fomentara que la puérpera alimente a su recién nacido con la lactancia materna a libre demanda. **(Norma 18).**

El proveedor de los servicios de salud interroga a toda puérpera que sea captada en el sistema de salud sobre el uso de métodos anticonceptivos y en caso que no esté usando ninguno, le proveerá un método que acepte de acuerdo a las Normas de Planificación Familiar. **(Norma 20)**.

**3.3.5 ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO (R.N.)** (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011 págs. 98-126).

**Son los cuidados que se brindan a todo recién nacido inmediatamente al nacer para favorecer la transición de la vida fetal a la neonatal: prevenir, detectar, y manejar inmediatamente las complicaciones, y referir de manera oportuna si la unidad no cuenta con las condiciones para su atención.**

**Recién Nacido Vigoroso:** es aquel recién nacido que tiene buen esfuerzo respiratorio, buen tono muscular, y frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto.

**Principales intervenciones: antes, durante, e inmediatamente después del nacimiento con calidad y calidez**

El personal calificado de los servicios de salud previo a la recepción del recién nacido, debe conocer todos los antecedentes familiares maternos y de la gestación que constituyen factores de riesgo para el neonato. **(Norma 1)**.

El personal calificado de los servicios de salud responsable de la recepción del recién nacido debe brindar una inmediata y adecuada atención con acciones destinadas a: 1) Identificar oportunamente los factores de riesgo en el R.N. 2) Identificación de signos de peligro 3) Prevenir la hipotermia 4) Prevenir, detectar y controlar infecciones. 5) Reconocer malformaciones congénitas. **(Norma 2)**.

El personal calificado de los servicios de salud responsable de la atención del recién nacido y durante la recepción del mismo, debe tomar **las medidas de bioseguridad para prevención y control de Infecciones**, como ser:

- 1) Lavado de manos y antebrazos con agua y jabón durante 30 a 60 segundos
  - 2) Colocarse bata, gorro y cubre boca limpios.
  - 3) Colocarse guantes
  - 4) Disponer de campos limpios, secos y tibios.
  - 5) Asepsia de instrumentos.
- (Norma 3).**

El personal calificado de los servicios de salud responsable de la atención del recién nacido debe preparar el ambiente térmico facilitando **las condiciones apropiadas** previo al nacimiento y durante la atención del neonato, para evitar su enfriamiento. **(Norma 4).**

La unidad de Salud donde se brinda la atención inmediata del recién nacido deben disponer y preparar el equipo, instrumentos, materiales, medicamentos y otros insumos básicos que permitan la atención adecuada y de calidad garantizando la sobrevivencia del neonato. Lo mínimo disponible sugerido es:

**1.Equipo:** equipo completo de reanimación neonatal, balanza calibrada, Tallímetro, Termómetro

**2.Instrumentos y materiales estériles:** tijeras, pinzas, gancho para pinzar el cordón, hilo, gasa, perilla de succión o sondas de aspiración, guantes, gorro, mascarilla, bata, campos o paños limpios secos y tibios.

**3.Medicamentos básicos:** tetraciclina, eritromicina, sulfacetamida oftálmica sin esteroide, vitamina k inyectable, soluciones intravenosas ( Dextrosa al 5% y 10%, lactato ringer, solución salina ).

**4. Insumos:** jeringa de 1cc graduada en décimas, estetoscopio, reloj de pared con segundero, cinta métrica flexible y no extensible. **(Norma 5).**

El personal calificado de los servicios de Salud responsable de la recepción y atención del RN debe estar capacitados con las competencias necesarias para realizar acciones dirigidas a prevenir y / o resolver posibles complicaciones,

disponiendo de los elementos esenciales para una atención de calidad. Correcta evaluación de la vitalidad del neonato e identificación de criterios para la reanimación, secado, control térmico y abrigo del R.N, apego precoz, prevención de infecciones oculares (oftalmía neonatal), prevención enfermedad hemorrágica del R.N, examen físico completo, medidas antropométricas ( peso, talla, perímetro cefálico, torácico, abdominal), valoración de la edad gestacional, identificación y registro del R.N, inmunizaciones, alojamiento conjunto, traslado a puerperio, evaluación por órganos y sistemas.

**Alta Médica y Seguimiento:** El personal calificado de los servicios de salud hará el **egreso o el ALTA** del Hospital al recién nacido a las 12 horas de vida, se reúne los siguientes requisitos:1) Signos vitales estables por 12 horas antes del alta.2) Buen agarre, buena succión y tolera las tomas de leche materna. 3) Ha miccionado y defecado, dar indicaciones a la madre de vigilancia por 24-48 horas.3) Sin evidencia de ictericia. 4) Examen físico completo sin signos neonatales de peligro que requieran hospitalización. . **(Norma 48).**

El personal calificado de los servicios de Salud NO debe dar alta del Hospital o Clínica Materno Infantil al neonato, sin tener el resultado de RPR de la madre y el Recién Nacido. **(Norma 49).**

### **3.3.6 ECOGRAFÍA EN OBSTETRICIA**

La ecografía en obstetricia ha sido de gran utilidad en diversas formas, en particular dos, el cálculo más exacto de la fecha de gestación y la detección de anomalías fetales. Componentes de la exploración ecográfica estándar por trimestres, algunas indicaciones para practicar la exploración ecográfica por trimestre. Ver anexos 8, 9 y 10 (Cunningham F. Gary, Leveno Kennetj J., Bloom Steven L., Hauth John C., Larry C. Gilstrap III, Wenstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición págs. 389-406).

### **3.3.7 COMPLICACIONES OBSTRÉTICAS Y NEONATALES**

El **SANGRADO VAGINAL** (etapa inicial o final del embarazo o después del parto), tiene como posibles causas:

Aborto, Embarazo ectópico, Embarazo Molar, Desprendimiento prematuro de placenta, Rotura uterina, Placenta previa, Útero atónico., Desgarros del cuello uterino y vagina, Retención de placenta, Inversión Uterina (Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 69)

#### **HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO**

**Definición:** Sangrado genital que se presenta en la mujer embarazada antes de las 20 semanas de gestación, se debe principalmente a:

**Aborto**

**Amenaza de aborto**

**Embarazo ectópico**

**Enfermedad Trofoblástica Gestacional (embarazo molar)**

#### **HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO**

**Definición:** Sangrado genital que se presenta en la mujer embarazada después de las 20 semanas de gestación, se debe principalmente a:

**Placenta previa**

**Desprendimiento prematuro de placenta**

**Ruptura uterina**

**Amenaza de parto pre término** (Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 144).

#### **HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP)**

**Definición Técnica:** Es la pérdida sanguínea mayor o igual al 15% del volumen sanguíneo circulante que causa un importante cambio hemodinámico con y/o signos de hipovolemia, después del nacimiento del recién nacido y que amenaza la vida de la mujer. Los valores normales de la pérdida sanguínea son

aproximadamente 500 ml en el parto vaginal y en la cesárea debe ser menor a 1000 ml. Cuando el sangrado supera estos volúmenes se considera que está frente a una hemorragia postparto.

**Definición Técnica:** Cualquier pérdida de sangre que causa cambios mayores fisiológicos que amenazan la vida de la mujer.

Hemorragia primaria o temprana: ocurre en las primeras 24 horas postparto.

Hemorragia secundaria o tardía: cuando ocurre entre las 24 horas y 6-8 semanas postparto.

**La HPP es la causa más importante de muerte materna en Honduras.**

**Causas:**

-Sobre distensión Uterina: Embarazo Múltiple, Macrosomía, Poli hidramnios, Anormalidades fetales.

-Fatiga musculo uterino: Trabajo de parto prolongado, precipitado, Alta paridad, embarazo previo con HPP

-Infección uterina/corioamnioititis: Ruptura prolongada de membranas ovulares, fiebre.

-Distorsión Uterina/ Anormalidades: Miomas uterinos, Placenta previa.

-Drogas relajantes uterinas: Halotano, nifedipina, AINES, betas miméticos, sulfato de magnesio.

-Retención placentaria /Membranas, Placenta anormal, cirugía previa uterina, Placenta incompleta, placenta anormal.

-Desgarros de cérvix/vagina/periné: Parto precipitado, Parto Operatorio, Episiotomía.

-Desgarro extendido en cesárea: Posición anormal, Manipulación fetal, Encajamiento profundo.

-Ruptura uterina: cirugía previa uterina, Hiperestimulación uterina.

-Inversión uterina: Alta paridad, placenta fúndica, Excesiva tracción del cordón

Anormalidades de coagulación previa: Coagulo Patía o Hepatopatía previas. (Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 154-155-159).

**FIEBRE O INFECCION PUERPERAL:** (Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág.212-213).

**Definición:** Temperatura oral de 38.0 °C o más por 2 días en cualquiera de los primeros 10 días, extendiéndose a 42 días posparto.

**SEPSIS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debida a infección sospechada o confirmada.**

**SEPSIS SEVERA:** sepsis asociada con disfunción de órganos (SNC, renal, hepático, cardiaco, coagulo Patía, acidosis metabólica), hipotensión o hipo perfusión.

**SHOCK SEPTICO:** Hipotensión inducida por sepsis, a pesar de adecuada terapia de fluidos inicial, con la presencia de anomalías de perfusión (acidosis láctica, oliguria, estado mental alterado).

**Clasificación por sitio de infección puerperal:**

**Endometrio:** Endometritis, Para metritis, **Pelvis:** Absceso Pélvico, **Pulmones:** Infecciones Respiratorias, **Tracto Urinario:** ITU, **Heridas:** Cesárea, episiotomía, Laceraciones en cérvix y vagina, **Venas: Tromboflebitis Séptica,**  
**Mamas:** Mastitis

**Otros:** Catéteres venosos, endocarditis. **Infecciones Sistémicas.**

**SHOCK** (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 224).

**Definición:** es la incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo adecuado de los órganos vitales.

Es una de las complicaciones más frecuentes asociados a mortalidad materna. Es importante que el proveedor este capacitado para identificar

**oportunamente signos y síntomas e iniciar el manejo para estabilizar a la mujer, identificar y tratar la causa; Puede ser :Hipovolémico (por pérdida de volumen sanguíneo ) y Séptico ( infección ).**

**FIEBRE Y EMBARAZO** (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 264-265).

Toda mujer que presenta fiebre (temperatura de 38 °C o más) durante el embarazo, la fiebre puede causar complicaciones al embarazo y requiere de un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

En nuestro medio deben investigarse las patologías más frecuentes:

Infecciones urinarias, Malaria o paludismo, Dengue, Influenza A y otras enfermedades epidémicas emergentes y re emergentes.

## **TRASTORNOS RENALES Y DE LAS VIAS URINARIAS**

(Cunningham F. Gary, Leveno Kennetj J., Bloom Steven L., Hauth John C., Larry C. Gilstrap III, Wenstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición págs. 1093- 1095)

Los cambios inducidos por el embarazo pueden predisponer a trastornos del tracto renal. Un ejemplo es el riesgo notoriamente aumentado de pielonefritis. El embarazo puede empeorar la enfermedad renal crónica y sus secuelas debido a la incidencia alta de hipertensión y preclampsia.

Se producen cambios en las vías urinarias durante el embarazo tanto en la estructura, como de la función, así: dilatación de los cálices renales y los uréteres, compresión de los uréteres, en especial del lado derecho, reflujo vesicoureteral aumentado. Una consecuencia importante de estos cambios normales relacionados con el embarazo, es una infección en potencia grave de

la parte alta de las vías urinarias, así como interpretación errónea de estudios efectuados para evaluar obstrucción.

## **INFECCIONES DE VIAS URINARIAS**

Son las infecciones bacterianas que se encuentran con más frecuencia durante el embarazo. Aunque la bacteriuria asintomática es la más frecuente, la infección sintomática puede afectar la parte baja de las vías urinarias y causar cistitis o puede afectar los cálices, la pelvis y el parénquima renal y causar pielonefritis. (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 264-265).

**Infección de vías Urinarias:** infección bacteriana en cualquier sitio de toda la extensión de las vías urinarias, desde los cálices renales hasta el meato urinario.

**Uretritis y Cistitis:** infección comprobada en la vejiga urinaria con o sin hematuria Se manifiesta clínicamente con polaquiuria, ardor al orinar, tenesmo y síntomas pélvicos.

**Pielonefritis o Infección del tracto Urinario Alto:** Infección bacteriana del tejido renal que constituye una complicación grave en el embarazo, se manifiesta por fiebre, escalofríos, dolor lumbar, disuria y poliaquiuria.

## **TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS EN EL EMBARAZO**

(Cunningham F. Gary, Leveno Kennetj J., Bloom Steven L., Hauth John C., Larry C. Gilstrap III, Wenstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición págs. 1144- 1163)

El embarazo induce cambios fisiológicos que a menudo desorientan el diagnóstico de trastornos hematológicos y la valoración de su tratamiento. Esto es en especial cierto para la anemia. Uno de los cambios más importantes es la

expansión del volumen plasmático, lo que da por resultado hematocrito disminuido en circunstancias normales.

Las embarazadas son susceptibles a anormalidades hematológicas que puedan afectar a cualquier mujer en edad de procreación; éstas incluyen trastornos crónicos como anemias hereditarias, trombocitemia inmunitaria, y enfermedades malignas, entre ellas leucemias y linfomas. Otros surgen durante embarazo debido a demandas inducidas por la gestación, como anemias por deficiencias de hierro y megaloblástica. El embarazo puede desenmascarar trastornos hematológicos subyacentes causados por hemoglobinopatías o defecto de las membranas de los eritrocitos. Por último, cualquier enfermedad hematológica puede surgir por vez primera durante el embarazo como hemólisis auto inmunitario o anemia aplásica.

**ANEMIAS:** la anemia se define como una concentración de hemoglobina de menos de 12 g/100 ml en mujeres no embarazadas y de menos de 10 g/100ml durante el embarazo y puerperio. Los Center For Disease Control and Prevention (1990) definieron a la anemia como menos de 11 g/100 ml durante el primer y tercer trimestre, y menos 10.5 g/100ml durante el segundo trimestre.

**Frecuencia de la Anemia:** la frecuencia de la anemia durante el embarazo depende principalmente de complemento de hierro, es más frecuente entre mujeres indigentes.

**Causas de anemia durante el embarazo:**

**Adquiridas:** por deficiencia de hierro, causada por pérdida aguda de sangre, propia de inflamación o enfermedad maligna, megaloblástica, hemolítica adquirida, aplásica o hipoplasia

**Hereditarias:** Talasemias, Hemoglobinopatías de células falciformes, Otras hemoglobinopatías, Anemias hemolíticas Hereditarias.

**Las dos causas más frecuentes de anemia durante el embarazo y el puerperio son deficiencia de hierro y pérdida aguda de sangre.**

**Efectos de la anemia sobre el embarazo:** aumento del parto pre término, restricción del crecimiento fetal, según la OMS la anemia contribuye al 40% de las muertes en países del tercer mundo.

**TRASTORNOS HIPERTENSIVOS** (Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 174-196).

**HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:** elevación de la presión arterial sistólica por lo menos a 140 mmHg y presión arterial diastólica por lo menos de 90 mm Hg en 2 ocasiones mínimo, en un intervalo de 6 horas, después de las 20 semanas de gestación, **sin proteinuria**, la presión arterial retorna a lo normal a las a las 12 semanas después del parto.

**PRE-ECLAMPSIA:** Hipertensión Gestacional después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa, **se acompaña de proteinuria.**

**PRE-ECLAMPSIA LEVE:** Hipertensión gestacional (Presión Arterial Sistólica > 140 mm Hg o Presión diastólica entre 90 y 110 mm Hg con proteinuria (cuantitativa: 300 mg o más en 24 horas, o  $\geq 30$  mg/dl en dos muestras de orina al azar en intervalo de 6 horas o cualitativa de + a ++).

**PRE-ECLAMPSIA SEVERA:** Hipertensión Gestacional (Presión Arterial Sistólica > 110 mmHg) con proteinuria anormal (cualitativa  $\geq 2+$  en dos muestras de orina al azar colectadas en un intervalo de 4 horas o cuantitativa mayor de 2 g / 24 horas) o la presencia de alteraciones a multiórganos.

**ECLAMPSIA:** Es la presencia de convulsiones tipo gran mal y o coma no explicado durante el embarazo o postparto en pacientes con signos y signos de preclampsia.

**HIPERTENSIÓN CRÓNICA Y PREECLAMPSIA sobre agregada:** Hipertensión Arterial previa al embarazo menor de 20 semanas, sin proteinuria y que presenta alguno de los siguientes datos:

Proteinuria de inicio reciente de  $\geq 300$  mg /24 horas, Aumento súbito de la proteinuria, Aumento de la Presión Arterial, Trombocitopenia  $< 100,000$  cel/mm<sup>3</sup>, Incremento de enzimas hepáticas.

**La hipertensión en el embarazo es una complicación común y potencialmente peligrosa para la madre el feto y recién nacido .Afecta el 10 % de los embarazos, en nuestro país es una causa importante de muerte materna.**

**HIPERTENSIÓN CRÓNICA:** Hipertensión presente y documentada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación e hipertensión persistente más allá de las 12 semanas postparto.

**SINDROME DE HELLP:** Es una clínica grave que puede llegar a manifestarse como una coagulo Patía grave, por hemolisis anemia hemolítica microangiopatía).disfunción hepática (enzimas hepáticas alteradas) y trombocitopenia. Su nombre proviene de las siglas en inglés: H: Hemólisis, EL: Elevated Liver enzimas y LP (Low Platelets).

**PREECLAMPSIA ATÍPICA:** Se desarrolla menor de 20 semanas de gestación y mayor de 48 horas postparto y presenta algunos de los signos y síntomas de preclampsia clásica, sin hipertensión usual o proteinuria.

**Clasificación:** La clasificación es útil para determinar el compromiso y llevar a cabo el manejo de adecuado.

#### **HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:**

**Hipertensión Gestacional leve:** Presión Arterial Sistólica (PAS) =140-159

MmHg, Presión Arterial Diastólica (PAD)= 90-109 mm Hg.

**Hipertensión Gestacional Severa:** PAS  $\geq 160$ , PAD  $\geq 110$  (en 2 ocasiones intervalo de 6 horas).

**Preeclampsia Leve:** Pre eclampsia Arterial Media (PAM  $\geq 106$  o  $< 126$

**Preeclampsia Severa:** Presión Arterial Media (PAM)  $> 126$

**Eclampsia:** ante parto, intraparto, postparto:( Temprana: pos nacimiento y < de 48 horas. Tardía: más de 48 horas, pero menor de 4semanas pos nacimiento).

Factores Riesgo para Pre eclampsia: Nuliparidad, Embarazo múltiple. Obesidad, Historia familiar de preeclampsia, Preeclampsia en embarazo previo, Resultados anormales de estudios doppler entre las 18-24 semanas, Diabetes mellitus pre gestacional, trombofilia, Síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos, Hipertensión o Enfermedad renal.

### **EMBARAZO Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)**

**Definición:** Ruptura espontánea de las membranas corio-amnioiticas por lo menos 1 hora antes del inicio del trabajo de parto. Independientemente si el embarazo es de término o no. **Complicaciones: corio-amnioitis, parto prematuro y ocasionar en el niño SEPSIS NEONATAL.** (Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 278).

### **TROMBOEMBOLISMO EN EL EMBARAZO**

**Definición:** migración de un coágulo con subsecuente oclusión de un vaso sanguíneo.

**Clasificación:** Trombosis Venosa Superficial, Profunda, Embolia Pulmonar.

**Factores de Riesgo:** Trombofilia Congénita, Historia previa de Trombosis Venosa Profunda, Cirugía Mayor/Trauma/ Inmovilidad, Cáncer, Tabaquismo, Obesidad, Edad menor de 35 años, Prótesis de válvula Cardíaca, Fibrilación Auricular, Insuficiencia Cardíaca Congestiva / Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva-EPOC /Evento Cerebrovascular-ECV, Anemia de Células Falciformes, Diabetes, Lupus, Embarazo Múltiple, Cesárea(en especial de emergencia en trabajo de parto),Síndrome de Anticuerpos Anti fosfolípidos, Raza Afroamericana.

**Complicaciones:** Muerte, Efectos Secundarios de Heparina no Fraccionada: (Hemorragia, Osteoporosis, Trombocitopenia), Efectos secundaros de Hemoglobina de bajo peso molecular.Hbpm larga duración (prurito, Urticaria, Placas eritematosas, Necrosis de la piel, Reacción cruzada con otra HBPM).

(Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, págs. 350-351).

## **PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES Y EMBARAZO**

Enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas que cursan en el embarazo. La enfermedad cardíaca ocasiona complicaciones en el 1-3 % de los embarazos y ocasiona el 10-15% de las muertes maternas.

Es importante considerar que las mujeres embarazadas con enfermedad cardíaca grave o mujeres que experimentan evento cardíaco durante el embarazo, requerirán muy probablemente admisión y la estabilización de su cuadro en una unidad de cuidados críticos/intensivos para adultos.

Algunas Cardiopatías Especiales: Miocardiopatía del Embarazo (peri parto), Miocardiopatía Chagásica, Cardiopatía Reumática.

(Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, págs. 360-361-362).

## **COMPLICACIONES EN EL PARTO**

### **-PARTO PROLONGADO:**

**Definición:** Es el progreso no satisfactorio del trabajo de parto.

**Manifestaciones Clínicas:** La mujer ha sufrido dolores de parto durante 12 horas o más sin que se produzca el parto.

El progreso insatisfactorio del trabajo de parto se asocia con aumento de morbilidad y mortalidad materna y fetal. El diagnóstico oportuno y la toma de decisión oportuna disminuyen en forma importante este riesgo.

Diagnóstico del progreso Inadecuado del trabajo de Parto, comprende: Trabajo de parto falso, Fase latente prolongada, Fase activa prolongada (Desproporción céfalo pélvica, Obstrucción, Actividad uterina Inadecuada, Anomalía de posición o presentación, Fase expulsiva prolongada. (Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, págs. 232-233).

**-PRESENTACIÓN PÉLVICA:** Es el descenso de la pelvis fetal (nalgas) o miembros inferiores hacia la pelvis materna; clasificación: **presentación franca de nalgas, completa de nalgas, Incompleta de nalgas.**

**Factores de Riesgo: Maternos** (Anomalías Uterinas, Placenta Previa, Embarazo múltiple).**Fetales** (Embarazo Pre término, Anormalidades del líquido amniótico, Hidrocefalia, Anencefalia).

**Complicaciones Maternas:** Infecciones, Laceraciones cervicales y perinatales, Daño neurológico de los músculos del piso pélvico, Incontinencia urinaria, Incontinencia fecal, Pérdida sanguínea post cesárea.

**Complicaciones Fetales:** Compresión del cordón umbilical, Prolapso de cordón, Hipoxia fetal, alcalemia, Trauma fetal, Muerte fetal. . (Secretaría de Salud, Honduras, Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, págs. 318-319

**-PARTO CON DISTOCIA DE HOMBROS:**

**Factores de Riesgo:** peso al nacer (macrosomía fetal), diabetes o intolerancia oral a la glucosa y parto vaginal operatorio.

**Complicaciones Maternas:** Hemorragia posparto, Desgarros de cuarto grado, Laceraciones vaginal, Desgarro cervical, Atonía vesical, Ruptura uterina, Separación de la sínfisis y neuropatía femoral cutánea.

**Complicaciones Fetales:** Daño fetal, Parálisis del plexo braquial, Parálisis de Erb-Duchenne, Parálisis braquiales asociadas a fracturas claviculares, fracturas humerales, Parálisis de Erbs.

**-PARTO CON PROLAPSO DEL CORDON:** Es el descenso del cordón umbilical a través del cérvix hacia la vagina o hacia la vulva una vez que las membranas ovulares están rotas.

**Factores de Riesgo: Maternos** (Multiparidad, Pelvis anormal), **Fetales** (presentación anormal, Embarazo múltiple, Peso al nacer menor de 1500 gr. Prematurez, Poli hidramnios). Manipulación Obstétrica (Amniotomía, colocación de monitores internos, Versión externa cefálica, Rotación manual).**otros** (longitud anormal del cordón mayor de 80 cm).

**Complicaciones:** Mortalidad perinatal 38-44% (prolapso extra hospitalario), Mortalidad Perinatal 0-3 % (prolapso siendo monitorizada la paciente en el

hospital), el prolapso de cordón umbilical complica el curso perinatal, incrementando el riesgo de muerte al doble. La mortalidad Perinatal y morbilidad va depender de: el intervalo al nacimiento, longitud de cordón prolapsado, grado de compresión del cordón, anomalías de la FCF durante el evento. (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 340-341).

### **-PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA**

**Definición:** es cuando se permite el trabajo de parto espontáneo, inducido o conducido a una embarazada que ha tenido una cesárea previa.

**Recordar que la ruptura uterina es la principal complicación de un parto vaginal después de una cesárea.**

**Complicaciones:** Rotura uterina, Falta de progreso del parto se asocia con (Rotura uterina, Corioamnioitis, Transfusión, Endometritis, Tromboembolia, Placentación anormal y hemorragias Encefalopatía isquémica).

Falta de progreso del trabajo de parto se asocia con: Sepsis del Recién Nacido, Síndrome de dificultad respiratoria, Neumonía, Acidosis, Hemorragia interventricular, Trauma, Muerte materna. (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 344-345).

### **-PARTO CON EMBARAZO MULTIPLE**

**Definición:** Embarazo Múltiple es la gestación con 2 o más fetos.

**Complicaciones: Maternas:** Anemia, Aborto, Hipertensión y preeclampsia inducida por el embarazo, Poli hidramnios, Distocias, Retención de placenta, Hemorragia Postparto. **Placentarias/ fetales:** Placenta Previa, Desprendimiento prematuro de placenta, Retardo de crecimiento uterino, Parto Pre término, Bajo Peso al nacer, Anomalías de la presentación, Ruptura prematura de membranas, Accidentes de cordón, Malformaciones fetales. Conexiones vasculares anómalas. (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, pág. 288).

## **COMPLICACIONES NEONATALES:**

- RECIEN NACIDO CON ASFIXIA
- RECIEN NACIDO PRETERMINO
- RECIEN NACIDO POSTERMINO
- RECIEN NACIDO CON SEPSIS
- RECIEN NACIDO CON CHOQUE SEPTICO
- RECIEN NACIDO CON ICTERICIA
- SINDROME DE DIFILCUTAD ESPIRATORIA EN EL RECIEN NACIDO
- ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA
- SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL
- NEUMONIA CONNATAL
- MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL RECIEN NACIDO
- RECIEN NACIDO PERINATALMENTE EXPUESTO

(Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Nacionales, Mayo 2011, págs. 373-609).

### **ASFIXIA, PREMATUREZ, SEPSIS EN EL RECIÉN NACIDO (R.N)**

Cerca del 90% de los Recién nacidos son al término, vigorosos si factores de riesgo, el 10% requerirá algún tipo de asistencia al nacer y de estos el 1% requerirá medidas avanzadas de reanimación para sobrevivir.

Existen aproximadamente 5 millones anuales de muertes neonatales en el mundo, de los cuales el 19% son secundarias a asfixia perinatal, esto sugiere que la evolución de más de un millón de R.N. podría mejorar, utilizando las técnicas de reanimación adecuadas.

**ASFIXIA:** Síndrome clínico en el R.N. debido a la deficiencia general de oxígeno o insuficiente perfusión de órganos centrales de alta prioridad (cerebro, corazón, riñones). Fisiopatológicamente se caracteriza por bradicardia, hipoxemia, hipercapnia, hipotensión y acidosis.

**Asfixia Perinatal:** es la que se produce en el período perinatal. Puede ocurrir antes del parto en un 20 %, durante el trabajo de parto y el parto en un 70% y en un 10% luego del nacimiento.

**Epidemiología:** La asfixia perinatal es responsable de cerca de un millón de muertes (19 %) cada año alrededor del mundo. La mortalidad Perinatal puede ser disminuida en más del 80% al mejorar los cuidados de atención prenatal, del parto y del R.N. Aproximadamente un 70% de los R.N. con signos de asfixia responden con éxito a la reanimación y sobreviven de estos ,más de dos terceras partes muestran ser normales al ser evaluados durante su infancia. En América Latina, la asfixia está entre las 3 principales causas de muerte neonatal. Siendo mayor en los casos que el episodio de asfixia se prolonga más de 5 minutos.

**Etiopatogenia: los mecanismos por los cuales se produce la asfixia perinatal son:**

Interrupción el flujo sanguíneo a nivel del cordón o placenta: compresión del cordón, nudo verdadero del cordón, etc.

Alteración del intercambio de oxígeno a través de la placenta: hipoxia materna, hipertensión arterial materna, Insuficiencia placentaria.

Inadecuada perfusión de la cara placentaria materna: desprendimiento de placenta.

Fracaso en la expansión pulmonar al nacer o en el incremento del flujo pulmonar o ambos: prematuridad, síndrome de Distres Respiratorio, por drogas, trauma al nacer.

**Clasificación: Asfixia Perinatal Moderada, Severa, Depresión perinatal leve.**

**Recordar: causa un 6% déficit neurológico. (Parálisis Cerebral Infantil)**

**La encefalopatía hipoxia Isquémica es un síndrome neurológico secundario a las alteraciones estructurales y bioquímica en el cerebro.**

## **R.N. PRETÉRMINO (PREMATURO)**

**Definición:** Se considera pre término al R.N. menor de 37 semanas de edad Gestacional completas (menos de 259) días.

**Clasificación: de acuerdo a la edad gestacional y peso al nacer:**

**Edad gestacional:**

**Inmadurez extrema:** menor de 28 semanas

**Pre termino extremo:** R.N. de 28 sem a 32 semanas de gestación

**Pre término moderado:** R.N. entre 32 y 36 semanas de gestación.

**Pre término tardío:** de 34 a 36 semanas.

**Peso al nacer:**

**Peso Bajo nacer (PBN):** menos de 2500g (hasta 2499) inclusive.

**Peso muy Bajo al nacer (PMBN):** menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive).

**Peso extremadamente al nacer (PEBN):** menos de 1000 g (hasta 999 inclusive).

**Epidemiología:** Se calcula que en el mundo nacen al año alrededor de 20 millones de R.N. con peso menor de 2500g (10 a 20 % de los R.N. vivos), de los cuales el 40% a 70 % son pre-término.

Alrededor del 40 a 50 % de las muertes neonatales se presentan en neonatos con peso menor a 1500 g al nacer.

Representa el 60 y 80 % de todas las admisiones a Unidad de cuidados intensivos neonatales y en salas de hospitalización pediátrica respectivamente.

En Honduras, según la encuesta de Demografía y Salud (ENDESA 2005-2006) la prematuridad y el peso bajo al nacer son una de las principales causas de mortalidad neonatal, ocasionando un 30 % de la muertes infantiles.

## **R.N. CON SEPSIS**

**Definición:** Sepsis Neonatal, es el síndrome clínico con respuesta sistémica a una infección hematógena, con o sin localización, con hemocultivo positivo o no, que se produce dentro de los primeros 28 días de vida.

**Clasificación:**

**Sepsis Neonatal Temprana o precoz:** se presenta dentro de las primeras 72 horas de vida, son causadas por gérmenes que habitan el área genital femenina.

Mortalidad del 15-50 %.

**Sepsis Neonatal Tardía:** Se presenta luego de las 72 horas de vida y ésta puede ser originada en la comunidad o ser nosocomial. Mortalidad del 10-20 %

**Potencialmente Séptico o en Riesgo:** es el R.N. con factores de riesgo predisponente de infección, que no presenta evidencia clínica local o sistémica de infección.

**Sepsis Nosocomial:** signos y síntomas de infección sistémica que ocurre luego de: 1) Más de 72 horas de ingresado sin dato de estar incubando infección, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (principalmente), salas de Neonatología, observación u otro servicio. 2) Después procedimientos invasivos (cateterismo umbilical, intubación endotraqueal). 3) Gérmenes transportados al R.N. por el personal sanitario (manos contaminadas) o por material de diagnóstico.

El personal calificado de los servicios de salud responsable de la atención del R.N. identificar las causas y características de la sepsis neonatal temprana o tardía: Ruptura prematura de membranas, amnioititis, asfixia, prematuridad, procedimientos maternos y neonatales. Identificar las causas y los Factores de riesgo maternos asociados a Sepsis Neonatal, Norma 4, (Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Nacionales, Mayo 2011, pág. 454).

## 3.4 CALIDAD

### 3.4.1 HISTORIA DE LA CALIDAD.

#### 3.4.1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO Y DE LA FUNCIÓN DE CALIDAD.

##### **Evolución del Concepto de Calidad**

Cuando la producción se realizaba de **modo artesanal** la comunicación entre el productor y el cliente era directa, el producto se adaptaba exactamente a las necesidades de éste y por lo tanto, la calidad era máxima y el coste muy elevado.

Con la llegada de la **producción industrial** se redujeron los costes, pero también la calidad de los productos. Esta disminución de la calidad condicionó la búsqueda de procedimientos de fabricación que permitieran al mismo tiempo mejorar la calidad y abaratar los costes de producción. Como respuesta a este problema, en las postrimerías del siglo XIX, se introdujo la **normalización** de las piezas, proceso consistente en elaborar piezas estándar, más tarde con la organización científica del trabajo, se implantó como sistema productivo de la **cadena de producción**. Surge entonces la definición clásica de la calidad de un producto como su conformidad de las especificaciones. Desarrollándose entonces métodos estadísticos de **control de calidad**.

Este fue el planteamiento clásico de la calidad hasta que en 1957, tras el informe AGREE-realizado por el Advisory Group on Reliability of Electronic Equipment, Office of Assistant Secretary of Defense (R& D), se comprobó que a pesar de haber superado los controles de calidad, determinados productos fallaban al poco tiempo de entrar en servicio, lo que condujo al desarrollo de la **teoría de la fiabilidad**. Simultáneamente se comprobó que el concepto de calidad utilizado por los técnicos no coincide siempre con el de los

consumidores. De este modo, Juran propuso como definición de **calidad de un producto su idoneidad, aptitud o adecuación al uso.**

En la actualidad, la extensión del concepto de calidad a todas las áreas de la empresa conduce al concepto de **calidad total**. La empresa se considera como una cadena de proveedores/clientes, donde cada trabajador es cliente del que le suministra bienes, servicios o información y, a su vez, suministrador de la persona a quien entrega su trabajo. Así nace el concepto del trabajador como cliente interno de la empresa. (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pág.10)

### **Evolución del Ámbito de la Función de Calidad**

La importancia de la función calidad a lo largo del tiempo ha pasado por diversas fases. En un principio predominó en las empresas el criterio de calidad mínima, preocupadas por producir lo máximo posible, dando lugar a que los productos fueran de baja calidad, no se practicaba control de calidad. En una segunda fase se incorporó a la actividad industrial el control de calidad basado en la organización científica del trabajo, practicándose el control por la inspección al final del proceso productivo. Más tarde se introdujo el control estadístico del proceso, uso de estándares, mejoras, enfoque estadístico y ayuda de especialistas; el ámbito de la función calidad se limitaba al recepción de suministros y el área de producción. Posteriormente bajo el compromiso de alta dirección se planteó el control de calidad en todos los departamentos, se seguía creyendo que sólo los especialistas estaban capacitados para tratar los problemas de mejora de calidad.

Actualmente se habla de control de calidad en toda la empresa. A este respecto Ishikawa ha dicho que una cuestión es conseguir que todos los departamentos participen en el control y otra muy diferente, que toda la empresa lo reluce. armonía del engranaje de funcionamiento de la empresa. Las bases de la

calidad total son el compromiso de todos y que cada uno de los integrantes de la organización y la comunicación, colaboración y coordinación eficaz en toda la empresa. Como consecuencia de esta concepción, hoy en día se considera **que la calidad es responsabilidad de todos.**

**Evolución del Objeto del Control de Calidad, ha variado a lo largo de los años así;** Años SESENTA: inspección en recepción y al control del producto final Años SETENTA: control del proceso, control preventivo. Para los Años OCHENTA: control de calidad del diseño (producto, del proceso). Siendo en los Años noventa: calidad de los bienes y servicios fabricados es responsabilidad de todos, preocupación la calidad en las relaciones humanas. Se presta atención necesaria al área de administración y de servicios se propaga los círculos de calidad y la filosofía de CALIDAD TOTAL. (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pág11).

**3.4.1.2 APORTACIONES DE CADA AUTOR (GURÚES ) A LA CALIDAD TOTAL** (Cantú Delgado Humberto, Desarrollo de una Cultura de Calidad, segunda edición, año 2001, pág. 32-34)

**Philip B. Crosby:** En los años 70, propuso un programa de catorce pasos que se llamó “cero defectos” en su libro La calidad no cuesta. Adicionalmente, Crosby presenta su prescripción para la salud corporativa (Crosby 1988) y la vacuna de calidad (Crosby 1984), que son dos ideas que utiliza para representar la necesidad de cualquier organización de vacunarse contra la ocurrencia de errores.

**Edwards W. Deming:** Prácticamente vivió la evolución de la calidad en Japón, y de esta experiencia desarrollo sus famosos 14 puntos para que la administración lleve a la empresa a una posición de productividad y competitividad. Además se creó la estructura de los premios Deming y las

“Siete enfermedades mortales”. El reconocimiento obtenido por Deming tanto con Japón como posteriormente en Estados Unidos, hace que para algunos sea considerado el Padre de la Administración Moderna.

**Joseph M. Juran:** A mediados de los años cincuenta, enseñó en Japón conceptos de administración por calidad, contribuyendo también al éxito japonés en calidad. El enfoque de la administración por calidad se basa en lo que se llama la Trilogía de Juran: **planear, controlar, y mejorar la calidad**. Tiene una gran cantidad de publicaciones, además de una fuerte influencia en todo el mundo a través de sus asesorías por medio del Juran Institute, Inc. Y su participación en la American Society for Quality Control.

**Armand V. Feigenbaum:** En 1956, introdujo por primera vez la frase “Control de Calidad Total”, y publicó un libro con este título. Su idea de calidad es un modo de vida corporativa, un modo de administrar una organización. Control de calidad total es un concepto que abarca toda la organización e involucra la puesta en práctica de actividades orientadas hacia el cliente. Primer autor en visualizar la idea de que la calidad no solo se centra en el proceso productivo, sino en todas las funciones administrativas de la organización, integrando así los conceptos de la teoría general de sistemas a los de calidad.

**Kauro Ishikawa:** Fue el principal precursor de la calidad total en Japón y posteriormente tuvo una gran influencia en el resto del mundo, ya que fue el primer en resaltar las diferencias culturales entre las naciones como un factor importante para el logro del éxito en calidad.

**Shigeru Mizuno:** japonés involucrado en la administración por calidad, en su libro Control de Calidad Total a todo lo ancho de la Compañía, propone el despliegue de políticas de calidad como el enlace entre la alta administración y las decisiones estratégicas de la organización con la operación de la misma. Su

aportación utiliza los conceptos de sistemas y resalta la importancia de extender la calidad a toda la organización.

**Shigeo Shingo:** japonés del libro Zero Quality Control: Source Inspection and the Poka-yoke System. En el premio Shingo se han agregado aspectos administrativos a los conceptos originales. Shingo no aporta mucho a la parte administrativa de la Calidad total, pero sus ideas ayudan a no perderse en conceptos abstractos y a recordar que la productividad y la calidad provienen del perfeccionamiento de la operación básica del negocio.

**Genichi Taguchi:** Su principal aportación es el desarrollo de métodos de mejoramiento de la productividad, aporta ideas muy importantes en cuanto a la forma de visualizar y entender la reducción de la variabilidad, concepto que da origen al interés por la calidad. Su aportación es débil en la parte administrativa de la calidad, pero al igual que Shingo ayuda a no olvidar lo básico de la calidad.

### 3.4.2 DEFINICIONES DE CALIDAD

El diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como **“la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”**. Esta definición muestra las dos características esenciales del término. De una parte, la subjetividad de su valoración; de otra su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee, sí no un atributo relativo. se tiene más o menos calidad. (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pg.7).

Según la definición dada por **W. Edwards Deming**, padre del movimiento de la gestión de Calidad Total define calidad **como hacer lo correcto, correctamente, desde el principio; desde la primera vez.** (Definición de W, EDWARDS Deming, padre del movimiento de la gestión de calidad total

**citada en Garantía de la Atención de salud en los países en Desarrollo,**( LoriDiprete, L. Miller, N. Rafeh Y T. Hatzell. Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad. Proyecto de Garantía de Calidad. 1995, pág. 3).

Según **Donabedian (1980), la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.** El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgo y beneficios. (Secretaría de Salud, Honduras, C.A. Unidad de Garantía de Calidad, Referencias Básicas de Calidad en Salud 2001).

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS), **define calidad de asistencia como el proceso en que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos,** en que teniendo en cuenta todos los factores del paciente y del servicio médico, **se logra obtener mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente.** (Manual de gerencia de la Calidad- Manual Operativos PALTEX, Volumen III, OPS/OMS, 1996, pág. 2).

Para la OMS la calidad es un concepto clave hoy en día y se define como un alto nivel excelencia profesional; el uso eficiente de los recursos; un mínimo de riesgos para el paciente; un alto grado de satisfacción para el paciente y que produzca un impacto final en la salud. (Manual de gerencia de la Calidad- Manual Operativos PALTEX, Volumen III, OPS/OMS, 1996, pág. 2)}

Según Las Normas ISO que es la Organización Internacional de Normalización; La Calidad la enfocan dentro de ocho parámetros los cuales de inicio se enfoca en el cliente, dando liderazgo, con participación del personal, habiendo un enfoque de proceso, con enfoque de sistema para la gestión, llevando a una

mejora continua, con un enfoque basado en hechos para la toma de decisión y por ende en las relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor. (Concepto del ISO Organización Internacional de Normalización, Normas ISO 2000)

El concepto de calidad tiene diversas acepciones en el mundo empresarial: Son las características del producto que satisfacen las necesidades del consumidor. Es una función de la empresa, al igual que el marketing, la producción o las finanzas.

Es una filosofía empresarial estrechamente relacionada con el marketing y los recursos humanos. Da lugar a un estilo de dirección y gestión, orientador de la empresa hacia el cliente externo y el fomento y la satisfacción de sus necesidades y hacia el cliente interno y el fomento de su motivación, formación y participación. Este enfoque es la calidad total, el total Quality Management (TQM), la calidad integral o el control total de la calidad.

La síntesis de las tres acepciones da lugar a que la meta de una empresa sea conseguir la excelencia mediante una gestión de calidad en todos los niveles de actividad. (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pg.7)

La calidad es el grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor. También se define como el conjunto de propiedades y características de un producto que son apropiadas para cumplir las exigencias del mercado al que va destinado. Es el cumplimiento de las especificaciones, los requisitos del diseño del producto o servicio. (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pg.7)

Según Ishikawa, trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio

para el usuario. Diseña el diagrama de las tres calidades, el producto o servicio tiene mayor grado de calidad a medida que las tres calidades (**demandada, diseñada y realizada**) son más concordantes. Cuando no coinciden, las consecuencias son:

1. Si la calidad demandada no se diseña o no se realiza, se genera una **insatisfacción del usuario**.
2. Si la calidad diseñada no se realiza o no es la demandada, el coste es mayor y la **calidad es innecesaria o insuficiente**.
3. Si la calidad realizada no es la diseñada ni la demandada, aumenta el esfuerzo y **la calidad es innecesaria o puede no llevar al nivel solicitado**.

Resumiendo lo expuesto hasta ahora, el concepto de calidad tiene dos aspectos básicos: Primer lugar **calidad técnica o intrínseca**, refiere a las características técnicas de un bien o servicio que, medidas y comparadas con las de otros productos, permiten establecer un juicio objetivo al respecto. Segundo lugar, la **calidad percibida**, refiere a la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas. (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pg.8).

Calidad es un sustantivo, que para tener sentido debe ser precedido de un adjetivo (pésima, mala, regular, buena, excelente), por antonomasia se acepta como sinónimo de buena calidad mejor incomparable, inimitable, máxima posible, sin fallo alguno, espectacular. (Alarid Jaime Humberto, Breves Notas de Calidad, OPS/ OMS 1997, pág3)

Calidad es conocer los requerimientos actuales y futuros del usuario, para determinar sus necesidades y poder otorgar una respuesta en la cantidad y tiempo correctos. Es ocupar un solo tiempo para hacer las cosas bien desde la

primera vez y no tener que invertir más tiempo y esfuerzo para hacerlas dos veces. (Alarid Jaime Humberto, Breves Notas de Calidad, OPS/ OMS 1997, pg3).

La calidad es definida y percibida de múltiples maneras depende del actor, del tiempo y desde que perspectiva se define. No todo el mundo puede definir calidad desde un punto de vista semántico, sin embargo todo individuo está en condiciones de identificar cuando está presente o cuando está ausente. (Guaspari John, Fabula sobre la Calidad, Editorial Norma, Bogotá, 1996).

Mediante el conocimiento (Científico y tecnológico) se obtiene el beneficio de una mejor atención, gracias al conocimiento actual del prestador y del usuario (calidad de lo alcanzado) y en un proceso de mejoramiento, que incorpore el conocimiento actual posible en el mundo y asimile al futuro el conocimiento potencial de la humanidad (calidad de lo alcanzable). (Alarid Jaime Humberto, Breves Notas de Calidad, OPS/ OMS 1997, pag4).

Con humanismo y comunicación (generalmente la información la tiene quien presta el servicio) aumenta la satisfacción de los usuarios y por ende la aceptabilidad, evitando la frustración al recibir la atención deseada y esperada o bien al superar las expectativas. (Alarid Jaime Humberto, Breves Notas de Calidad, OPS/ OMS 1997, pg4).

Según Sistema Nacional de Calidad en Salud (SNCS) se define como el conjunto de procesos, procedimientos, normas y reglamentos que de forma ordenada y transparente desarrollan los actores del SNCS bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud como entidad rectora, encaminada a la normalización y la vigilancia de la calidad de los productos, servicios y establecimientos de interés Sanitario y de los procesos de atención, gestión y producción recursos humanos, tecnologías y equipo con el fin de proteger la salud y garantizar la seguridad y satisfacción de la población. (Manual de Política de Calidad en

Salud en Honduras, Sistema Nacional de Calidad en Honduras Febrero 2011, pág. 14)

Por lo que hablar de calidad en mi concepto se refiere a realizar un eficaz, eficiente y efectivo desempeño, teniendo como referencia la misión y la visión institucional donde tiene gran valor la actitud del proveedor en relación a satisfacer al usuario, el desarrollo de capacidades individuales y colectivos; equipamiento e insumos mínimos para mejor atención. Se debe establecer mecanismos de vigilancia, supervisión, monitoria y autoevaluación; así como, procesos de retroalimentación con la finalidad de buscar la excelencia, todo lo anterior nos lleva a tener una mejor y oportuna respuesta tanto técnica, cómo humana.

### **3.4.3 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD**

La gestión de los servicios de salud se constituye de la posibilidad de otorgar servicios (DISPONIBILIDAD), más la posibilidad de usar dichos servicios (ACCESIBILIDAD) que conforman la OFERTA (capacidad de producir servicios); las necesidades se transforman en DEMANDAS que con la utilización de los servicios (USO) integran la DEMANDA SATISFECHA. Los productos son los rendimientos (EFICIENCIA) por la optimización de recursos y productividad de eventos) que se miden por el costo; los efectos en el tiempo (OPORTUNIDAD), en la satisfacción (usuarios, autoridad y prestadores de servicios de salud) miden por la EFECTIVIDAD y los RESULTADOS (riesgos y beneficios que constituyen la CALIDAD. (Alarid Jaime Humberto, Breves notas sobre calidad, OPS/OMS, 1997, pág. 5)

La calidad es una propiedad que la atención a la salud, puede poseer grados, variables( implica un juicio de valor frente a dicha atención);es un servicio que se presta buscando los máximos beneficios deseables, con los menores riesgos posibles a un costo razonable, a medida que se añaden servicios cada

incremento representa mayores riesgos y menores beneficios .(Donabedian Avedis La calidad de la atención médica Definición y métodos de evaluación, Evaluando la calidad del cuidado médico .La prensa mexicana SA, México DF 1984 ).

Es la combinación de elementos técnicos de diagnóstico y tratamiento, de relaciones interpersonales entre pacientes, familiares, y población con los servicios y las comodidades de todos los que intervienen en el proceso de salud ( respetando el derecho ciudadano ).En términos prácticos, la calidad es la adecuación con la que se llevan las acciones de salud; es decir, cuando se realizan lo mejor posible, de mayor efecto, la menor molestia, al menor costo que permiten la habilidad profesional, el nivel del conocimiento científico y el desarrollo tecnológico. (Alarid Jaime Humberto, Breves notas sobre calidad, OPS/OMS, 1997, pág. 5).

En los servicios de salud centrados en el usuario, el usuario es lo primordial en todo momento de la planeación, implantación y evaluación de la prestación de servicios. El otorgar prioridad máxima al usuario es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud. Asimismo, los servicios centrados en el usuario continúan valorando la pericia de los profesionales de salud. Los prestadores de servicios poseen las habilidades y los conocimientos especializados para ayudar al usuario a tomar decisiones informadas, para garantizar la seguridad del usuario y para mantener la calidad técnica de atención.

El adoptar un enfoque centrado en el usuario suele requerir un cambio de actitud. Aun cuando tratan de prestar servicios de buena calidad, la mayoría de los prestadores de servicios y demás miembros del personal de salud han dado por sentado que ellos, como expertos en el campo de la salud, saben lo que más le conviene al usuario. Al orientarse hacia el usuario, se reconoce que las inquietudes y preferencias del usuario también son validas e importantes. (The

Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information Program, Center for Communication Programs. La atención centrada en el cliente, Volumen XXVI, Numero 3 Noviembre de 1998 Serie J, Numero 47. 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA).

#### **3.4.3.1 LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS**

Los servicios ofertados por el hospital a sus usuarios pueden clasificarse desde dos perspectivas interrelacionadas, oferta y demanda, que van a dar lugar a diversas concepciones de aquellas. Desde la perspectiva de la oferta, los conceptos que configura (oferta de servicio, servicio global, concepto de servicio, producto final y mix de utilidades) explican la evaluación que realizan los usuarios de las prestaciones recibidas. La noción producto-mercado, delimita, desde la óptica de la demanda, el mercado, y explica la forma de organizarse de un hospital para responder a las necesidades y necesidades de aquel. Los servicios según la oferta se refiere el servicio básico (constituye la razón principal la función o utilidad

Por lo que el cliente acude al hospital, es aquel que a los ojos del usuario identifica de forma clara lo que busca. El servicio básico es la atención médica en régimen de hospitalización y los servicios periféricos (son aquellos a los que se puede acceder como consecuencia de ser usuario del servicio base). (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pg.157-158).

#### **3.4.3.2 CLIENTES Y USUARIOS**

El concepto de cliente lleva aparejados el acto de pagar y la capacidad de elección. Un cliente es alguien que elige y compra algo. Por el contrario, el usuario es quién recibe el beneficio pretendido del producto, sea o no comprador del mismo. En el ciclo comercial un mismo individuo puede considerarse bajo diferentes categorías: público-objetivo, cliente potencial,

cliente o comprador eventual y cliente habitual. La palabra cliente abarca al individuo en cualquier fase de compra. (Peter T. Triving on chaos, New York: Knopf, 1987, Edición en Castellano: Del caos a la excelencia, Barcelona, 1990). Algunos clientes son denominados de una forma específica como es el caso de los compradores de cuidados sanitarios, que reciben comúnmente el calificativo de pacientes, o las personas que compran enseñanza, que son llamados alumnos.

En general de estos términos cliente, usuario, y paciente, es el mismo. En cada uno de estos casos existe una relación cliente-proveedor y una contracontraprestación económica; aunque, como sucede en la asistencia sanitaria pública, el servicio no se pague de forma inmediata sino a través de cuotas e impuestos, dando lugar ocasiones se hable de sistema sanitario gratuito cuando realmente no lo es.

La palabra cliente tiene, además otro significado, que utilizamos en este trabajo: Cliente es cualquier persona que recibe el producto o que es afectado por el producto o el proceso. O dicho de otro modo, el cliente es la siguiente fase del proceso productivo. En esta definición el concepto de cliente no se liga a la noción de pago ni a la de elección. Hay clientes externos, afectados por el producto pero no pertenecientes a la empresa, y clientes internos, también afectados por el producto o proceso y que son miembros de la empresa. Cabría añadir un último significado a la palabra cliente: pueden considerarse como tales aquellas personas no relacionadas con la empresa a las cuales el producto les afecta de alguna manera, por ejemplo los individuos que viven en un área geográfica cuyo medio ambiente es contaminado por una fábrica. (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la calidad en los servicios Sanitarios, Un modelo de Gestión Hospitalaria. 1994, pág. 12-13).

### **3.4.4.3 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE/USUARIO**

Qué es la satisfacción de los usuarios? “Es la percepción que el usuario tiene sobre diferentes aspectos de la atención recibida, que determinan si responden o no a sus necesidades y expectativas “. Entendiendo la calidad de la atención como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (Secretaria de Salud, Departamento de Garantía de Calidad, Noticalidad, Boletín Informativo de los avances en Calidad, enero-diciembre 2009).

La satisfacción implica una experiencia racional o cognoscitiva, definida en términos de discrepancia entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio. Está subordinada a numerosos factores, las expectativas y la información recibida de otros usuarios y de la propia organización sanitaria. Estos elementos conformadores del servicio esperado, condicionan que la satisfacción sea diferente para diferentes personas y para la misma persona en diferentes circunstancias.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, consecuentemente es necesario realizar el análisis de satisfacción de los mismos, es un instrumento de medida de la calidad de la atención médica.

La satisfacción podría ser global de los servicios recibidos o parciales, relacionada con cualquiera de sus componentes. El conocimiento de la opinión del cliente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen del centro. La satisfacción del usuario es el objetivo resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad. La gestión de la calidad debe tender a garantizar la condición del servicio global, de forma que todas las necesidades de cualquier usuario queden satisfechas.

(Varo Jaime, Gestión Estratégica de la calidad en los servicios Sanitarios, Un modelo de Gestión Hospitalaria. 1994, pág. 65).

El comportamiento de las personas siempre obedece a la motivación por satisfacer sus necesidades. El término satisfacer, ha sido algo ampliamente debatido y discutido en el campo de las ciencias psicológicas. Múltiples teorías, representaciones empíricas, aproximaciones metodológicas desde finales del siglo pasado han confirmado la importancia de la dialéctica satisfacción – insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano, convirtiéndose, en algunos casos, en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica comportamental.

A continuación presentamos varias definiciones del término satisfacción:

**Acción y efecto de satisfacer o satisfacerse.**

**Razón o acción con que se responde enteramente a una queja.**

**Cumplimiento del deseo o del gusto. Confianza o seguridad del ánimo.**(Océano Uno. Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Océano Grupo Editorial, S.A. 1995 y Enciclopedia Encarta 1997).

Desde el punto de vista de salud, la satisfacción del usuario ha sido definida de varias maneras, pero la mayoría concluye que es el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y sus resultados. La valoración de la satisfacción de los usuarios proporciona una información con diversos grados de subjetividad sobre el resultado final del proceso asistencial, sin embargo, estas opiniones aun en este contexto son sumamente valiosas ya que es mejor que nada. (Castañeda, C. J, Gonzales R. A. Propuesta para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud el primer nivel de atención. Servicio de salud de Nuevo León, México (C.H. Lovelock y R. F. Young, “Look to Customers to Increase Productivity”, Harvard Business Review

57, no.2, pp. 168 – 78. Citado por Chase, et al, 2000. Administración de producción y operaciones Manufactura y servicios. 8° ed. Mc Graw – Hill INTERAMERICANA, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia. Pg.885.

Por otro lado, la satisfacción del cliente y la rentabilidad de una empresa están estrechamente ligadas a la calidad del producto y del servicio. La buena calidad produce mayor satisfacción de los clientes, quienes ya no toleran una calidad promedio o mala, por tal razón la tarea de mejorar la calidad del producto y del servicio debe ser prioritaria para la organización. (Kotler y Armstrong. Mercadotecnia. Prentice – Hall Inc. Sexta Edición. 1996.).

Sin embargo, no se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, si no garantizamos satisfacción, es así que en todo momento es necesario colocar al usuario como el centro de toda la atención.

**En la actualidad, se trata no solo de que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que lo hagan excelentemente.** Por tanto se plantea que uno de los métodos para medir el valor económico de la satisfacción al cliente es entrevistar a los clientes. Se les pide que clasifiquen cada uno de los elementos en una lista de servicios y calidad de acuerdo con las variables de interés. (Chase, et al, 2000. Administración de su producción y operaciones Manufactura y servicios. 8° ed. Mc Graw – Hill INTERAMERICANA, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia. Pg.885).

Este va a ser el método a seguir en la presente investigación para obtener información precisa y confiable de acuerdo a lo establecido en el instrumento a desarrollar, en este sentido, se cree que es la mejor forma de poder esclarecer la calidad de prestación de servicios por parte de una institución pública y la satisfacción de los demandantes de tal servicio.

**Nivel de Satisfacción** es el grado de cumplimiento de sus expectativas del usuario en cuanto a la atención recibida y sus resultados. (Castañeda, C. J, Gonzales R. A. Propuesta para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud el primer nivel de atención. Servicio de salud de Nuevo León, México).

#### **3.4.3.4 PRODUCTOS Y SERVICIOS**

Al hablar de productos es para referirse a los bienes tangibles o intangibles, y de servicios cuando se alude a procesos o actos aislados, al trabajo realizado por una persona; a pesar de que en la actualidad muchos servicios estén automatizados. Pero, aunque se distingue entre productos y servicios de forma genérica, un producto es el resultado o salida de cualquier proceso: el resultado de la transformación de los insumos recibidos del exterior por un sistema.

Las características de la calidad del producto son las bases sustentadoras de la calidad de un bien o servicio; aquellas propiedades o atributos imprescindibles para que dicho producto logre la actitud o idoneidad al uso y satisfaga las necesidades del cliente/usuario. Estas características son de muchas clases según el producto que se trate obedecen a factores científicos, tecnológicos, técnicos, psicológicos, temporales y otros. El requisito común es que debe responder a las necesidades del cliente.

**SATISFACCION CON EL PRODUCTO:** la satisfacción con el producto se alcanza cuando las características de éste cubren las necesidades del cliente; es la razón que impulsa a comprar siempre el mismo bien y a acudir de nuevo a la misma empresa de servicio en general es sinónimo de **SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**. Cuando un producto tiene deficiencias, resulta insatisfactorio. El mayor impacto de los defectos se acusa en los costos de producción, que se ven incrementados por los costes asociados a rehacer trabajos previos y por los derivados de compensar las reclamaciones de los clientes.

### 3.4.3.5 CALIDAD Y LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES

El objetivo de la gestión de calidad es satisfacer las necesidades tanto del cliente externo como del interno. La necesidad es algo requerido por el individuo para su bienestar que lo motiva a conseguirlo. En la teoría económica, del marketing, el comportamiento del consumidor es el reflejo de sus preferencias e inversamente éstas quedan reveladas por su conducta, sin embargo, se han observado diferencias entre el hombre económico y el hombre real.

Hay diversos tipos de necesidades así:

1-fisiológicas: necesidades fundamentales como descansar, comer, hacer ejercicio, cobijarse.

2- de seguridad, son las necesidades de protección contra el peligro, las amenazas, las privaciones, seguridad personal, y de preservar la integridad física del organismo, y la seguridad psicológica y de conservar la estructura de la personalidad.

3-necesidades sociales: aparecen por la condición de animal social que tiene el hombre y su necesidad de asociarse, de integrarse, en un grupo de ser aceptado.

4-de estima o del self, confianza en sí mismo y reputación.

5-de realización son las que nos impulsan a superarnos, encontrar la razón de ser.

Otros la clasifican las necesidades desde la perspectiva económica del consumo: necesidades vitales, normales y suministros, individuales y colectivas, elásticas y rígidas.

Desde la perspectiva social, aplicable en salud así: **NECESIDAD SENTIDA** (la persona desea asistencia sanitaria), está relacionada con la impresión del individuo respecto a su estado de salud. Responde a la percepción que tiene sobre

sus problemas de salud o sus deseos sanitarios. Por ser subjetiva, puede o no estar de acuerdo con la visión que otros individuos tengan de ella. **NECESIDAD EXPRESADA:** es la necesidad sentida convertida en demanda; da lugar a un proceso de búsqueda de servicios de salud, **NECESIDAD NORMALIZADA:** refleja el estado de conocimientos de quien determina la necesidad, por lo tanto el estándar deseable puede variar según los diferentes expertos. **NECESIDAD COMPARATIVA:** se produce en aquellas circunstancias donde un individuo o grupo con determinadas características relacionadas con su salud, no recibe asistencia sanitaria, mientras que otros individuos o grupos con las mismas características si la reciben.

#### **3.4.4 CULTURA Y CALIDAD**

##### **3.4.4.1 Conceptos sobre cultura y calidad**

Cultura es el patrón por medio del cual todos los individuos que pertenecen a un grupo o sociedad son educados e incorporados a la actividad del mismo. (Cantú D. Humberto. Desarrollo de una cultura de calidad. Mc Graw Hill / INTERAMERICANA EDITORES. Segunda Edición. 2001. 63 pp.).

Por otro lado, la Sociedad Americana para el Control de la Calidad define el término calidad como el total de rasgos y características de un producto o servicio que repercute en su capacidad para satisfacer necesidades, sean tácitas o implícitas. Esta es una definición de calidad que, con claridad, gira en torno al cliente. Sugiere que una empresa proporciona calidad siempre que su producto y servicio satisfacen o superan las necesidades, requisitos y expectativas de los clientes. Una empresa que satisface la mayor parte de las necesidades de sus clientes, la mayor parte del tiempo, es una empresa de calidad. (Kotler y Armstrong. Mercadotecnia. Prentice - Hall Inc. Sexta Edición. 1996. pág. 655- 685).

Desde el punto de vista de la salud pública, definir el concepto de calidad no es fácil, ya que el usuario de un servicio tendrá en cuenta la competencia o el comportamiento del personal, el facultativo la medirá basándose en sus conocimientos y en la tecnología empleada, y el responsable de la gestión la definirá en relación con la eficiencia del personal y de las instalaciones. **Los estudios de calidad en el sector se han basado en la medición de tres dimensiones básicas: la estructura, el proceso y resultados**, existiendo bastante unanimidad al considerar que, si bien pueden estudiarse aspectos como la accesibilidad, la eficiencia o la calidad científico técnica, **ningún estudio de calidad será completo si no se analizan las diferencias entre las expectativas de los ciudadanos y la percepción real del servicio.** (Castañeda, C. J, Gonzales R. A. Propuesta para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud el primer nivel de atención. Servicio de salud de Nuevo León, México.).

#### **3.4.4.2 Razones de cambio hacia una cultura de calidad**

**La cultura es móvil y dinámica**, ya que cambia en función de los retos que enfrentan los grupos. En la actualidad las empresas que compiten en mercados globales sufren un cambio de paradigma.

Este cambio es el que motiva que las empresas introduzcan en sus prácticas. Las teorías de calidad, además de buscar nuevas formas de trabajo que les permitan sobrevivir en las turbulentas épocas actuales. Se puede afirmar que esta es una época de cambios, donde las reglas de la competencia, el trabajo y la vida social están en una etapa de transición hacia un nuevo orden de las cosas, que este nuevo orden y los cambios asociados a él, afectan inevitablemente a organizaciones de todo el mundo.

### **3.4.4.3 Cultura de Calidad en los servicios de Salud**

Las empresas de servicios, al igual que las manufactureras, deben establecer programas de calidad total. En general estos programas en organizaciones de servicio tienen la misma estructura que la utilizada para empresas de transformación. (Cantú, D. Desarrollo de una cultura de calidad. 2° ed. Mc GRAW --HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. 2001. México, D.F.pág 62 –94)

El Dr. Ho Sai Acon, Director del Área de Salud de Siquirres de Costa Rica, hace un uso estratégico gerencial para fortalecer su gestión y opina que “las mediciones de la calidad y su comparación con estándares es una de las herramientas gerenciales más efectivas para evaluar el desempeño de las unidades”. Por su parte la Dra. Aida Romero del Hospital de Sona los utiliza para comparar su desempeño y opina “un buen gerente de salud se mide según la calidad que se brinda en su establecimiento, el cumplimiento de los estándares, nos demuestra esa capacidad gerencial”. (Boletín Trimestral No. 10 “Salud con calidad”. 1999).

Según Tschol, 1991, citado por Cantú, 2001, un programa de calidad debe incluir los siguientes componentes: involucramiento y liderazgo de alta administración; plan estratégico de servicios; procedimientos para comprender las necesidades y expectativas del cliente bajo un enfoque de valor, que permita el diseño del producto o servicio que satisfaga al consumidor; infraestructura de servicio para respaldo y atención al cliente, como garantías de servicio, que promuevan su credibilidad y confianza; sistemas de medición del grado de satisfacción del cliente, basados en encuestas periódicas, así como en la documentación de experiencias (buenas y malas) en la relación y trato al cliente; sistemas de evaluación de los costos asociados (directos e indirectos) a la falta de calidad en el servicio; sistemas de mejoramiento de la calidad en el servicio que se basen en el conocimiento de las causas de error y

sus relación con la actitud y el comportamiento del personal asignado para trato directo con clientes.

Por tanto, el mejoramiento de la calidad en el servicio se basa en el derecho de que esta se puede observar y medir; su objeto es exceder las expectativas del cliente a través de un enfoque positivo hacia la calidad que haga tender las quejas por mal servicio a cero. **Por lo general, el mejoramiento de la calidad de un servicio es un problema de relaciones humanas más que de organización, que combinando planes permanentes de educación y capacitación en psicología y administración se dota de elementos fundamentales para crear un ambiente humano propicio para el desarrollo de una cultura de calidad.** Por otra parte, para asegurar que las organizaciones de servicio tengan excedidas los deseos y expectativas del consumidor, necesitan contar con una inversión en capital humano mayor a la de capital físico, que les asegure personal capacitado, educado y con vocación de servicio para agregar permanentemente valor al cliente en todos los procesos de la cadena de valor (Schneider y Brower (1995) citado por Cantú. Desarrollo de una cultura de calidad. Segunda edición. Mc Graw – Hill / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México, D.F. 2001).

Asimismo, la empresa de servicios es la gerencia de organizaciones cuyo negocio principal exige interacción con el cliente para producir el servicio, por ello, la forma en que ahora se percibe el servicio se parece a la manera en que se considere la calidad: el cliente es (o debería ser) el punto focal de todas las decisiones y acciones de la organización de servicios. La estrategia de servicio comienza por seleccionar las prioridades de desempeño, entre ellas: Tratamiento del cliente en términos amistosos y asistenciales; velocidad y conveniencia de la entrega del servicio; precio del servicio; variedad de servicios; calidad de los bienes tangibles esenciales para el servicio o que acompañen este; habilidades únicas que constituyen la oferta de servicio.

Por tanto, el logro de una ventaja competitiva en servicios exige la integración del mercadeo de servicios con la entrega de los mismos, con el fin de satisfacer o superar las expectativas del cliente.

Existen tres aproximaciones contrastantes a la entrega de servicio in situ: la primera es el **método de línea de producción**, utilizado por empresas de comida, no solo se refiere a los pasos requeridos para preparar un alimento, más bien se refiere a tratar la entrega de comida rápida como un proceso de manufactura, en vez de como un proceso de servicio. (Theodore Levitt, "Production – Line Approach to Service", Harvard Business Review 50, no. 5, September – October 1972 pp. 41 – 52. Citado por Chase, et al, 2000. Administración de producción y operaciones Manufactura y servicios. 8° ed. Mc Graw – Hill INTERAMERICANA, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia. 885 p.) El valor de esta filosofía yace en que supera muchos de los problemas inherentes al concepto de servicio mismo. Es decir, el servicio implica subordinación o subyugación del servidor al servicio; la manufactura, por el contrario, evita esa connotación, porque se concentra en objetos y no en personas. La segunda aproximación es **el método de autoservicio**, contrasta con el método anterior, ya que algunos autores. (C.H. Lovelock y R. F. Young, "Look to Customers to Increase Productivity", Harvard Business Review 57, no.2, pp. 168 – 78. Citado por Chase, et al, 2000. Administración de producción y operaciones Manufactura y servicios. 8° ed. Mc Graw – Hill INTERAMERICANA, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia. Pg.885) afirman que el proceso de servicio se puede mejorar al permitir que el cliente participe más directamente en la producción del mismo. Los cajeros automáticos, las estaciones de gasolina, las barras de ensaladas y las cafeteras en las habitaciones del hotel, son ejemplos comunes de autoservicio.

La tercera y última aproximación es **el método de atención personalizada**, en algunas empresas, un proceso bastante flexible y poco estructurado depende

del establecimiento de una relación entre el vendedor personalizado y el cliente (este es un servicio cara a cara con personalización total). En otras empresas el proceso tiene casi un libreto y es el sistema de información, en vez del empleado, es el encargado de hacer un seguimiento de las preferencias personales del cliente. Los sistemas para la recopilación y utilización de reacciones y la satisfacción de los clientes se emplean ampliamente en todas las organizaciones, los esfuerzos se concentran en diversos segmentos de clientes y líneas de productos o servicios .Este método consiste en utilizar sistemas que permitan que todos los empleados recopilen y utilicen a diario datos relacionados con la calidad.

Por lo mismo, estos sistemas proveen datos críticos y sensibles, que incluyen: información en línea sobre preferencias de los clientes; cantidad de productos y servicios libres de errores; oportunidades para el mejoramiento de la calidad. (Chase, et al, 2000. Administración de producción y operaciones Manufactura y servicios. 8° ed. Mc Graw – Hill INTERAMERICANA, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia. 885 p.)

### **3.4.5 GESTIÓN DE LA CALIDAD / GARANTÍA DE LA CALIDAD / CALIDAD TOTAL/PILARES DE LA CALIDAD/DIMENCIONES/ PERSPECTIVAS DE LA CALIDAD**

#### **3.4.5.1 GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Gestionar es coordinar todos los recursos disponibles a fin de conseguir unos objetivos. El objetivo de la calidad es la satisfacción del cliente y del proveedor al mínimo costo combinado. **La gestión de la calidad comprende tres procesos: planificación, organización y control, de Juran**, prefiere desarrollar a través de las tres fases de su trilogía: **planificación, control y mejora de la calidad**. Obtener la calidad deseada requiere el compromiso y la participación de todos los miembros de la empresa, en tanto que la responsabilidad de la gestión corresponde a la Dirección. (Varo Jaime, Gestión

Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pg.7)

### **Planificación de la calidad:**

Es la actividad de desarrollo de los productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes.

- A. Identificar los clientes
- B. Describir las necesidades de los clientes.
- C. Desarrollar las características del producto que responda a las necesidades de los clientes.
- D. Diseñar los procesos capaces de producir las características de los productos.
- E. Transferir los planes a las fuerzas operativas.

### **Control de calidad: Es el proceso mediante el cual se establecen y cumplen unos estándares.**

Es el proceso de regulación a través del cual se mide la calidad real, se compara con los estándares y se actúa sobre las desviaciones. Sus objetivos son detectar las perturbaciones o fallos esporádicamente, conocer la causa del cambio e implantar la acción correctora que restablezca la situación en los niveles indicados por el estándar. Dicho de otra forma, el control de calidad pretende mantener el statu quo. (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pg.18)

### **Mejora de la calidad**

El objetivo de la mejora de la calidad es descubrir y eliminar las perturbaciones fallos crónicos y así pasara el nivel ordinario de ejecución a un nivel superior, pues este proceso considera siempre mejorable el desempeño habitual. (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pág.18)

### **3.4.5.2 GARANTÍA DE CALIDAD**

Es la actividad que proporciona a los directivos y a todos los interesados la evidencia necesaria de que la gestión (función) de la calidad se está realizando Adecuadamente. (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pg.19)

**Se refiere al compromiso institucional de que cada ciudadano recibirá la atención, diagnóstico y tratamiento específicamente indicada para alcanzar un resultado óptimo de acuerdo con la tecnología y recursos disponibles para la atención requerida en relación con los problemas y condiciones de la persona a tratar.** (Manual de gerencia de la Calidad- Manual Operativos PALTEX, Volumen III, OPS/OMS, 1996, pág. 2)

### **PRINCIPIOS DE CALIDAD**

- Orientar hacia las expectativas de los usuarios y de la comunidad
- Concentrar en los sistemas y procesos de la prestación de la atención.
- Utiliza datos e información para analizar la prestación de la atención.
- Alienta el trabajo en equipo para la resolución de problema y la mejora de la calidad
- Se fundamenta en un liderazgo participativo y democrático

(Referencias Básicas de Calidad en Salud 2001 Unidad de Garantía de Calidad)

### **3.4.5.3 CALIDAD TOTAL**

**Es el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de obtener una mejor satisfacción del cliente al menor coste.** Es un sistema integrador de los esfuerzos de mejora continua de la calidad de todas las personas de una organización, para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores.

Es una filosofía empresarial que conforma una estrategia de cambio en la organización y un modelo de gestión. **Se apoya en tres pilares: Orientación al cliente, Liderazgo en costes de producción, Orientación al cliente interno.** (Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994, pág.20)

### **3.4.5.4 PILARES DE LA CALIDAD, comprende:**

**1) Centrado en el Cliente**

**2) Compromiso de toda la organización**

**3) Mínimo coste asociado**

**4) Calidad en todos los procesos y actividades**

**5) Mejora continua** (Referencias Básicas de Calidad en Salud 2001, Unidad de Garantía de Calidad)

### **3.4.5.5 DIMENSIONES DE LA CALIDAD**

Existen múltiples aperturas clasificatorias de las dimensiones de la calidad: la más conocida, es el enfoque sistémico que incluye, **estructura, proceso, y resultado.** Unos clasifican la calidad en **objetiva (técnica)** y **subjetiva (sentida o percibida).** Otros la subdividen la **calidad en intrínseca, satisfacción del cliente, costos de atención y satisfacción de los empleados.** Asimismo

otros la catalogan como **calidad técnica, relaciones interpersonales, comodidades y derecho ciudadano**. Finalmente, a la que nos adherimos es la que acepta dos dimensiones que son los aspectos **del manejo técnico/científico (calidad objetiva)** y los inherentes **al manejo de las relaciones interpersonales (calidad subjetiva)**. (Alarid Jaime Humberto, Breves Notas de Calidad, OPS/ OMS 1997, pág. 7)

La calidad es un concepto integral y polifacético, con diferentes autores reconocen varias dimensiones, según este contexto se clasifican en diez dimensiones (Referencias Básicas de Calidad en Salud 2001 Unidad de Garantía de Calidad pág. 5-6).

Son las siguientes:

**COMPETENCIA PROFESIONAL** Capacidad y desempeño de las funciones de grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo.

**ACCESO A LOS SERVICIOS** Implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud.

**RELACIÓN INTERPERSONAL** Relación entre proveedores y clientes, entre administradores proveedores de servicios de salud y entre el equipo de los servicios de salud y la comunidad.

**CONTINUIDAD** implica que el usuario / cliente pueda recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, paralizaciones o repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento

**EFICIENCIA** Relacionada al mejor aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros para prestar servicios en salud.

**EFICACIA** Aplicación correcta de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica.

**EQUIDAD** Capacidad de las instituciones y organismos en salud para reducir las disparidades no solamente de cobertura de los servicios básicos sino también en la distribución y uso de los recursos y en el acceso.

**SEGURIDAD** Implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligrosos que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios.

**COMODIDADES** Relaciona con el espacio físico, del establecimiento, limpieza, privacidad, también puede referirse al confianza que siente el usuario por el servicio y puede incluir aspectos que tornan la espera más placentera.

**IMAGEN INSTITUCIONAL** Imagen que proyecta la Institución / organización en salud hacia el entorno

#### **3.4.5.6 PERSPECTIVAS DE LA CALIDAD**

Las perspectivas del usuario pueden ser desde el punto de vista del usuario y del prestador de servicios.

**DESDE LOS USUARIOS:**

**Buena relación interpersonal:** buen trato, no discriminación, respeto

**Acceso:** geográfico, cultural, económico, de género.

**Calidad Técnica/ disponibilidad:** grado atención / intervención adecuada

**Conveniencia:** grado de atención/ intervención proporcionada, pruebas laboratoriales, procedimiento y tratamiento.

**Seguridad:** grado de riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno es reducido para el paciente.

#### **DESDE EL PRESTADOR DE SERVICIOS PROFESIONALES:**

**Calidad técnica/ Eficacia:** grado de atención e intervención (Prueba, procedimiento, tratamiento o servicio) para lograr resultado deseado programado para el paciente. **Efectividad:** grado de atención intervención coordinada entre médicos instituciones y con el tiempo. **Eficiencia:** relación entre los resultados y los recursos utilizados para prestar servicios al paciente.

#### **3.4.6 SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD (SNCS)**

El propósito final y central del SNCS, es garantizar la seguridad y satisfacción de los usuarios/as, se debe destacar que un propósito intermedio y de carácter institucional, que incluye a todos los elementos constitutivos del sector salud, es la creación de la **CULTURA DE LA EXCELENCIA**, mediante la demostración de la competencia técnica y la utilización de las mejores prácticas en los servicios de salud. De manera que, ésta visión de la calidad que debe migrarse hacia el concepto y práctica de hacer las cosas bien, desde el inicio, siempre bien, y en un proceso permanente de innovación y mejora continua. La cultura de la excelencia debe permear toda la cultura hondureña lo cual dará oportunidad de crecer y medrar en un mundo globalizado en la cual, la calidad y la garantía de la misma, es un factor crucial para poder expandirse y competir. (SESAL, Sistema Nacional de Salud, Política de Calidad en Salud, julio 2011 acuerdo No.0251)

El fin último y central del SNCS es ofrecer servicios de calidad, confiables, y seguros al usuario/a, por tanto, la satisfacción de estos dependerá del desempeño de los actores involucrados tal son: Secretaría de Salud en Honduras, es el ente rector, los Financiadores y /o aseguradores, los proveedores, y los usuarios

La MISION INSTITUCIONAL de Secretaría de Salud (SESAL): somos una institución estatal responsable de garantizar a toda la población el acceso a la

atención integral en salud con calidad , equidad, y solidaridad ,rectora del sector salud capaz de responder de forma pertinente, eficaz y efectiva a las necesidades y aspiraciones de la población hondureña a través de procesos técnicos, administrativos y humanizados y transparentes promoviendo la participación ciudadana, descentralización y cogestión en salud. (Modelo Nacional de Salud SESAL MAYO 2013).

Por lo que para el programa de Calidad de la Secretaría de Salud se enfoca en lo siguiente: **MISIÓN** Garantizar el establecimiento de directrices y mecanismos que orienten el desarrollo de las acciones destinadas a garantizar y mejorar la calidad, transparencia y la seguridad , a través del compromiso con la mejora continua de la calidad, la innovación y la excelencia. **VISIÓN** Establecer de forma gradual, la elaboración, comunicación y aplicación del marco normativo así como de los mecanismos que garanticen su cumplimiento a través de las diferentes formas de aplicación de la vigilancia de la calidad, el desarrollo de procesos de mejora continua de la calidad y con ciudadanos participando activamente en el diseño, gestión y la vigilancia de la calidad en salud.

#### **3.4.6.1 Componentes del Sistema Nacional de Calidad**

Los dos grandes componentes del Sistema Nacional de Calidad en Salud son la Normalización y Reglamentación Técnica, y la Vigilancia de la salud las cuales son conducidas por la Secretaria de Salud en su carácter de rector:

##### **La Normalización**

**Es la actividad colectiva encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas que provienen fundamentalmente del campo científico o técnico, y consiste en la elaboración difusión y aplicación de normas técnicas.**

Las Normas Técnicas son documentos establecidos por consenso y aprobados por un organismo reconocido, que provee, para el uso común y repetido, reglas, lineamientos o características de algún proceso o su resultado, con el fin de lograr un óptimo grado de orden en un contexto determinado.

### **Vigilancia de la Calidad**

Es el proceso de medición y verificación, mediante el cual, un producto, equipo, tecnología, proceso, persona, institución, servicio o sistema, es evaluado con respecto a una norma técnica o un reglamento vigente.

Las normas técnicas está conformada por estándares, indicadores, instrumentos y guías para la vigilancia, serán elaboradas y proporcionadas por el ente normalizador designado por el rector.

(Manual de Política de Calidad en Salud en Honduras, Sistema Nacional de Calidad en Honduras Febrero 2011, pág.15-16).

#### **3.4.6.2 Mecanismos de Regulación de la Calidad**

##### **Mecanismos externos:**

**Licenciamiento** se refiere al proceso en cual se otorga permiso legal por parte de una autoridad competente, a un individuo u organización para que pueda participar en una práctica, ocupación o actividad.

**Certificación** es el procedimiento mediante el cual un organismo debidamente autorizado evalúa y reconoce (certifica) a un individuo que ha cumplido requisitos predeterminados, como son los estándares.

**Acreditación** es el proceso formal mediante el cual un organismo autorizado evalúa y reconoce una organización, programa o grupo que cumple con requerimientos como son los estándares o criterios.

(Secretaría de Salud, SESAL, Unidad de Garantía, Referencias Básicas de Calidad en Salud 2001,

## **Mecanismos internos**

Se tiene como base la Trilogía de Juran, se establecen los tres procesos gerenciales usados en la gestión de la calidad: **diseño de la calidad, control de la calidad y mejoramiento de la calidad.** (Manual de gerencia de la calidad, Serie HSP/ UNI/ Manuales Operativos Paltex Vol. III (OPS\ OMS 1996, PG 252.)

**Diseño –Rediseño de proceso salud** es un proceso metodológico ,es aquí donde se detectan los procesos que no logran los objetivos planteados modificación y conseguir satisfacer los deseos y requerimientos de los usuarios internos y externos, sin dejar fuera los requerimientos que tienen que ver con la calidad técnica de los procesos.

**Control de calidad** es la observación del desempeño de un proceso mediante la medición de indicadores que ayudan a determinar el cumplimiento de lo planeado, a verificar el logro de los objetivos propuestos, introducir correcciones y desarrollar acciones de mejoramiento de la calidad .

**Mejoramiento de calidad salud** es una metodología sistemática, permite mejorar la calidad de la atención, al resolver problemas concretos y puntuales identificados en el servicio.

**A. Mejoramiento desempeño en salud** es un método sistémico para analizar el desempeño de los proveedores de atención primaria, determinar los obstáculos que se interponen al buen desempeño e idear y aplicar estrategias para abordar la situación.

**B. Ciclo garantía salud** es una metodología sistemática establece estándares para medir la calidad, monitorear su cumplimiento, determina acciones de mejora de la calidad y establece finalmente una evaluación de las acciones determinadas: (¿Cómo medir la calidad en los servicios

de salud? Tres simples pasos hacia la calidad. Manual para Gerentes y otros funcionarios del nivel primario de Salud. Proyecto Salud con Calidad, Mayo 2000, pág. 3.)

a) **Planear** (Subsistema de control estratégico): Establecer metas y objetivos, Determinar métodos para alcanzar metas, estrategias y recursos;

b) **Hacer** (Subsistema de control de gestión): Personal competente, realizar trabajo;

c) **Verificar** (Subsistema de control de evaluación): Comparar contra metas y objetivos y medir el desempeño;

d) **Actuar**: Tomar acciones correctas y/o preventivas además también acciones de mejora y estandarización.

C. **La calidad total** se refiere al proceso estratégico mediante el cual se controla y procura las mejores condiciones tanto en insumos, procesos y resultados para lograr la satisfacción de usuario. Cliente, como una responsabilidad compartida por todos los actores de una organización.

D. **Mejoramiento Continuo** se refiere al esfuerzo permanente para la gestión de la calidad que se apoya en los métodos de desarrollo institucional para lograr cambios ventajosos en el desempeño.

E. **Reingeniería**: redefinición de los procesos en la organización, gestión o prestación de servicios para ejecutar cambios radicales

(Manual de gerencia de la calidad, Serie HSP/ UNI/ Manuales Operativos Paltex Vol. III (OPS\ OMS 1996, PG 252.)

**Instrumentos Operativos**: Auditoria clínica, Flujo grama, Indicador de calidad, Estándar, Protocolo – norma de práctica de estándar clínico.

### **3.4.7 DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

#### **3.4.7.1 DERECHOS**

-Dar su consentimiento y practicársele cualquier procedimiento médico o de enfermedad.

-Que se le respete sus creencias, valores morales y culturales.

-La confiabilidad y respeto de su vida privada

-Tener acceso en caso de duda, o una segunda opinión de otro médico, antes de autorizar tratamientos, intervención quirúrgica o procedimientos médicos de cualquier tipo.

-Hacer preguntas si no entiende información que se le proporcione.

-Recibir información precisa y clara sobre la realidad de su estado de salud, así como de las implicaciones de las diferentes alternativas de tratamiento a que podría ser sometido.

-Adaptar la decisión que mejor se ajuste a sus deseos o sus convicciones en forma totalmente libre y voluntaria.

-A ser escuchado y recibir respuestas por la instancia correspondiente cuando mantuviese inconformidad por la atención medica recibida de cualquier servidor de este establecimiento de salud

(Secretaria de Salud, Unidad de salud de Garantía de Calidad, Departamento Desarrollo de Servicio de Salud Boletín Derechos y Deberes de los pacientes 2011).

### **3.4.7.2 DEBERES DEL PACIENTE**

-Proporcionar su historia clínica médica completa que incluye la información sobre su salud y sus enfermedades, sus hospitalizaciones y su uso de medicamentos en el pasado, a los profesionales del cuidado de la salud.

-Ayudar en el control del ruido, humo, número de visitantes y ser respetuosos con el personal con la propiedad de otras personas y la del hospital

-Del informar sobre su enfermedad y todo lo relacionado con la misma.

-De informar sobre su enfermedad infectocontagiosa padecida hasta el presente.

-De seguir el plan de tratamiento indicado.

-Cumplir puntualmente con la otra cita

-De las consecuencias de sus acciones, en caso de rechazar el tratamiento o de no seguirlas instrucciones recomendadas del personal que lo atendió

-De cumplir con los reglamentos, normas y estatus de centro asistencial.

-Participar en su propio cuidado o el cuidado de su hijo(a)

-Ser considerado y respetuoso de los derechos y la privacidad de los demás pacientes, los visitantes y los miembros del personal.

-Comunicarse con los profesionales del cuidado de la salud o la de su Hijo (a) cambio de cualquier manera o si surge alguna complicación

(Secretaria de Salud, Unidad de salud de Garantía de Calidad, Departamento Desarrollo de Servicio de Salud, Boletín Derechos y Deberes de los pacientes 2011).

### 3.4.8 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

**La evaluación, en conjunto con la supervisión y el monitoreo constituyen el control.** Es la diferencia entre una situación inicial y una actual a través de juicios de valor cuantitativo o cualitativo contrastando lo alcanzado con lo alcanzable y este con lo deseado. **La evaluación no es un fin, es un medio cuyo objetivo es la mejoría de la atención.** (Alarid Jaime Humberto, Breves Notas de Calidad, OPS/ OMS 1997, pag7)

**Las fases del proceso de evaluación son: medir (a través de indicadores), comparar (mediante unidades de medida a las que se les ha establecido un rango), y analizar los resultados (interpretar), para actuar en consecuencia.**

Para medir (fenómenos, situaciones o resultados obtenidos), cada unidad debe desarrollar sus propios indicadores (trazadores puntuales, prácticos, o centinela de eventos críticos), porque cada situación es diferente. Los indicadores representan la realidad existente y son más fáciles de medir que el fenómeno total en estudio. Entre las características deseables, que deben tener los indicadores, están que sean sensibles, específicos, accesibles, confiables, no costosos, verificables, sencillos y dinámicos. Para medir la calidad se requiere fijar estándares, apreciar tendencias y hacer comparaciones. Los resultados de la medición, para establecer la base de comparación, se contrastan con los estándares definidos (valores) que se derivan de criterios (normas) implícitos o explícitos, cuantitativos o cualitativos, emitidos por profesionales, condicionados por la disponibilidad económica, las aspiraciones de los usuarios o por normas de seguridad. (Alarid Jaime Humberto, Breves Notas de Calidad, OPS/ OMS 1997, pág7).

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de

conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas; éste método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacionales e internacionales durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el **modelo desarrollado por Donabedian**. El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (**estructura, proceso y resultado**) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. (Sánchez Teresita, Patricia Aguilar, Gustavo López, Salud Publica de México, Percepción de la Calidad de los Servicios de la Salud en México; perspectiva de los usuarios , Vol. 40, No.1 Enero – febrero 1998.)

Con base a lo anterior, se desprende **el análisis de la satisfacción de los usuarios**, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la **estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida)**. También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad).

En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquella abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones. (Sánchez Teresita, Patricia Aguilar, Gustavo López, Salud Publica de México, Percepción de la Calidad de los Servicios de la Salud en México; perspectiva de los usuarios , Vol. 40, No.1 Enero – febrero 1998.

La satisfacción de usuario es uno de los indicadores de calidad de mayor relevancia, puede ser analizada conforme un estándar, comparativamente con unidades o procesos de características similares( referencias), con periodos previos (tendencias), en cifras absolutas o en relación a número de usuario número de atenciones. **Las dos metodologías más utilizadas son las encuestas de opinión y el análisis de quejas** (Gas H.G. ,2002).

Encuestas de satisfacción, se refiere elaboración encuesta puede ser de forma directa, telefónicas o postales, entrevistas y cuestionarios de satisfacción de los usuarios dan oportunidad de medir las expectativas del usuario, la opinión de los pacientes y el grado de satisfacción por la atención medica recibida así como inferir deducciones acerca de la calidad de la atención médica, ya que también mide los efectos.

Por otra parte, **los motivos relacionados con la mala calidad como los tiempos de espera, el cobro de la atención y la falta de resultados positivos en salud, podrían ser el reflejo de problemas de carácter organizacional, como: a) la distribución de las cargas de trabajo; b) la insuficiencia de personal; c) la organización interna, y d) la asistencia de personal.**

En el proceso de evaluación y garantía de la calidad es fundamental la aplicación correcta de la normativa, lo cual permita un buen desempeño por parte de los proveedores y que respondan a las necesidades de los usuarios, es por ello, que los supervisores de salud que acompañan deben asegurarse que los miembros del personal de servicios de salud cuenten con lo siguiente: **a) Expectativas claras de desempeño; b) Retroalimentación inmediata sobre su desempeño; c) Ambiente físico apropiado y herramientas adecuadas; d) motivación e incentivos; e) Destrezas y conocimientos apropiados, y f) Apoyo por parte de la organización.** (PRIME II, USAID. Mejoramiento del desempeño - Agosto 2002).El desempeño de una organización de salud se entiende como el grado de cumplimiento de estándares medido a través de indicadores.

**La evaluación de la calidad la podemos realizar desde un enfoque basado en estándares o basado en un sistema de supervisión basado en indicadores o sistemas de evaluación combinados de estándares e indicadores.**

**Los estándares como una base para la evaluación:** en el contexto de enfoques para la evaluación de la calidad, **un estándar se define: como un conjunto de expectativas explícitas predeterminadas por una autoridad competente que describe el nivel aceptable de una organización** cuando se aplica a la licenciatura de un profesional médico u organización individual el estándar se establece generalmente a un nivel diseñado para proteger la salud y seguridad públicas. Los estándares de acreditación o certificación por otro lado se diseñan como estándares óptimos y factibles que una vez cumplidos, producirán la mejor calidad posible de un sistema ( Anne L Rooney, R.N ,MS. MPH, Paul R. van Ostenberg, DDS.MS ,Licenciatura ,Acreditación y certificación :enfoques para la evaluación y administración de calidad de los servicios de salud USAID. abril 1999,pág 10).

Los estándares se clasifican generalmente de acuerdo con **los insumos (o las estructuras)** de un sistema. Los procesos que la organización lleva a cabo o los resultados que se espera de un servicio. equipo protector personal para los trabajadores de salud ,tal como jabón , guantes, y máscaras, y la disponibilidad de equipos y suministros tal como microscopios y reactivos de laboratorio.

De **proceso** tiene que ver con **las actividades o intervenciones que se llevan a cabo dentro de la organización** para el cuidado del paciente o en la administración de la organización o su personal. Para un hospital o centro de salud puede tratar con áreas como la evaluación y educación del paciente, la administración de medicamentos, el mantenimiento del equipo o la supervisión del personal, pautas clínicas basadas en evidencia científica.

De **resultado** tiene que ver con **el efecto de las intervenciones** utilizadas en un problema específico de la salud y sí se logró el propósito esperado de la actividad. Los ejemplos de resultados tanto positivos como negativos son la mortalidad de los pacientes, la curación de las heridas sin complicaciones tales como infecciones ,el nacimiento de un niño saludable sin complicaciones y la resolución de una infección mediante el uso apropiado de antibióticos.

Los estándares de acuerdo al campo de acción pueden ser: administrativos, clínicos, de gestión, y comunicación. Estándar de calidad debe ser: Claro y explícito b) Alcanzable c) Simples d) Realistas y aceptables e) Congruentes con objetivos instrumentales y de servicio f) Controlados con mediciones específicas. (Instituto Centroamericano de la Salud - ICAS, Costa Rica Salud con Calidad ¿Cómo medir la calidad en los servicios de salud? Tres simples pasos hacia la calidad./ Manual para Gerentes y otros funcionarios del nivel primario de Salud. Proyecto Salud con Calidad, Mayo 2000, pág. 4.)

### **Un enfoque para la evaluación de la calidad basada en indicadores:**

**Un indicador se puede definir como una medida que se usa a través del tiempo para determinar el rendimiento de las funciones o procesos.** Se puede usar para valorar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad. **Es un valor cuantificable que puede usarse para evaluar el rendimiento a través del tiempo, pueden evaluar: estructura, procesos y resultados de una organización, se expresan como tasa, proporción, porcentaje.** Las características de un buen indicador son: valido, confiable, se relaciona con estructura, procesos o resultados clave de los pacientes o de la organización, medible, objetivo, puede ajustarse al riesgo o la severidad, puede ser abstraído de las fuentes disponibles de datos, ejemplo: historias clínicas, entrevistas con los pacientes, datos acumulados acerca de la garantía de calidad, sistema de administración de información de salud. Un sistema de indicadores puede ser útil para controlar las estructuras, los procesos y los resultados a un nivel organizativo individual, comunitario, regional o nacional. (Anne L Rooney, R.N, MS .MPH, Paul R. Van Ostenberg, DDS.MS, Licenciatura, Acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de calidad de los servicios de salud USAID, abril 1999, pág. 31, 32, 33,34.)

Al decidir realizar un enfoque para la evaluación de la calidad es necesario incluir lo siguiente:

- 1- Evaluación de las necesidades
- 2- Análisis de situación
- 3- Análisis de la brecha Análisis de decisiones
- 4- Diseño y rediseño de un sistema para la evaluación de calidad (prueba piloto)

## **CONCEPTO DE INDICADOR /ESTANDAR**

**Indicador de calidad:** Es la variable, mensurable en forma cuantitativa o cualitativa, que permite identificar el comportamiento de las características de los servicios; y que por comparación frente a un estándar cuantitativo o cualitativo permite elaborar un juicio o calificación de dichas características. Estos indicadores y Estándares podrán estar referidos tanto a la estructura, procesos y los resultados de los servicios.

**Estándar:** Enunciado establecido por comité de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad. Representa el nivel de desempeño esperado y alcanzable con el nivel de desempeño actual. Sus características con: su practicidad, validez, consistencia, sensibilidad y posibilidad de cuantificarlo.

(Secretaría de Salud, Subsecretaría de red de Servicios, Unidad de Garantía de Calidad, Referencias Básicas de Calidad en Salud ,2001 págs. 27-28).

## IV METODOLOGÍA:

El tipo de estudio es Descriptivo –Cuantitativo de corte Transversal. El universo lo constituyó la población que demanda la atención obstétrica del área de Maternidad del Hospital Regional del Sur, Choluteca, en el mes de Marzo 2014. Para el cálculo de la muestra se realizó con datos estadísticos del año 2013, obteniendo un promedio de atenciones para el mes de Marzo de 534, por lo cual la muestra es de 82 pacientes atendidas en esta área (Anexo 1); esto se desarrolló con la Formula  $n$  de Sampieri.

La unidad de observación fue la calidad de atención. La unidad de análisis fueron las usuarias embarazadas; Se elaboró un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, realizando un pilotaje a 20 usuarias embarazadas, posteriormente a los resultados se aplica la prueba de confiabilidad de Alpha de Combrach, con un resultado de **0.07**

Para la recolección de los datos se incluyeron usuarias de la sala de maternidad: puérperas postparto normal y pos cesárea, se excluyeron usuarias que ingresaron a otros servicios de maternidad con alguna patología adjunto.

La técnica fue la encuesta, y el instrumento cuestionario a 82 usuarias del servicio de maternidad; también se recolectó información documental mediante la revisión de expedientes clínicos, valorando acciones ginecobstétricas oportunas de acuerdo a las Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal, siendo evaluado el llenado correcto del partograma ( Anexo 6 ), desviación de la curva de alerta del partograma, manejo activo del tercer período del parto y manejo de Complicaciones Obstétricas y Neonatales de acuerdo a acciones correctas por las Normas, y el monitoreo de los signos vitales (presión arterial, pulso), loquios (normal, abundantes, coágulos), útero contraído durante las primeras dos horas postparto o post- cesárea (Anexo 7).

Se contó con apartado de Ética con el Consentimiento informado (Anexo 2), la participación de la encuestada fue voluntaria previa explicación y aceptación verbal para acceder a proporcionar la información. El instrumento (Anexo 3) consta de etapa de Datos Generales con rangos demográficos, segunda etapa de evaluación del Control Prenatal, tercera etapa de evaluación del internamiento, cuarta etapa evaluación del Posparto. Luego se evaluó el proveedor del servicio mediante evaluación por el encuestador haciendo uso revisión de expediente clínico, búsqueda de respuesta a las interrogantes establecidas en cuestionario.

Los resultados de la investigación fueron ingresados en una base de datos utilizando el programa EPI-INFO versión 3.5.4; haciendo el cruce de variables presentando los resultados en tablas de frecuencias y gráficos.

Se realizó comparativo con el estándar de calidad nacional dado por la secretaría de Salud a través del Programa de Garantía de Calidad, que define cómo estándar de Satisfacción de las usuarias de atención, así: **“que todas las usuarias de la maternidad que reciben atención obstétrica deberán estar satisfechas con la atención recibida “ cabe mencionar que el valor mínimo es de un 85 %** Este estándar es medido por Indicador : % de Usuarias que reciben atención obstétrica que están satisfechas con la atención recibida para cada variable de las dimensiones de calidad de ( estructura, proceso y resultados ).

Se realizó el análisis de los resultados contrastando con la teoría, posteriormente las conclusiones y recomendaciones.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD OBSERVACION	UNIDAD ANALISIS	INDICADOR
<b>CALIDAD DE LA ATENCION</b>	<b>La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional optimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y la satisfacción del usuario</b>	<p><b>Dimensión de Estructuras</b> (son los recursos e insumos de la organización )</p> <p><b>Proceso</b> (son las actividades e intervenciones de la organización )</p> <p><b>Resultados</b> (son los efectos de las intervenciones)</p>	<b>Calidad de atención a las Usuarías de la maternidad del Hospital Regional del Sur.</b>	<b>Usuarías Embarzadas</b>	<p>% de Satisfacción de las Usuarías en :</p> <p>-TIEMPO DE ESPERA</p> <p>-COSTOS</p> <p>-AMBIENTE FISICO</p> <p>-COMODIDAD</p> <p>-SUMINISTROS</p> <p>-INSTRUMENTOS Y EQUIPO</p> <p>% de Satisfacción de las Usuarías:</p> <p>-CONSEJERIA</p> <p>-INFORMACION</p> <p>-PRIVACIDAD</p> <p>-BIOSEGURIDAD</p> <p>- % SATISFACCIÓN ( TRATO HUMANO )</p> <p>- % SATISFACCIÓN GLOBAL</p>
<b>SERVICIOS DE SALUD DE MATERNIDAD</b>	<b>Se define como la Unidad de Salud para la provisión de Servicios en atención del Embarazo, Parto y Puerperio.</b>	<b>Maternidad del Hospital del Sur para atención de Usuarías del Embarazo, Parto y Puerperio</b>	<b>Expediente Clínico de las Usuarías de la Maternidad del Hospital del sur mes marzo 2014</b>	<b>Normas de Atención Materno-Neonatal ( M-N )</b>	<p>-% usuarias a quien se les lleno correctamente el Partograma.</p> <p>-% de desviación de curva de alerta del partograma y manejo según normas Materno-Neonatales.</p> <p>-% de usuarias Postparto o Post cesárea a quienes se registró en la HCPB: pulso ,P/A, loquios, contractilidad uterina de acuerdo a normas M-N</p> <p>-% de Partos vaginales o por cesárea con manejo activo del tercer período del parto según normas M-N.</p> <p>- % Complicaciones Maternas</p> <p>-% Complicaciones Neonatales.</p> <p>-% de Usuarías con alguna complicación Obstétrica (hemorragia, trastorno hipertensivo, infecciones) durante el trabajo parto, parto, posparto, que fueron manejados según criterios de la norma Materno Neonatal.</p> <p>-% de neonatos que presentaron asfixia, sepsis y prematurez que fueron manejados según los criterios seleccionados de la norma Materno-Neonatal.</p> <p>-Hospital con disponibilidad permanente de medicamentos, insumos, equipo para la atención de emergencia obstétrica y neonatal.</p>

## V. RESULTADOS

**TABLA No.1**

**ATENCIÓN DE LAS USUARIAS EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD POR GRUPO ETARIO, HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
MENOR DE 18 AÑOS	11	13.4
DE 18 A 35 AÑOS	58	70.7
MAYOR DE 35 AÑOS	13	15.9
Total	82	100.0

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014.**

La edad de mayor frecuencia está en rango de edad de 18 a 35 años con, 58/82, usuarias, para un 70.7%, en menores de 18 años, se observa 11/82 pacientes equivalente a 13.4%, además 13/82 usuarias 15.9 % en el grupo etario en mayores de 35 años.

**TABLA No.2**

**NÚMERO DE EMBARAZOS POR GRUPOS DE EDAD DE LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

<b>N° DE EMBARAZOS POR GRUPOS DE EDAD</b>	<b>MENOR DE 18</b>		<b>DE 18 A 35</b>		<b>MAYOR DE 35</b>		<b>TOTAL</b>	
<b>DE 1 A 2</b>	11	20.4	43	79.6	0	0	54	65.9
<b>DE 3 A 4</b>	0	0	13	65	7	35	20	24.4
<b>DE 5 y MAS</b>	0	0	2	25	6	75	8	9.8
<b>TOTAL</b>	11	13.4	58	70.7	13	15.9	82	100

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014.**

De las 82 Usuaris atendidas en la Maternidad del Hospital del Sur, tienen historia Gineco-Obstétrica de 1 a 2 Embarazos:( 54/82), representan el 65.9%, de 3 a 4 Embarazos: (20/82), el 24.4%, de 5 Embarazos y Más:( 8/82) el 9.8 %

Se destaca que en las edades de 18 a 35 años 43/54 para un (79.6%), de 5 y más embarazos pertenece al grupo poblacional de mayores de 35 años 6/8 para un 75%

**TABLA No.3**

**PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS POR GRUPOS DE EDAD,  
MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, MARZO 2014,  
CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

PROCEDENCIA POR GRUPOS DE EDAD	RURAL		URBANA		URBANA MARGINAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
DE 18 A 35	30	51.7	23	39.7	5	8.6	58	70.7
MAYOR DE 35	7	53.8	4	30.8	2	15.4	13	15.9
MENOR DE 18	7	63.6	3	27.3	1	9.1	11	13.4
TOTAL	44	53.7	30	36.6	8	9.8	82	100

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014.**

Del total de pacientes encontramos que un 53.7 % (44 /82) proceden del área rural de las cuales el 51.7% (30/58) son de 18 a 35 años, un 36.6% proceden de área urbana (30/82), un 9.8% (8/82) de área urbano marginal,

los embarazos en adolescentes(11/82 ) 13.4% corresponde un 63.6% ( 7/11 ) con procedencia rural y para la población de mayores de 35 años ( 7/13) representa un 53.8% de procedencia del área rural.

**TABLA No.4**

**RELACIÓN ENTRE ACCESO GEOGRÁFICO UNIDAD MATERNIDAD HOSPITAL  
REGIONAL DEL SUR Y EL USO DEL HOGAR MATERNO,  
HONDURAS, C.A**

<b>Acceso Geográfico a Unidad Maternidad HRS</b>						
<b>ACCESO GEOGRAFICO</b>			<b>HOGAR MATERNO</b>			
			<b>SI</b>		<b>NO</b>	
<b>DISTANCIA DE PROCEDENCIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
CERCANA MENOR 10 KMS	31	37.8%	0	0	31	37.8%
LEJANA MAYOR 10 KMS	51	62.2%	0	0	51	62.2%
TOTAL	82	100.0%	0	0	82	100.0%

**N=82|**

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014.**

El 62.2% (51/82) de las usuarias procede de lugar lejano mayor a 10kms, con 0% de utilización del Hogar Materno.

**TABLA No.5**

**RELACIÓN DE LA PROCEDENCIA CON LA PARIDAD DE LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

N° DE PARTOS	RURAL		URBANA		URBANA MARGINAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
DE 1 A 2	27	50.0	22	40.7	5	9.3	54	65.9
DE 3 A 4	12	60.0	6	30.0	2	10.0	20	24.4
DE 5 Y MAS	5	62.5	2	25	1	12.5	8	9.8
TOTAL	44	53.7	30	36.6	8	9.8	82	100

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014.**

El 53.7% (44/82) de las usuarias de los servicios de maternidad del hospital regional del sur proceden del área rural, 36.6% (30/82) del área urbana, 9.8% (8/8) del área urbano marginal.

Se observa usuarias con 1 a 2 partos representan el 65.9 % (54/82), con procedencia rural el 50% (27/54), Urbana el 40.7% (22/54) Urbano marginal 5/54 el 9.3%.

Destaca que las Usuarias con 5 y más partos 5/8 representando el 62.5 % son de procedencia rural.

**TABLA No.6**

**RELACIÓN DE LA ESCOLARIDAD CON NÚMERO DE HIJOS DE LAS  
USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR,  
MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

ESCOLARIDAD	DE 1 A 2		DE 3 A 4		MAYOR DE 4		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ANALFABETA	1	20	4	80	0	0	5	6.1
PRIMARIA COMPLETA	22	73.3	8	26.7	0	0	30	36.6
PRIMARIA INCOMPLETA	6	31.6	9	47.4	4	21	19	23.2
SECUNDARIA COMPLETA	14	93.3	1	6.7	0	0	15	18.3
SECUNDARIA INCOMPLETA	10	90.9	1	9.1	0	0	11	13.4
UNIVERSITARIA COMPLETA	1	100	0	0	0	0	1	1.2
UNIVERSITARIA INCOMPLETA	0	0	1	100	0	0	1	1.2
TOTAL	54	65.9	24	29.3	4	4.9	82	100

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014.**

9/19 De tres a cuatro hijos pertenecen a usuarias con primaria incompleta con un 47.4 %. De la paridad referente de tres a cuatro hijos en un 80% (4/5) son analfabetas, con mayor de cuatro hijos el 21% (4/19) culminan en primaria incompleta. .

**TABLA No.7****INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR EN RELACIÓN CON NUMERO DE HIJOS DE LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.****N=82**

<b>INGRESO FAMILIAR</b>	<b>DE 1 A 2</b>		<b>DE 3 A 4</b>		<b>&gt; DE 4</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mayor del salario mínimo	12	75	4	25	0	0	16	19.5
Menor del salario mínimo	28	59.6	16	34	3	6.4	47	57.3
Salario mínimo	13	68.4	5	26.3	1	5.3	19	23.2
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>64.6</b>	<b>25</b>	<b>30.5</b>	<b>4</b>	<b>4.9</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

El 57.3 % (47/82) de las usuarias tienen un ingreso menor al salario mínimo, 23.2%(19/82) tienen salario mínimo, el 19.5% (16/82) tienen más del salario mínimo,

El 64.6% de las usuarias (53/82) tienen de 1 a 2 hijos, el 30.5% 25/82 tienen de 3 a 4 hijos y el 4.9 % (4/82) tienen más de 4 hijos.

**TABLA No.8**

**ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL DURANTE SU EMBARAZO DE LAS  
USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR  
MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

<b>CONTROL PRENATAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sí	78	95%
No	4	5%
Total	82	100 %

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD  
DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

De las usuarias de los servicios en salud del área de maternidad asistieron a control prenatal fueron 78/82 para un (95%), un 4/82(5%) no acudieron a ningún control.

**TABLA No. 9**

**CONTROL PRENATAL POR UNIDAD DE LAS USUARIAS DE LA  
MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014,  
CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

<b>LUGAR DONDE ACCEDE A CONTROL PRENATAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
CESAMO	30	36.6 %
CESAR	23	28.0 %
CLINICA PRIVADA	9	11.0 %
CMI	3	3.7 %
HOSPITAL	13	15.9 %
NINGUNO	4	4.9 %
TOTAL	82	100 %

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD  
DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

Las usuarias asistieron a control prenatal al Cesamo el 36.6 % (30/82 ) y un total de 28% (23/82 ) al Cesar; un 3.7 % (3/6 )en CMI, haciendo un total de 68.3%( 56/82 ) correspondiendo a la red de atención primaria en Salud de la SESAL, Hospital un 15.9% ( 13/82), ninguno 4.8%( 4/82 ),clínica Privada 11% (9/82 ).

**TABLA No.10**

**CONTROL PRENATAL ANTES DE LAS 12 SEMANAS(captación temprana del Embarazo ) DE LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

<b>PRIMER CONTROL PRENATAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ANTES 12 SEM	46	56.1%
DESPUES DE 12 SEM	32	39.0%
NO RECIBIO	4	5 %
Total	82	100.0%

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

Un 56 % (46/82) de las usuarias del área de maternidad asistieron a su primera atención prenatal antes de las doce semanas y un 39% (32/82) recibió control después de las 12 semanas de gestación, un 5% (4/82) no recibió control prenatal.

**TABLA No.11**

**PACIENTE EMBARAZADAS QUE SE REALIZÓ ULTRASONIDO A LAS  
USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR  
MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

<b>REALIZO USG DURANTE EL EMBARAZO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 TRIMESTRE	10	12.2 %
2 TRIMESTRE	12	14.6 %
3 TRIMESTRE	19	23.2 %
NINGUNO	41	50.0 %
TOTAL	82	100 %

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD  
DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

Un 50%( 41/ 82) no se realiza ningún ultrasonido, siendo un 12.2% (10/82) de usuarias que se realiza USG en el primer trimestre del embarazo, 15% (12/82) en segundo trimestre, 23% (19/82) en el tercer Trimestre del embarazo.

**TABLA No.12**

**EXAMENES DE RUTINA REALIZADOS DURANTE SU EMBARAZO DE LAS  
USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR  
MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

<b>REALIZO EXAMENES DE RUTINA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sí	63	76.8%
No	19	23.2%
Total	82	100.0%

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD  
DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

Un total de 63/82 usuarias (76.8%) se pudo realizar exámenes durante su embarazo, mientras que un 23.2% (19/ 82) no se realizó exámenes.

**TABLA NO.13**

**APLICACIÓN DE DOSIS DE VACUNA DEL TÉTANO EN EL CONTROL PRENATAL DE LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

<b>CONTROL PRENATAL/TD</b>	<b>Dosis de vacuna si</b>		<b>Dosis de vacuna no</b>		<b>TOTAL</b>	
<b>Si</b>	34	43.6 %	44	56.4 %	78	95 %
<b>No</b>	0	0 %	4	0%	4	5 %
<b>TOTAL</b>	34	41 %	48	59 %	82	100 %

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

La relación de aplicación de vacuna prevención del Tétano en el control prenatal ya sea primera, segunda dosis o refuerzo, en el control prenatal se encuentra que de un total de 78 pacientes que acudieron a control prenatal reporta que 44/82 usuarias (56.4%) no se aplicaron la vacuna antitetánica.

**TABLA No.14**

**CONOCIMIENTOS DE LOS SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO Y CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE EMBARAZO Y LACTANCIA MATERNA, DE LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=82**

SIGNOS ALARMA		%	CHARLAS EDUCATIVAS ATENCION EMBARAZO Y LACTANCIA MATERNA	%
SI	74	90.24	75	91.46
NO	8	9.76	7	8.54
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

Del total de 82 usuarias 74 el 90.24 % tienen conocimiento de los signos de alarma durante el embarazo tales como: sangrado transvaginal, salida de líquido amniótico, dolor obstétrico, edema, cefalea, etc. además (75/82) recibieron el 91.46 % de educación sobre aspectos relacionados con el embarazo y lactancia materna consejería Familiar.

**TABLA No. 15**

**COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE LAS USUARIAS DE LA  
MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014,  
CHOLUTECA, HONDURAS, C .A.**

**N=21**

<b>COMPLICACIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>ANEMIA</b>	<b>6</b>	<b>29</b>
<b>INFECCIÓN TRACTO URINARIO</b>	<b>15</b>	<b>71</b>
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD  
DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

Presentaron complicación 21 pacientes (21/82 )para un 25.6%,Siendo causa principal de el padecer de infeccion urinaria en un 71% (15/21 ) y la segunda causa presencia de anemia 29 % (6/21) .

**TABLA No.16**

**MOTIVO DE INTERNAMIENTO DE LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD  
HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014, CHOLUTECA,**

**HONDURAS, C.A**

**N=82.**

<b>MOTIVO DE INTERNAMIENTO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ATENCION DE CESAREA	21	25.6%
ATENCION DE PARTO	61	74.4%
Total	82	100.0%

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD  
DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

Siendo un total de 82 usuarias se encontró que motivo de internamiento para cesárea el 25.6%(21/82) y por parto un 74.4%(61/82).

**TABLA No.17**

**RELACIÓN ENTRE EDAD DE LA USUARIA POR MOTIVO DE INTERNAMIENTO DE LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C.A**

**N=82**

GRUPOS DE EDAD TIPO DE INTERNAMIENTO	CESAREA		PARTO	
	N	%	N	%
MENOR 18 AÑOS	2	9.5 %	9	14.8 %
18-35 AÑOS	14	66.7 %	44	72.1 %
MAYOR 35 AÑOS	5	23.8 %	8	13.1 %
TOTAL	21	100 %	61	100 %

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

En menores de 18 años (2/82) un 9.5%, parto (9/82) un 14.8%, el mayor número es en población de 18 a 35 años (14/82) un 66.7% para cesárea y de un 72.1% parto; la suma de los grupos de edad menores de 18 años más las usuaria mayores de 30 años así:(24/82) un 29.27% tanto para parto y cesárea.

**TABLA No. 18**

**USUARIAS REFERIDAS A LA MATERNIDAD HOSPITAL REGIONAL DEL SUR Y RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO, MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A**

**N=82**

FUERON REFERIDAS A HOSPITAL REGIONAL DEL SUR SEGÚN EL MOTIVO DE INTERNAMIENTO						
Motivo de internamiento	REFERIDA		NO REFERIDA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ATENCION DE CESAREA	6	28.6	15	71.4	21	25.6
ATENCION DE PARTO	12	19.7	49	80.3	61	74.4
TOTAL	18	22	64	78	82	100

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

En cuanto número de pacientes referidas fue total de 18/82 usuarias (22%) y no referida en un 78% (64/82).

**TABLA 19**

**CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE LAS USUARIAS DE LA  
MATERNIDAD HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, CHOLUTECA,  
HONDURAS, C.A.**

(MEDIANTE REFERENCIA DE LA USUARIA DEL HOSPITAL A OTRA UNIDAD DE SALUD  
O REFERIDA A OTRO SERVICIO DEL HOSPITAL /CONSULTA EXTERNA)

**N=82**

REFERENCIA	N	%
SI	78	95
NO	4	5
<b>TOTAL</b>	82	100

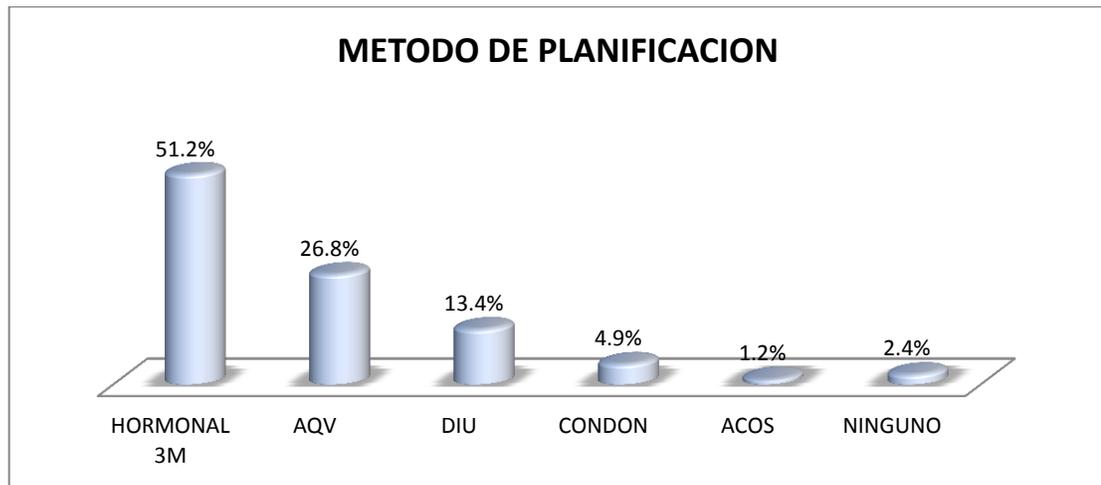
**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD  
DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

Se le entregaron referencia para ser atendida o acudir a cita postparto a otra unidad de salud o servicio del Hospital del Sur un 95%(78/82) no le dieron referencia a un 5 % (4/82).

### GRÁFICO No. 1

**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR A UTILIZAR PARA CONTROL DE NATALIDAD POR LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C.A**

**N=82**



**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

**TABLA No.20**

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS DE LAS USUARIAS DE LA  
MATERNIDAD HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014,  
CHOLUTECA, HONDURAS, C.A**

**N=14**

COMPLICACIONES	N	%
HIPERTENSION ARTERIAL GESTACIONAL	3	3.7
HEMORRAGIA POSTPARTO	4	4.9
PRECLAMPSIA	7	8.5
NINGUNA	68	82.9
TOTAL	82	100.00

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD  
DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

De las 82 Usuaris de los servicios de maternidad (14/82) para un 17.1 % presentaron complicaciones Obstétricas.

Observando que de las complicaciones, (11/82) son trastornos Hipertensivos (Hipertensión Gestacional más Preclamsia) para un 12.2%, Hemorragia Postparto un 4.9 % (4/ 82). Preclamsia (7/82) para un 8.5 %

**TABLA No.21**

**COMPLICACIONES NEONATALES DE LOS RN DE LAS USUARIAS DE LA  
MATERNIDAD HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014,  
CHOLUTECA, HONDURAS, C.A**

**N=80 (DE LAS 82 USUARIAS INGRESADAS RESULTÓ PRODUCTO UNICO: 79, GEMELAR:1 OVITOS:3 )**

<b>COMPLICACION NEONATAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ASFIXIA	2	2.5
PREMATUREZ	3	3.75
SEPSIS	8	10.0
NINGUNA	67	83.75
Total	80	100.00

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD  
DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO,  
2014**

Se encontraron 13 de 80 Recién Nacidos que presentaron complicaciones al nacer, que corresponde a un 16.25%, distribuido en sepsis: 8/80 para un 10%, prematurez 3/80 representando un 3.75%, asfixia 2/80 para un 2.5 %.

**TABLA No. 22**

**ATENCIÓN RECIBIDA POR MOTIVO DE INTERNAMIENTO DE ACUERDO A PARTOGRAMA, MANEJO DE TERCER PERÍODO DEL PARTO Y SIGNOS VITALES SEGÚN NORMAS. DE LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C.A**

**N=82**

Motivo de internamiento	N	%	SI LLENO PARTOGRAMA	MANEJO ACTIVO 3er PERIODO DEL PARTO	TOMO SIGNOS VITALES POSTPARTO Y POSTCESAREA SEGÚN NORMA
ATENCION DE CESAREA	21	25.6%	100%	100%	100%
ATENCION DE PARTO	61	74.4%	100%	100%	100%
Total	82	100%	100%	100%	100%

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

Un 100% (82/82 ) de las pacientes atendidas en el área de maternidad tanto parto o cesáreas se les llenó el partograma, Además a todas las usuarias se dio manejo activo y toma de signos vitales: Pulso, Presión Arterial, monitoreo de ,contracción del útero, según Norma Materno-Neonatal Nacionales datos encontrados en el expediente de las Usuarias.

**TABLA No. 23**

**MONITOREO DEL PARTOGRAMA A USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DEL SUR, HONDURAS, C. A MARZO DEL 2014**

**N=79**

<b>DESVIACION CURVA DEL PARTOGRAMA</b>		
<b>USUARIAS DE LA MATERNIDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>3</b>	<b>3.8%</b>
<b>NO</b>	<b>76</b>	<b>96.2%</b>
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

De las 82 usuarias a 79 que se llenó el partograma, excluyendo las 3 pacientes que llegaron con óbitos, hubo desviación de la curva de 3 pacientes para un 3.8%.

**TABLA No. 24**

**CAUSAS DE CÉSAREA DE LAS USUARIAS INGRESADAS A LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C.A**

**N=21**

<b>CAUSAS DE CÉSAREA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
MACROSOMÍA FETAL	5	23.8
ANTECEDENTE DE CESAREA ANTERIOR	4	19.0
PRESENTACION PÉLVICO	2	9.5
SITUACION TRANSVERSA	2	9.5
DISTOCIA DE LA CONTRACTIBILIDAD	2	9.5
INDUCCIÓN FALLIDA	2	9.5
RESTRICCIÓN CRECIMIENTO INTRAUTERINO	1	4.8
DPC	1	4.8
TAQUICARDIA FETAL	1	4.8
FALTA PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO	1	4.8
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

**FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014**

De un total de 82 usuarias, se resolvió por cesárea a 21 pacientes (25.6%) teniendo como principales causas: 5/21 por macrosomía fetal (23.8 %) y 4/21 (19%) por cesárea anterior.

**TABLA No. 25 SATISFACCIÓN DE ATENCIÓN EN RELACIÓN A LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICO /DIMENSIONS DE ACCESIBILIDAD POR LAS USUARIAS INGRESADAS A LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR MARZO 2014, CHOLUTECA, HONDURAS, C.A**

DIMENSION		ACCESIBILIDAD				DISTANCIA AL SERVICIO DE MATERNIDAD			
VARIABLE	CARACTERISTICA	TIEMPO DE ESPERA		COSTOS		CERCANA ≤ 10 KMS		LEJANA ≥ 10 KMS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
EDAD	< DE 18 AÑOS	8	11.9	9	14.21	2	6.5	9	17.6
	<b>18-35AÑOS</b>	<b>48</b>	<b>71.7</b>	<b>44</b>	<b>70.96</b>	<b>23</b>	<b>74.2</b>	<b>35</b>	<b>68.6</b>
	> DE 35	11	16.4	9	14.52	6	19.4	7	13.7
	TOTAL	<b>67</b>	<b>81.7</b>	<b>62</b>	<b>75.60</b>	31	37.8	51	62.2
	<b>SEPARADOR</b>								
ESCOLARIDAD	NINGUNA	3	4.5	3	4.84	3	9.7	2	3.9
	PRIMARIA INCOMPLETA	16	23.9	14	22.58	5	16.1	14	27.5
	<b>PRIMARIA COMPLETA</b>	<b>26</b>	<b>38.8</b>	<b>24</b>	<b>38.71</b>	<b>9</b>	<b>29.0</b>	<b>21</b>	<b>41.2</b>
	SECUNDARIA INCOMPLETA	8	11.9	11	17.74	9	9.7	8	15.7
	SECUNDARIA COMPLETA.	12	17.9	8	12.90	3	29.0	6	11.8
	UNIV. COMPLETA	1	1.5	1	1.61	1	3.2	0	0.0
	UNIV. INCOMPLETA	1	1.5	1	1.61	1	3.2	0	0.0
	TOTAL	<b>67</b>	<b>81.7</b>	<b>62</b>	<b>75.60</b>	31	37.8	51	62.2
<b>SEPARADOR</b>									
PROCEDENCIA	<b>RURAL</b>	<b>38</b>	<b>56.7</b>	<b>33</b>	<b>53.23</b>	<b>4</b>	<b>12.9</b>	<b>40</b>	<b>78.4</b>
	URBANO	24	35.8	22	35.48	20	64.5	10	19.6
	URBANO MARGINAL	5	7.5	7	11.29	7	22.6	1	2.0
	TOTAL	<b>67</b>	<b>81.7</b>	<b>62</b>	<b>75.60</b>	31	37.8	51	62.2
<b>SEPARADOR</b>									
OCUPACIÓN	<b>AMA DE CASA</b>	<b>57</b>	<b>85.1</b>	<b>54</b>	<b>86.3</b>	<b>23</b>	<b>74.2</b>	<b>46</b>	<b>90.2</b>
	ESTUDIANTE	1	1.5	1	1.4	0	0.0	1	2.0
	MAESTRA	5	7.5	5	8.2	4	12.9	2	3.9
	OTROS	4	6.0	2	4.1	4	12.9	2	3.9
	TOTAL	<b>67</b>	<b>81.7</b>	<b>62</b>	<b>75.60</b>	31	37.8	51	62.2
<b>SEPARADOR</b>									
INGRESOS	MAYOR A SALARIO MIN	12	17.9	11	17.8	12	38.7	4	7.8
	SALARIO MINIMO	16	23.9	14	23.3	6	19.4	13	25.5
	<b>MENOR A SALARIO MIN</b>	<b>39</b>	<b>58.2</b>	<b>37</b>	<b>58.9</b>	<b>13</b>	<b>41.9</b>	<b>34</b>	<b>66.7</b>
	TOTAL	<b>67</b>	<b>81.7</b>	<b>62</b>	<b>75.60</b>	31	37.8	51	62.2

FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014

## **ACCESIBILIDAD (tiempo de espera menor de una hora), y COSTOS**

Del total de usuarias del servicio encontramos que la satisfacción en cuanto al tiempo de espera es de un 81.7 % y de un 75.6% en cuanto a los costos del servicio brindado. Siendo la procedencia de las usuarias de lugar lejano mayor de 10 kms un 62.2% y cercano de un 37.8%. Con escolaridad (primaria completa más primaria incompleta de un 68.7 %).

La procedencia del área rural en relación a lugar lejano es de un 78.4%, siendo amas de casa en un 90.2%. En cuanto a los ingresos menor al salario mínimo es de 66.7 %

**Promedio de Satisfacción 78.65 %** de la accesibilidad dada por el tiempo de espera (67/82) 81.7%, y los costos 62/82 para un 75.60%

**TABLA No.26 ESTRUCTURA: SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS INGRESADAS A LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, CHOLUTECA, HONDURAS, C.A, MARZO 2014 SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CON LAS DIMENSION DE ESTRUCTURA: AMBIENTE FISICO, COMODIDAD, SUMINISTROS, INSTRUMENTOS Y EQUIPO/**

DIMENSION		ESTRUCTURA							
VARIABLE	CARACTERISTICAS	AMBIENTE FISICO		COMODIDAD		SUMINISTROS		INST. Y EQUIPO	
		N	%	N	%	N	%	N	%
EDAD	< DE 18	9	14.64	7	10.94	9	14.52	8	12,70
	<b>18-35 AÑOS</b>	<b>45</b>	<b>68.18</b>	<b>47</b>	<b>73.43</b>	<b>44</b>	<b>70.96</b>	<b>44</b>	<b>69.84</b>
	> DE 35 AÑOS	12	18.18	10	15.63	8	14.52	11	17.46
	TOTAL	<b>66</b>	<b>80.48</b>	<b>64</b>	<b>78.04</b>	<b>62</b>	<b>75.60</b>	<b>63</b>	<b>76.83</b>
ESCOLARIDAD	NINGUNA	5	7.57	3	4.68	4	6.45	4	6.34
	PRIMARIA INCOMPLETA	16	24.24	15	23.43	16	25.82	16	25.40
	<b>PRIMARIA COMPLETA</b>	<b>25</b>	<b>37.88</b>	<b>23</b>	<b>35.93</b>	<b>23</b>	<b>37.09</b>	<b>22</b>	<b>34.92</b>
	SECUNDARIA INCOMPLETA	8	12.12	9	14.06	6	9.68	8	12.70
	SECUNDARIA COMPLETA	10	15.15	12	18.75	11	17.74	11	17.46
	UNIV. COMPLETA	1	1.52	1	1.56	1	1.61	1	1.59
	UNIV. INCOMPLETA	1	1.52	1	1.56	1	1.61	1	1.59
	TOTAL	<b>66</b>	<b>80.48</b>	<b>64</b>	<b>78.04</b>	<b>62</b>	<b>75.60</b>	<b>63</b>	<b>76.83</b>
PROCEDENCIA	<b>RURAL</b>	<b>37</b>	<b>56.06</b>	<b>32</b>	<b>50.00</b>	<b>31</b>	<b>50.0</b>	<b>34</b>	<b>53.97</b>
	URBANO	23	34.85	26	40.62	24	38.71	24	38.09
	URBANO MARGINAL	6	9.09	6	9.38	7	11.29	5	7.94
	TOTAL	<b>66</b>	<b>80,48</b>	<b>64</b>	<b>78.04</b>	<b>62</b>	<b>75.60</b>	<b>63</b>	<b>76.83</b>
OCUPACIÓN	<b>AMA DE CASA</b>	<b>56</b>	<b>84.85</b>	<b>53</b>	<b>82.82</b>	<b>53</b>	<b>85.48</b>	<b>53</b>	<b>84.13</b>
	ESTUDIANTE	6	9.09	1	1.56	4	6.45	1	1.59
	MAESTRA	0	0	5	7.81	1	1.61	4	6.35
	OTROS	4	6.06	5	7.81	4	6.45	5	7.93
	TOTAL	<b>66</b>	<b>80.48</b>	<b>64</b>	<b>78.04</b>	<b>62</b>	<b>75.60</b>	<b>63</b>	<b>76.83</b>
INGRESOS	MAYOR A SALARIO MIN	13	20.00	14	21.88	11	17.74	12	18.84
	SALARIO MINIMO	15	22.86	15	23.43	12	19.36	14	23.19
	<b>MENOR A SALARIO MIN</b>	<b>38</b>	<b>57.14</b>	<b>35</b>	<b>54.69</b>	<b>39</b>	<b>62.90</b>	<b>37</b>	<b>57.97</b>
	TOTAL	<b>66</b>	<b>80.48</b>	<b>64</b>	<b>78.04</b>	<b>62</b>	<b>75.60</b>	<b>63</b>	<b>76.83</b>

FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014

**AMBIENTE FÍSICO (limpieza de la sala, baños, ventilación, ambiente físico en general)** un 80.48 % ésta satisfecha, con un 68.18% entre 18- 35 años, con ninguna escolaridad 7.57 %, educación primaria (primaria completa 35.93%, incompleta 23.43%) 62.12 %, de procedencia rural en un 56%, ama de casa en 84,85%, con un 57 % de menos de un salario mínimo.

**COMODIDAD:** un 78.04 % de satisfacción, con un 73.45 % en edad de 18-35 años, con escolaridad de educación primaria completa 35.93 %, primaria Incompleta 23.43 % ambas en un 59.36%, procedencia rural del 50%%, ama de casa en 85.48%, ingreso menor de un menor salario mínimo del 54.69%.

**SUMINISTROS:** refieren un 75.60 % de satisfacción, con un 71.8 % para población de 18 a 35 años con escolaridad de educación primaria completa en un 37.09 %, primaria Incompleta 25.82 %, procedencia rural del 50.7%, ama de casa en 85.48 %, ingreso menor de un salario mínimo del 62.91 %.

**INSTRUMENTOS Y EQUIPO:** un 76.83 % de las usuarias están satisfechas, de las cuales el 69.57 % es del 18 a 35 años, educación primaria completa 34.92, primaria Incompleta 25.40 % procedencia rural en 53.97%, ama de casa 84.13 % con menor un salario mínimo el 57.97%

**Promedio de satisfacción de 77.83**

**TABLA No.27 PROCESO** SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS INGRESADAS A LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, CHOLUTECA, HONDURAS, C.A, MARZO 2014 EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES EDAD, ESCOLARIDAD, PROCEDENCIA, OCUPACION, INGRESO Y LAS DIMENSIONES DE PROCESO: CONSEJERIA, INFORMACIÓN SOBRE EL PARTO, PRIVACIDAD, BIOSEGURIDAD.

DIMENSION		PROCESO							
VAIABLE	CARACTERISTICAS	CONSEJERIA		INF. SOBRE PARTO		PRIVACIDAD		BIOSEGURIDAD	
		N	%	N	%	N	%	N	%
EDAD	< DE 18 AÑOS	10	13.33	12	16.2	9	13.85	9	13.0
	<b>18-35 AÑOS</b>	<b>53</b>	<b>70.67</b>	<b>49</b>	<b>60.2</b>	<b>46</b>	<b>70.77</b>	<b>49</b>	<b>71.0</b>
	> DE 35 AÑOS	12	16.00	13	17.6	10	15.38	11	15.9
	TOTAL AÑOS	75	91.46	74	90.24	65	79.26	69	84.14
	<b>SEPARADOR</b>								
ESCOLARIDAD	NINGUNA	5	6.67	4	5.4	4	6.15	5	7.2
	PRIMARIA INCOMPLETA	17	22.67	18	24.3	15	23.07	18	26.1
	<b>PRIMARIA COMPLETA</b>	<b>27</b>	<b>36.00</b>	<b>27</b>	<b>36.4</b>	<b>24</b>	<b>36.92</b>	<b>25</b>	<b>36.2</b>
	SECUNDARIA INCOMPLETA	10	13.33	13	17.6	9	13.84	8	11.6
	SECUNDARIA COMPLETA	14	18.67	10	13.5	11	16.96	12	17.4
	UNIV. COMPLETA	1	1.33	1	1.4	1	1.53	1	1.4
	UNIV. INCOMPLETA	1	1.33	1	1.4	1	1.53	0	0.0
	TOTAL	75	91.46	74	90.24	65	79.26	69	84.16
<b>SEPARADOR</b>									
PROCEDENCIA	<b>RURAL</b>	<b>41</b>	<b>54.67</b>	<b>38</b>	<b>51.4</b>	<b>35</b>	<b>53.85</b>	<b>36</b>	<b>52.2</b>
	URBANO	27	36.00	28	37.8	24	36.92	25	36.2
	URBANO MARGINAL	7	9.33	8	10.8	6	9.23	8	11.6
	TOTAL	75	91.46	74	90.24	65	79.26	69	84.14
<b>SEPARADOR</b>									
OCUPACIÓN	<b>AMA DE CASA</b>	<b>63</b>	<b>84.0</b>	<b>60</b>	<b>81</b>	<b>55</b>	<b>84.62</b>	<b>59</b>	<b>85.5</b>
	ESTUDIANTE	5	6.67	6	94.6	5	7.69	0	0.0
	MAESTRA	1	1.33	1	2.7	1	1.54	4	5.8
	OTROS	6	8.00	6	6.8	4	6.15	6	8.7
	TOTAL	75	91.46	74	90.24	65	79.26	69	84.14
<b>SEPARADOR</b>									
INGRESOS	MAYOR A SALARIO MIN	15	20.0	15	20	13	20.00	14	20.3
	SALARIO MINIMO	17	22.67	16	22	15	23.08	15	21.7
	<b>MENOR A SALARIO MIN</b>	<b>43</b>	<b>57.33</b>	<b>43</b>	<b>58</b>	<b>37</b>	<b>56.92</b>	<b>40</b>	<b>58.0</b>
	TOTAL	75	91.46	74	90.24	65	79.26	69	84.14

FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014

**CONSEJERIA FAMILIAR:** de las 82 usuarias se les dio consejería en planificación familiar métodos para espaciar embarazos, en un **91.46%**, con predominio del grupo etario de 18 a 35 años un 70.67%, con escolaridad de primaria Incompleta 22.67 %, Primaria Completa de 36 %, con procedencia rural de 54.67 %, ama casa de 84. %, con ingreso menor a salario mínimo el 57.33%.

**INFORMACIÓN SOBRE EL PARTO: EI 90%** de satisfacción de las usuarios con respecto a la información otorgada sobre el parto por parte del personal de laborante en la Maternidad sobre su estado de Salud, la de su bebe y que cuidados debería tener, con 60.2% de rango de edad de 18 a 35 años, con educación primaria Incompleta 24.3%, primaria Completa del 36.4 %, procedencia rural 51.4%, ama de casa 81%, menor de salario mínimo 58%.

**PRIVACIDAD: Un 79.26 %** satisfacción de las usuarias al momento de atención del parto, con un rango de edad de 18 a 35 representa en un 70.77 %, con escolaridad primaria Incompleta del 23.07 %, primaria Completa del 36.92 %, con procedencia rural del 53.85 %, ama de casa en un 84.62 %, con ingreso menos de un salario mínimo del 56.92 %

**BIOSEGURIDAD: Un 84%** de satisfacción de las usuarias en cuanto medidas de bioseguridad al momento de la atención del parto, con rango de 18-35 años en un 71%, siendo escolaridad de educación primaria Incompleta del 26.1%, primaria Completa del 36.2 %, con procedencia rural 52.2%, siendo ama de casa 85.5%, en un 58% con Ingreso menor al salario mínimo.

**Promedio de satisfacción: 86.18 %**

**TABLA 28. RESULTADOS:** SATISFACCIÓN DEL SERVICIO MEDIANTE TRATO HUMANIZADO EN LA ATENCIÓN POR EDAD, ESCOLARIDAD, PROCEDENCIA, OCUPACIÓN E INGRESOS ECONOMICOS DE LAS USUARIAS DEL HOSPITAL DEL SUR, CHOLUTECA, HONDURAS, MARZO 2014.

	GRUPO ETARIO	N	%
EDAD	< DE 18 AÑOS	9	13.2
	18-35 AÑOS	48	70.6
	> DE 35 AÑOS	11	16.2
	<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>82.9</b>
ESCOLARIDAD	NINGUNA	4	5.9
	PRIMARIA INCOMPETA	15	22.1
	PRIMARIA COMPLETA	29	42.6
	SECUNDARIA INCOMPLETA	12	17.6
	SECUNDARIA COMPLETA	7	10.3
	UNIV. COMPLETA	0	0
	UNIV. INCOMPLETA	1	1.5
	<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>82.9</b>
PROCEDENCIA	RURAL	37	54.4
	URBANO	24	35.3
	URBANO MARGINAL	7	10.3
	<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>82.9</b>
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	59	86.8
	ESTUDIANTE	1	1.5
	MAESTRA	4	5.9
	OTROS	4	5.9
	<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>82.9</b>
INGRESOS	MAYOR A SALARIO MIN	10	14.7
	SALARIO MINIMO	17	25
	MENOR A SALARIO MIN	41	60.3
	<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>82.9</b>

(N=82)

FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS),

## **LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN DE LOS USUARIAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR**

Un 82.9 % de las usuarias se encuentran satisfechas con el servicio otorgado por servicio de la Maternidad del Hospital Regional del Sur,( tomando como base lo manifestado en la encuesta el buen trato Humanizado ,la continuidad del servicio así como la recomendación positiva a otros de los servicios prestados en la Maternidad del Hospital del Sur ), por grupo etario; los usuarios de 18-35 años representaron un 70.6% de Satisfacción, con escolaridad primaria Incompleta de 22.1 % ,completa de 42.6 %, con procedencia del área rural en un 54.4%, siendo ama de casa el 86.8%, con Ingreso menor al salario mínimo de en un 60.3%.

**TABLA No. 29: RESUMEN**

**SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD EN HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, DEPTO. CHOLUTECA, MARZO 2014**

<b>INDICADOR</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>% DE SATISFACCION</b>
<b>ACCESIBILIDAD</b>	Tiempo de espera	<b>81.7</b>
	Costos	<b>75.60</b>
<b>ESTRUCTURA</b>	Ambiente físico	<b>80.48</b>
	Comodidad	<b>78.04</b>
	Suministros	<b>75.60</b>
	Instrumentos y equipo	<b>76.83</b>
<b>PROCESO</b>	Consejería	<b>91.46</b>
	Información sobre el parto	<b>90.24</b>
	Privacidad	<b>79.26</b>
	Bioseguridad	<b>84.14</b>
<b>RESULTADO</b>	Satisfacción del usuario ( medido por trato humanizado )	<b>82.9</b>
	Satisfacción global de las usuarias Hospital Regional del Sur	<b>81.44</b>

FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS),

**La Satisfacción Global de las Usuarias de la Maternidad del Hospital del Sur, medido por los 11 Indicadores seleccionados de Accesibilidad Estructura, Proceso y Resultados es de un 81.44 %**

**TABLA 30. RESULTADOS: COMPLICACIONES MATERNO-INFANTILES Y SU RELACIÓN CON EDAD, ESCOLARIDAD, PROCEDENCIA, OCUPACIÓN, E INGRESOS ECONOMICOS DE LAS USUARIAS DEL HOSPITAL DEL SUR, CHOLUTECA, HONDURAS, MARZO 2014**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		RESULTADOS			
DESCRIPCION	CARACTERISTICAS	COMPLICACIÓN MATERNA N= 82		COMPLICACION NEONATAL N= 80	
	GRUPO ETARIO	N	%	N	%
EDAD	< DE 18 A	1	7.1	2	15.4
	18-35 A	7	50.0	9	69.2
	> DE 35 A	6	42.9	2	15.4
	TOTAL	14	17.07	13	16.25
	<b>ESCOLARIDAD</b>				
ESCOLARIDAD	NINGUNA	1	7.1	3	23.1
	PRIMARIA INCOMPLETA	7	50.0	2	15.3
	PRIMARIA COMPLETA	4	28.6	6	46.2
	SECUNDARIA INCOMPLETA	1	7.1	1	7.7
	SECUNDARIA COMPLETA	1	7.1	1	7.7
	UNIV. COMPLETA	0	0.0	0	0.0
	UNIV. INCOMPLETA	0	0.0	0	0.0
	TOTAL	14	17.07	13	16.25
<b>PROCEDENCIA</b>					
PROCEDENCIA	RURAL	6	42.9	6	46.2
	URBANO	7	50.0	4	30.8
	URBANO MARGINAL	1	7.1	3	23.0
	TOTAL	14	17.07	13	16.25
<b>OCUPACIÓN</b>					
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	13	92.9	13	100.0
	ESTUDIANTE	0	0.0	0	0.0
	MAESTRA	0	0.0	0	0.0
	OTROS	1	7.1	0	0.0
	TOTAL	14	17.09	13	16.25
<b>INGRESOS</b>					
INGRESOS	MAYOR A SALARIO MIN	2	14.3	2	15.4
	SALARIO MINIMO	4	28.6	3	23.1
	MEJOR A SALARIO MIN	8	57.1	8	61.5
	TOTAL	14	17.07	13	16.3

FUENTE: ESTUDIO CALIDAD DE ATENCION EN LAS USUARIAS SERVICIOS DE SALUD DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL SUR (HRS), MARZO, 2014

**Complicaciones Maternas y neonatales por grupo etario, escolaridad, procedencia, ocupación, ingresos económicos, así:**

**Maternas:** De 82 Usuarias Resultaron 14 complicaciones Maternas de 14/82 representando un 17.07 % del total de usuarias, distribuidas así: menor de 18 años 1 paciente, mayores de 35 años 6 usuarias, representando ambas 7/7 para un 50% %, el grupo etario de 18 a 35 años representó el 50 %; en cuanto a la escolaridad con primaria incompleta el 50 %, primaria completa el 28.6 %, con procedencia urbana el 50% y urbana marginal un 7.1 rural un 42.9 %; de ocupación ama de casa en un 92.9 %; con ingreso menor al salario mínimo un 57.1 % de las usuarias. **Neonatales:** Resultaron 13 de 80 nacidos vivos, 13/80, para un 16.25 %; de los cuales son hijos de mujeres de 18 a 35 años el 69.2 %; con primaria completa el 46.2%, con ninguna escolaridad el 23,1%; con primaria incompleta el 15.3 %, de procedencia rural el 46.2%, urbana el 30.8 % y urbano marginal el 23.1 %; ama de casa en 100 %; con ingreso menor al salario mínimo el 61.5% de las usuarias de la maternidad.

**OBSERVACIONES: (Anexo No.1.2 y 1.3):** Los eventos obstétricos en la sala de maternidad del Hospital Regional del Sur de enero a diciembre del 2014 fueron 5935, de los cuales 4514 son partos para un 76%, cesáreas 1421 representando un 24%.

Se ingresaron en sala de neonato de enero a diciembre 2014 un total de 1562 niños, reportando en sus egresos: **sepsis** 497/1562 para un 31.82%, con una mortalidad del 8.32 por 1000 n.v, con una letalidad del 2.6%; **potencialmente séptico** 258/1562 para un 16.52%, con una mortalidad del 3.20 por 1000, con una letalidad del 1.94 %; **asfixia neonatal** 62/1562, para un (3.97%), con una mortalidad de 6.4 por 1000, con letalidad de 16.13 %; **bajo peso al nacer** (solo se ingresan los extremadamente bajo peso al nacer BPN ) reporta 3 egresos/1562 representando 0.19%, con una mortalidad de 1.92 por 1000, letalidad del 100%.

En el mes de marzo del 2014 se ingresaron a sala de neonato 111 niños, de los cuales reporta 31 egresos de niños con sepsis, más 5 niños potencialmente sépticos representando 36/111 para un 32.43%, con 1 muerto, con una tasa de mortalidad del 9 por 1000, con una letalidad de 2.78%; asfixia neonatal 5/111 representa un 4.5%, con una tasa de mortalidad del 18.02 por 1000, con una letalidad del 40%; no se reporta egresos de Bajo peso (extremadamente Bajo Peso al Nacer).

## VI. ANÁLISIS

Existe una estrecha relación entre los factores sociodemográficos como: la edad, procedencia, ocupación, escolaridad, ingreso económico y la salud reproductiva de la mujer; encontramos que del total de las usuarias estudiadas que son atendidas por los servicios de Maternidad del Hospital del Sur de Choluteca, la edad con mayor frecuencia de paridad está entre 18 a 35 años (70.7%), además observamos que un 29.3% son (adolescentes y mayores de 35 años) edades extremas lo que representan pacientes de alto riesgo, del total el 13.4% son adolescentes, resultando mayor al promedio nacional que es de 10.2% reportado por la Encuesta Nacional de Demografía de Salud 2011-2012 INE/Secretaría en el Despacho de la Presidencia; La procedencia de las usuarias un 53.7% es rural, observando que del total de las adolescentes atendidas el 63.6 % proceden de zona rural, por lo que hace aumentar el riesgo reproductivo y complicaciones en el embarazo, parto y postparto para éste grupo etario.

Las usuarias de los servicios de salud en el área de maternidad acudieron a controles prenatales en un 95% casos, y un 5% no recibió atención prenatal, exponiéndose a mayor riesgo ; un 90.24% tenían conocimiento sobre **los signos de peligro** en el embarazo ,la diferencia un 9.76 % con desconocimiento; La norma 25 del capítulo Atención Prenatal de las Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011 se refiere a los signos de peligro: sangrado Vaginal, dolor de cabeza mareos, visión borrosa ,convulsiones ,dolor abdominal, fiebre, edema, ruptura de membranas sin que inicie el trabajo de parto dificultad respiratoria, cansancio, ausencia de movimientos fetales, falta crecimiento uterino .aspectos muy importantes de identificar considerándose cómo una emergencia que debe ser atendida de inmediato. Encontramos que un 8.5% necesita información sobre la importancia de la lactancia materna y aspectos educativos sobre la atención

del embarazo lo que conduce a mayor fragilidad de enfermar o morir por situaciones relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

Al evaluar la red de servicios 67% fue atendido por médico ya sea en clínica privada, clínica materno infantil, centro de salud u hospital tal como IHSS; mientras que la atención por Auxiliar de Enfermería equivalente al 28%, Se encontró que la captación de embarazadas antes de las 12 semanas es de un 56% siendo 46 usuarias que fueron a control y el 39% acudió después de las doce semanas siendo 32 pacientes.

Lo anterior refleja el hecho que se está captando poca embarazada antes de las 12 semanas. De acuerdo a las Normas Nacionales para la Atención Materno- Neonatal, mayo 2011; en el capítulo Atención Prenatal, Norma 1, refiere que todo proveedor de los servicios de salud institucional debe detectar a toda mujer embarazada lo más pronto posible, de preferencia antes de las 12 semanas. Así mismo en la Evaluaciones de Indicadores de Monitoreo de Salud Materno Infantil se sustenta que la captación debe ser en un cien por ciento, lo cual en la investigación observó baja captación.

En lo referente a la atención prenatal relacionándole usuaria que se realiza un ultrasonido se encontró que un 50% de las pacientes no se realizaron ultrasonido durante el embarazo, siendo más frecuente la realización del mismo hasta el tercer trimestre debido a los costos económicos y la falta acceso a ultrasonido desde el área rural al hospital con dificultad de acceso funcional al interno de la red hospitalaria (citas prolongadas). Es por ello la necesidad de realizarse ultrasonido ya que detecta edad gestacional desde el inicio del embarazo, malformaciones congénitas, alteraciones feto- placentarias, y es según normas estipula mínimo realizar un ultrasonido por cada trimestre de embarazo.

En cuanto a la realización de exámenes de laboratorio durante el embarazo sin importar que trimestre, se encontró que el 76.7% se los realizaron y un 23.2% no se realizaron , observando que la mayoría solo se los hacen una vez durante el embarazo y no dos, como indican la Norma 18 Capitulo de Atención Prenatal de las Normas Atención Materno- Neonatal consiste proveedor de servicio de salud en su primera atención solicitara exámenes preferible antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas( entre 28-32) .

En relación con aplicación de vacuna para la prevención del tétano de acuerdo a las normas no se captaron lo suficiente, siendo que un 59% no se aplicaron la vacuna, poniendo en riesgo al neonato de enfermar o morir por el tétano neonatorum, ya en la Norma 22 Cap. Atención Prenatal de las Normas Atención Materno- Neonatal estipula toda mujer embarazada independientemente de su edad gestacional, que al momento de la atención prenatal no documenta estado vacunal por lo que debe iniciar y completar esquema de tres dosis.

Se encontró que de ochenta y dos usuarias ; veintiún usuarias de su internamiento equivalente a un 25.6% se resuelve por procedimiento quirúrgico cesárea teniendo como principales causas son: (Macrosomía fetal , la presencia de cesárea anterior, presentación pélvico , situación transversa, distocia de contractibilidad, y la inducción fallida); por lo que la OMS establece que el porcentaje permitido en el servicio de Obstetricia aceptable internacionalmente es de un 15% en cuanto el acceso de la cesárea, el cual puede subutilizar o recurrir al exceso poniendo en riesgo tanto a la madre como al feto.

En cuanto a la Referencia el 78 % no fueron referidas de otra unidad de Servicios al Hospital, poniendo de manifiesto la poca articulación de la red, problemas del sistema de referencia y respuesta, tomando en cuenta que la procedencia predominante es rural.

La Referencia o cita entregada del Hospital del Sur (proveedor) a la Usuaría post parto / post cesárea a cualquier unidad de servicio de Salud es de un 95 %, ello fortalece la **Continuidad de la atención**, debe monitorearse a través de la Red primaria de Salud. En las Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011 se refiere a la Atención Puerperal es la que se brinda a la puérpera durante los 40 días después de su parto a fin de favorecer la normal evolución de este periodo, prevenir y manejar oportunamente las complicaciones.

En nuestro país un importante número de muertes maternas ocurre en este periodo. Las primeras 24 horas que continúan al alumbramiento es el período donde se producen o agravan la mayor cantidad de complicaciones en la madre, especialmente las vinculadas con sangrado. Considerando también que ocurren muertes maternas durante los primeros días del puerperio, la Secretaría de Salud ha priorizado enfatizar en la atención temprana de la mujer y de su recién nacido en este período, y ha establecido que esta atención se debe antes que la mujer cumpla los primeros 7 días después del parto y en las comunidades donde es posible realizar se está promoviendo la atención puerperal y la captación del recién nacido para su primera atención dentro de los primeros 3 días después del parto.

Continuidad implica según la unidad de garantía de calidad de la Secretaría de Salud en Referencias Básicas de Calidad en Salud 2001 “que el Usuario / cliente pueda recibir la serie completa de servicios de Salud que necesita sin interrupciones, paralizaciones o repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.” En Hospital se midió preguntándole si le dieron cita de atención puerperal antes de los 10 días. (Según normas de atención Materno-Neonatales).

El número de nacidos vivos: 80 recién nacidos ya que hubo un parto gemelar, y tres usuarias del área de maternidad fueron atendidas por óbito fetal extra hospitalario, a pesar de haber llevado controles prenatales, con presencia dos usuarias de desarrollar preclampsia leve, el cual esta patología se convierte en un factor de riesgo reproductivo- biológico establecido en las Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011 cap. Atención Preconcepcional.

De los principales Trastornos o complicaciones (patologías) durante el embarazo se tiene que la Infección urinaria que representa un 71% y la anemia un 29 % lo cual tiene relación con complicación postparto ya que se convierte en un factor de riesgo. Por lo que se encontró que los principales factores de riesgo son la infección de tracto urinario y la anemia, implicando al recién nacido para desarrollar sepsis neonatal temprana o anemia. Según Cunningham F. Gary, Leveno Kennetj J., Bloom Steven L., Hauth John C., Larry C. Gilstrap III, Wenstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición hace referencia que son las infecciones urinarias las complicaciones más frecuentes durante el embarazo y la anemia dentro de los trastornos Hematológicos en el embarazo y puerperio es la anemia por deficiencia de hierro y por pérdida aguda de sangre; dentro de los efectos de la anemia sobre el embarazo hay un aumento del parto pre término, restricción del crecimiento fetal, según la OMS la anemia contribuye al 40% de las muertes en países en desarrollo.

En el Tercer Informe de País de Objetivos del Milenio Honduras, Sistema de las Naciones Unidas, con relación a la muerte materna reporta que la primera causa de muerte materna en Honduras fueron las hemorragias (45 % ), seguida por los trastornos hipertensivos (18 % ) y las Infecciones (12 % );de la muertes registradas el 69% ocurrieron en mujeres de 18 a 35 años .al igual lo establece

en las normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, que refiere revisar las complicaciones en el embarazo, parto y postparto teniendo cómo primera causa la hemorragia postparto, trastornos hipertensivos, y las infecciones. Encontrando en ésta investigación la presencia de 14 pacientes que se complicaron de las cuales; el primer lugar fueron los trastornos hipertensivos (10/14) para un 71% distribuidas siguiente manera Hipertensas gestacional tres pacientes, preclampsia severa una, y preclampsia leve seis; en segundo lugar presentaron hemorragias postpartos cuatro (4/14) para un 29% y se les dio manejo oportuno de acuerdo a normas. Cabe mencionar que en el preparto paciente según procedencia de la usuaria es lejana (62%) ningún paciente hace uso del hogar materno, haciendo ver que no hay un efectivo reordenamiento Hospitalario, falta de promocionar esta área de servicio, siendo parte de la Estrategia Reducción Acelerada Mortalidad Materna-Infantil, lo cual su uso ayudaría para evitar complicaciones tanto en el preparto y postparto y así disminuir el riesgo de Morbimortalidad Materna-Infantil.

En el estudio para evaluar la calidad se hace uso del Instrumento tipo cuestionario, utilizando la técnica encuesta, tomando en cuenta que las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian, el análisis de la calidad a partir de tres dimensiones: estructura, proceso, resultados. Las diferencias encontradas entre los factores sociodemográficos (edad, escolaridad, procedencia, ocupación, ingreso familiar) y la satisfacción de las usuarias del área de Maternidad del Hospital Regional del Sur, indican que cada grupo poblacional tiene una percepción propia que pueden ser dados por mayor nivel de escolaridad, procedencia, mayor ingreso educación y que demanden mejores servicios de salud. Recordar que en el proceso de evaluación y garantía de la calidad es fundamental a la aplicación de la Normativa, lo cual permita un excelente desempeño por parte de los proveedores. Al evaluar la

calidad es necesario establecer indicadores y estándares, recordando la concepción filosófica de la calidad según W. Edwards Deming, padre del movimiento de la gestión de Calidad Total define calidad **como hacer lo correcto, correctamente, desde el principio; desde la primera vez.** En la actualidad, según Chase, en su publicación de Administración de su producción y operaciones Manufactura y servicios 8° ed. Mc Graw Hill Interamericana SA Santa fe de Colombia se refiere **NO SOLO DE QUE SE HAGA LO QUE SE TIENE QUE HACER, QUE LAS PERSONAS LOGREN SENTIRSE BIEN, QUE QUIERAN SEGUIR EN EL MISMO LUGAR, EN EL MISMO CAMINO, SINO QUE LO HAGAN EXCELENTEMENTE.**

Es por ello que es necesario **medir la satisfacción del cliente/usuario** que nos permita obtener información precisa y confiable de acuerdo a lo establecido en el instrumento a desarrollar en una institución pública, en el presente caso Hospital del Sur con el entendido que la satisfacción del usuario es el objetivo de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad. **La gestión de calidad debe tender a garantizar la condición del servicio global de forma que todas las necesidades de cualquier usuario queden satisfechas** referido por Varo Jaime, Gestión Estratégica de calidad en los servicios Sanitarios, un modelo de Gestión Hospitalaria; tomando en cuenta que la motivación de las personas es la tendencia a satisfacer sus necesidades, lo cual tiene una relación directa al comportamiento organizacional del proveedor, refiriéndose fundamentalmente a la conducta humana dentro de la organización ( unidad prestadora de servicios de Salud ) considerando al humano como un todo, el fin ,para ello requiere liderazgo, compromiso el desarrollo de una cultura de calidad que es lo que se debe hacer, así como se debe hacer, ello conlleva valores, principios ,objetivos claros entendimiento de su misión de servir, su visión, inter relación entre el usuario interno y externo, tecnología, revisar entornos , las brechas, su real situación, su comportamiento organizacional holístico, .el cuál debe conducir al desarrollo de una cultura de trabajo, hacia la

excelencia. El desarrollo de estándar **“que todas las usuarias de la maternidad que reciben atención obstétrica del deberán estar satisfechas con la atención recibida “cabe mencionar que el valor mínimo es de un 85 % establecido por el programa de garantía de calidad por parte de la Secretaría de Salud, el estándar ideal es del 100%.Este estándar es medido por Indicador: % de Usuarias que reciben atención obstétrica que están satisfechas con la atención recibida.**

Al evaluar la SATISFACCIÓN DEL USUARIO, **ACCESIBILIDAD** (tiempo de espera menor de una hora) es de un 81.7% y en cuanto costos un 75.60 %, encontramos un **promedio de accesibilidad de un 78.65% de usuarias satisfechas**, manifestando una brecha de **Insatisfacción del 21.35%**, de procedencia lejano (mayor de 10 kms) el 62.2 % y de cercano 10 kms 37.8%. La procedencia del área rural en relación a lugar lejano es de un 78.4%, siendo ocupación ama de casa el 90.2%, ingreso menor a un salario mínimo 66.7 %, escolaridad primaria completa más primaria incompleta en un 68.7% por lo cual menor nivel escolaridad existe mayor conformismo, por ende usuarios no reclaman sus derechos, dado por su patrón cultural; actualmente en el Hospital Regional del Sur se realiza un estudio socioeconómico y se exonera de pago algún usuario con bajo ingreso. Además hay que considerar que el parto su costo es bajo con cobro de 100 lempiras y la cesárea es de 1000 lempiras. Siendo beneficiada por el proyecto de Mesoamérica (financiamiento de la fundación Carlos Slim- Bill Gates y el Banco Interamericano de Desarrollo/ BID) que está subsidiando a los usuarios de este hospital, este proyecto va dirigido a manejo del embarazo con patología, atención de parto y puerperio, atención básica del Recién Nacido, manejo de emergencias obstétricas Quirúrgicas, y no Quirúrgicas, Manejo de Complicaciones del RN, disponibilidad de sangre segura y reordenamiento Hospitalario.

En cuanto a **LA DIMENSIÓN DE LA ESTRUCTURA** dada por ambiente físico, comodidad, suministros, instrumentos y equipo se encontró un **promedio de satisfacción de los servicios prestados a las usuarias de maternidad un 77.83 % satisfacción** ;del cual se divide siguiente manera: al **ambiente físico** en general un 80.48% ésta satisfecha, con predominio de población de 18-35 años en el 68.18 % con ninguna escolaridad 7.57 %, con educación primaria completa más primaria incompleta es del 62.12%, de procedencia rural en un 56.06%, ama de casa en 84.85 %, con usuarias con ingresos de menos de un salario mínimo e un 57.14 %. Segundo lugar, la **Comodidad** satisfecha en un 78.04 %, con rango de edad de 18-35 de 73.43%, educación primaria 59.36%, procedencia del área rural en un 50 %, ama casa un 82.82 %, con ingresos menor al salario mínimo de 54.69%. En cuanto **los suministros** refieren un 75.60 % de satisfacción, con escolaridad de primaria un 62.91 %, procedencia rural del 50.0%, ama de casa en 85.48%, ingreso menor de un salario mínimo el 62.9%. **En Instrumentos y equipo:** un 76.83 % de las usuarias están satisfechas, de las cuales el 69.57 % es del 18 a 35 años, con educación primaria (primaria incompleta más primaria completa) en un 60.32 %, procedencia del área rural en 53.97 %, ama de casa 84.13 %, con un salario mínimo el 57.97%.

Refiriéndose al grado de una **Insatisfacción promedio** es de **22.17 %**.En cuanto al **Ambiente Físico** está en un **19.52 %** insatisfecho; representado por falta de limpieza y problemas de ventilación. **La Comodidad** representa **21.96 %** de insatisfacción representado lo problemas de no Comodidad durante el internamiento, problemas de alojamiento, posición adoptada durante el parto un dados por la relación de ambiente físico, siendo problema la falta de ropa intrahospitalaria ventilación, escases de agua potable en los baños, lavamanos. Para **Suministro Básicos** es de **24.40 %** de Insatisfacción referidos por compra por las usuarias, de algunos materiales como gasas, hilos de sutura etc. Siendo para **Instrumentos y equipo básico** un **23.17 %** insatisfacción, el cual

es referido por población mayor nivel educativo, con procedencia urbana, quienes estaban inconformes debido compra de algunos medicamentos e insumos como es el caso de las pacientes que se les realizó cesáreas o que tuvieron alguna complicación; recordando que éste hospital actualmente es favorecido con financiamiento del proyecto Mesoamérica / BID. En consonancia con la Secretaría de Salud nivel central, Gerencia del Hospital del Sur y Administrado por el comité de apoyo externo; financiamiento que depende de los desembolsos sean oportunos, agilidad en los trámites.

En cuanto a las **DIMENSIÓN DE CALIDAD** medido por indicadores de **PROCESO**: observamos un **promedio de Satisfacción del 86.18 %**, encontramos que del total de usuarias recibieron **consejería** familiar se encontró un **91.46 %** de satisfacción de las usuarias, siendo una política en las salas de la Maternidad, el hecho de que cada paciente ingresada al momento de su alta deberá elegir un método de planificación para su posterior uso en la cita a las unidades de salud a los 40 días.

Referente a la **Información** brindada durante parto y posterior al mismo sobre su parto, si recibió información de parte del personal sobre su estado de Salud, la de su bebe y cuidados debería tener; se encontró que **90%** pacientes se encontraron satisfechas y un **10% insatisfechas**. **La privacidad** se midió cuestionado el hecho que si la usuario al momento del parto hubo personal ajeno a la sala de maternidad por lo que se encontró que un **79 %** de ellas refirieron estas satisfechas, con un **21 % de Insatisfacción**. En cuanto a la **bioseguridad** de la atención parto existe **84% de satisfacción** y un **16% de insatisfacción** siendo esta la percepción de las usuarias, ya que no se les brinda ropa intrahospitalaria, pero al momento de evaluar la sala de maternidad se encontró que hay escases de agua, que el personal laborante no se está haciendo correcto lavado de manos, ni uso de guantes estériles, utilizando guantes desechables, incompleto vestuario para la atención del parto;

recordando que no hay control de entradas y salidas al mismo personal en la sala de maternidad, en cuanto al uso de ropa salen al medio externo lo que se transforma en posible fuente de contaminación midiendo las dimensiones de proceso se obtiene un promedio de Insatisfacción de **14 %**.

Al medir **LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS**, encontramos lo siguiente:

1) **La Satisfacción de las usuarias** de la maternidad medido a través del **Trato humanizado** de la atención recibida, expresada como buena relación interpersonal usuario/proveedor del servicio, no discriminación, respeto; es de **82.9%**, de los cuales la población que mayor demanda está en el rango de 18 a 35 años con escolaridad Primaria Incompleta 22.1%, Primaria Completa de 42.6 % (primaria incompleta más primaria completa es del 64.7%), con procedencia de predominio rural ( distancia mayor de 10 Kms de la comunidad al hospital ) 54.4%, Urbano del 35.3%, Urbano-marginal del 10.3%, siendo ama de casa en 86.8 %, con un ingreso mensual menor al salario mínimo en un 60.3 %.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, consecuentemente es necesario realizar el análisis de satisfacción de los mismos, es un instrumento de medida de la calidad de la atención médica; es por ello que es necesario conocer ¿Que está sucediendo en cada dimensión de la calidad ya sea de estructura, proceso y resultado?, así cómo medirlos utilizando indicadores que permita conocer ¿cuál es la satisfacción parcial y global? en busca de calidad total; Varo Jaime, en Gestión Estratégica de la calidad en los servicios Sanitarios, Un modelo de Gestión Hospitalaria, se refiere “a que la satisfacción podría ser global de los servicios recibidos o parciales, relacionada con cualquiera de sus componentes. El conocimiento de la opinión del cliente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen del centro. La satisfacción del usuario es el objetivo resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad. La gestión de la calidad debe tender a garantizar la condición del

servicio global, de forma que todas las necesidades de cualquier usuario queden satisfechas”. Es por ello que en el presente estudio encontramos que al medir **Satisfacción Global de las Usuarias de la Maternidad del Hospital del Sur**, tomando en cuenta los 11 indicadores definidos en estructura, proceso y resultados: **% DE SATISFACCIÓN** en (Tiempo de espera, Costos, Ambiente físico, Comodidad, Suministros básicos, Instrumento y Equipo básicos, Consejería, Información, Privacidad, Bioseguridad y satisfacción del servicio a través del trato Humanizado), encontramos que es de un **81.44 %**. Resultado por debajo del estándar mínimo de calidad establecido por la Secretaría de Salud que es **85 %**, siendo el ideal de **100%** ,quedando de manifiesto una brecha clara de Insatisfacción del **18.56 %.(19 % )**

## **2) Complicaciones Maternas y Neonatales, así:**

- **Complicaciones Maternas** 14 usuarias de la maternidad del Hospital del Sur de 82 (14/82) para un 17.1% que presentaron algún tipo de complicación siendo un total de catorce las complicaciones obstétricas. En general las complicaciones se distribuyeron de la siguiente manera: preclampsia en 8.5 %, hemorragia postparto 4.9%, hipertensión gestacional 3.7%,

**Al relacionar complicación Materna por grupo etario, escolaridad, procedencia, ocupación, ingresos de las Usuarias encontramos que:**

**Por edad:** menor de 18 años 1 paciente, mayores de 35 años 6 usuarias, representando ambas 7/7 para un 50% %, el grupo etario de 18 a 35 años representó el 50 %; en cuánto a la **escolaridad** con primaria incompleta el 50 %, primaria completa el 28.6 %, con **procedencia** urbana el 50% y urbana marginal un 7.1, rural un 42.9 %; de **ocupación** ama de casa en un 92.9 %; con **ingreso** menor al salario mínimo un 57.1 % de las usuarias

**-Complicaciones Neonatales:** 13 recién nacidos de 80 nacidos vivos, representando un 16.25 %, distribuidas de la siguiente manera: sepsis 10%, prematuridad 3.75%, asfixia 2.5%;

**Al relacionar recién nacidos ingresados con complicación neonatal, sus madres (usuarias de los servicios de maternidad) por grupo etario, escolaridad, procedencia, ocupación, ingresos encontramos:**

De los 13 neonatos con complicación neonatal resultó que son hijos de mujeres de 18 a 35 años el 69.2 %; con primaria completa el 46.2%, con ninguna escolaridad el 23,1%; con primaria incompleta el 15.3 %, de procedencia rural el 46.2%, urbana el 30.8 % y urbano marginal el 23.1 %; ama de casa en 100 %; con ingreso menor al salario mínimo el 61.5% de las usuarias de la maternidad.

Resultando que del total de 82 usuarias del servicio de Maternidad, tres embarazos culminaron con feto estado óbito extra hospitalario, y 80 nacidos vivos, siendo un parto gemelar, Durante su manejo intrahospitalario se hizo uso de las Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011, con uso de partograma con desviación del 3%, manejándose de acuerdo normas establecidas; así mismo un manejo activo del tercer periodo del parto, con respecto a las complicaciones ginecobstetricias encontradas se le dio manejo de acuerdo a las normas. Además hizo uso de formulario para llenado de signos de alarma (signos vitales, loquios, útero contraído) en las primeras dos horas post parto y post cesárea.

En los lineamientos para el abordaje de la Salud Neonatal en Honduras, Secretaría de Salud 2010-2014, se refiere que el 85 % de todas las muertes neonatales están asociadas al bajo peso al nacer y la prematuridad y a otras causas prevenibles como la asfixia perinatal y las infecciones. La mortalidad neonatal está muy ligada a la cobertura institucional del parto, la calidad de la atención prenatal, parto, atención del recién nacido, y la alimentación del recién

nacido. Sin embargo conocemos que la mayoría de las complicaciones del período neonatal son prevenibles, controlables o tratables y asociados con la salud de la mujer”. En el presente estudio encontramos que las complicaciones de los Recién nacidos ingresados producto de las usuarias se presentaron en el orden de Sepsis, Prematurez y asfixia.; llamando la atención sobre todo la ocurrencia de casos de Sepsis en primer lugar, y que posiblemente sean gérmenes transportados al R.N. por el personal sanitario (manos contaminadas) o por material de diagnóstico como causa de Sepsis Nosocomial aspecto que es prevenible referente en las normas Nacionales de atención Materno-Neonatales.( capítulo de atención del Recién Nacido ).

Del total de ingresos (1562) a la sala de neonatología del Hospital del Sur de enero a diciembre del 2014 los problemas infecciosos neonatales tienen alta incidencia constituyendo el 48.3% de los ingresos, representado por sepsis y neonato potencialmente séptico, con Tasa de Mortalidad de 11.5 por 1000 n.v. con Tasa de Letalidad del 2.38%, siguiendo en importancia la asfixia Neonatal que representa el 3.97 %, con una mortalidad del 6.4 por 1000,y letalidad mayor que la sepsis, de un 16.13%,la prematurez es representado neonato extremadamente bajo peso al nacer(peso menor de 1000 gramos ) quienes tienen una letalidad del 100%.En marzo del 2014 se ingresaron 111 neonatos teniendo a la sepsis y neonato potencialmente infectado como la principal causa de egresos (32.43%), siguiendo en importancia la asfixia neonatal, con letalidad del 40% no reportando egresos de prematuros Extremadamente con bajo peso al nacer.

Es así que al revisar ingresos/egresos de la sala de neonato del Hospital del Sur de enero a diciembre 2014 y el mes de marzo del mismo año, observamos la gran problemática de los recién nacidos, haciendo resaltar como prioridades las complicaciones por causas infecciosas, asfixia y prematurez ratificando los hallazgos del presente estudio; lo cual conduce a un gran reto a mejorar.

## **VII. CONCLUSIONES**

1-Las principales características sociodemográficas encontradas en el estudio relacionado con la Salud reproductiva de la mujer son la edad, escolaridad, procedencia, ocupación, Ingreso económico familiar, variables que definen el mayor o menor riesgo reproductivo de las Usuaris de la Maternidad del Hospital del Sur, Choluteca.

2-La atención por grupo etario y embarazo es relevante la presencia de usuarias con edades extremas (embarazo adolescente y mayores de 35 años) representando un tercio de la atenciones; predominando las usuarias con baja Escolaridad (educación primaria), procedencia rural, lejana, con ocupación oficios domésticos (ama de casa), con menor ingreso económico (menor de un salario mínimo), lo cual favorece a la Inaccessibilidad a los servicios de salud de la usuaria a la maternidad del Hospital Regional del Sur. Condicionando a mayor riesgo reproductivo favoreciendo el incremento de la morbimortalidad Materno-Neonatal.

3-Hay deficiencias en la aplicación de la normativa nacional Materno-Neonatal por la Red de Servicios Hospital del Sur y Red primaria de la región Sanitaria para (control prenatal, baja captación temprana del embarazo, en la Realización de Ultra Sonografía, Exámenes de laboratorio de rutina, vacunación antitetánica, educación en transmitir conocimientos de los signos de alarma, charlas educativas sobre el embarazo y lactancia materna, referencia y respuesta.) aunado la procedencia rural de las usuarias y sobre todo lejana , tener bajo ingreso económico , y la limitante funcional del proveedor (Hospital).

4- Las infecciones de tracto urinario y Síndrome Anémico son las principales causas de complicaciones durante el embarazo.

5- El motivo de internamiento se resolvió en un veintiséis por ciento por Cesárea y Parto un setenta y cuatro por ciento.

6-Existen deficiencias en la articulación de la Red de Servicios de Salud ya queda de manifiesto que solo un veintidós por ciento de las usuarias fueron referidas a la Maternidad del Hospital del Sur.

7-La continuidad de la atención medido por referencia o indicación de cita a las Usuaris postparto fue de un noventa y cinco por ciento, la cual debe ser del 100%, ya que en este período es fundamental para prevenir y manejo oportuno de complicaciones materno-neonatales.

8-los métodos de planificación refirieron la mitad de las usuarias utilizarían el método inyectable Depoprovera (3M), en segundo lugar realizarían AQV y en tercer lugar Inserción DIU.

**9- La Satisfacción Global de las Usuaris de la Maternidad del Hospital del Sur** es de un 81.44 % resultado por debajo del estándar mínimo de calidad establecido por la Secretaría de Salud que es 85 %, siendo el ideal de 100% ,quedando de manifiesto una brecha de Insatisfacción del 18.56 %.

10- Las principales **Complicaciones Maternas y Neonatales:** complicaciones Maternas diez y siete por ciento representado por preclamsia, hemorragia postparto, hipertensión gestacional. Complicaciones neonatales presentadas fue del diez y seis por ciento representado por sepsis, prematurez y asfixia. Con manejo de acuerdo a Normas Nacionales Materno-Neonatales en un cien por ciento de los casos tanto en la madre cómo en el niño, causas que en su mayoría son prevenibles, controlables y tratables.

## VIII. RECOMENDACIONES

1-Desarrollo e implementación de un plan de Información, Educación, y Comunicación Intra y extramuros de los proveedores de servicios de salud Hospital del Sur y Red Primaria en cada municipio; incluyendo clínicas privadas y hospitales privados e IHSS que contenga:

- identificación de factores de Riesgo Reproductivo
- promoción de la atención preconcepcional oportuna seis meses antes de su embarazo,
- prevención del embarazo en adolescente
- señales de alerta de peligro en el embarazo parto y puerperio
- promoción del parto limpio y seguro e institucional
- consejería en Planificación Familiar , VIH-SIDA, Y Enfermedades transmisión vertical
- promoción del PAI
- Socializar los Derechos y deberes del usuario
- Misión y Visión institucional

2-Promover la captación temprana del Embarazo Mediante :(aplicar norma 1, del control prenatal), llenado de listado de Mujeres en edad Fértil (LISMEF) y de Mujeres Embarazadas (LISEM). Su revisión y análisis periódico, aprovechar la entrega de paquetes básicos de atención, actividades extramuros y cualquier contacto con la comunidad. Evitar rechazos cuando una embarazada solicita atención y aprovechar todo contacto de atención en que esté involucrada una embarazada (oportunidades aprovechadas). Fortalecer la Clínica de atención al adolescente.

3- Garantizar los servicios de laboratorio y USG. Mediante el apoyo de la RED primaria de laboratorio Regional y municipios, readecuación de horarios para laboratorio y USG del Hospital, priorizando la embarazada, se debe continuar

fortalecimiento la descentralización del USG experiencia exitosa en CMI de San Marcos de Colón y CMI de Concepción de María.

4-Fortalecer la vacunación en la mujer Embarazada, monitoreo de los listados en Hospital y Red primaria. Fortalecer el conocimiento en señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio tanto al proveedor cómo a las usuarias de los servicios.

5-Tramitación Oportuna de las patologías en el embarazo, aplicación de normas .Realizar una investigación del porque esa alta resolución del embarazo (26 %) por cesárea, que permita medidas correctivas efectivas.

6-Implementación de un Sistema de Referencia y Respuesta con seguimiento y Monitoreo oportuno, estableciendo canales de comunicación, petición y rendición de cuentas.

7- Promover el **PLAN INDIVIDUAL DEL PARTO**. Revisar los tiempos de espera y costos tanto del servicio internamiento, atención del parto y Cesárea, cómo de Laboratorio, USG, otros.

Realizar estudios socioeconómicos a las usuarias, Garantizar la sostenibilidad a través de los ingresos propios de éstas atenciones vayan dirigidos a la atención de la mujer en el embarazo, parto y postparto. Aprovechar al máximo el apoyo técnico financiero del proyecto Meso-América /BID.

8- Mejoramiento de la Infraestructura: Ventilación aires acondicionados y equipamiento, con abastecimiento de los medicamentos e insumos, suministros y equipos esenciales, ropa .abastecimiento permanente de agua potable.

9-Fortalecer los procesos de Consejería, Información, privacidad y Bioseguridad supervisión y monitoreo continuo de éstas dimensiones de Calidad. Fomentar el desarrollo de una cultura de trato Humanizado a toda usuaria de los servicios de Maternidad, mantener un clima de armonía y respeto.

10-Promover y Garantizar parto limpio y seguro, Atención adecuada del recién nacido haciendo énfasis en las medidas de **Bioseguridad (lavado de manos, uso de guantes, equipo y ropa estéril) Monitoria del Partograma.** Capacitación e implementación y seguimiento de las normas Nacionales Materno-Neonatales, Monitoreo y cumplimiento a indicadores del Proyecto Mesoamérica.

11-Desarrollo del Modelo Atención Familiar y Comunitario en la red primaria y de la estrategia Reducción Acelerada Mortalidad Materno Infantil (**RAMNI**).

12-Análisis de desempeño de los servicios del Hospital supervisión sistemática, énfasis del área de maternidad, Desarrollo de Planes de Mejora Continua de Calidad, Continuar con el reordenamiento Hospitalario y desarrollo de la gestión por resultados. Elaborar e Implementar un Plan estratégico en sus 4 grandes líneas: 1-Orientar la Organización al cliente, 2-Garantizar la calidad de prestación de Servicios 3-Fomentar el uso eficiente de los recursos 4-Petición y rendición de cuentas, administración por resultados.

13-Profundizar en Investigación que es lo que realmente sucede en la red interna de servicios del Hospital así como la red de Atención primaria de la Región Sanitaria del Departamento de Choluteca. Responder a la pregunta ¿Por qué se presentan en esa magnitud esas complicaciones Materno Neonatales? Evaluar los servicios mediante Investigación cualitativa, “Percepción de la Satisfacción de los Servicios del Hospital”

14-Fortalecimiento del Rol rector y regulador de la Secretaría de Salud, Realizar encuentros Hospital y Red primaria, IHSS, Hospital San Lorenzo, Hospitales Privados Clínicas privadas de cómo abordar ésta problemática de salud de la mujer y el niño, que permita realizar acciones técnicas, científicas y humanas efectivas hacia la excelencia de la atención en pro de la satisfacción de las usuarias, en respuesta a esas necesidades sentidas y expresadas.

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Alarid Jaime Humberto, Breves Notas de Calidad, OPS/ OMS 1997, pg3,4,7, 157-158)
2. Cunningham F. Gary, Leveno Kennetj J., Bloom Steven L., Hauth John C., Larry C. Gilstrap III, Edstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición págs. 12
3. Cantú Delgado Humberto, Desarrollo de una Cultura de Calidad, segunda edición, año 2001, pág. 32-34)
4. C.H. Lovelock y R. F. Young, "Look to Customers to Increase Productivity", Harvard Business Review 57, no.2, pp. 168 – 78. Citado por Chase, et al, 2000. Administración de producción y operaciones Manufactura y servicios. 8° ed. Mc Graw – Hill INTERAMERICANA, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia. Pg.885.
5. Castañeda, C. Gonzales R. A. Propuesta para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud el primer nivel de atención. Servicio de salud de Nuevo León, México (C.H. Lovelock y R. F. Young, "Look to Customers to Increase Productivity", Harvard Business Review 57, no.2, pp. 168 – 78. Citado por Chase, et al, 2000. Administración de producción y operaciones Manufactura y servicios. 8° ed. Mc Graw – Hill INTERAMERICANA, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia. Pg.885).
6. Chase, et al, 2000. Administración de su producción y operaciones Manufactura y servicios. 8° ed. Mc Graw – Hill INTERAMERICANA, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia. Pág.885.
7. Donabedian Avedis La calidad de la atención médica Definición y métodos de evaluación, Evaluando la calidad del cuidado médico .La prensa mexicana SA, México DF 1984 ).Secretaria de Salud Honduras, Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, 1999
8. Guaspari John, Fabula sobre la Calidad, Editorial Norma, Bogotá, 1996.

9. Gustavo López, Patricia Aguilar, Sánchez Teresita, Salud Pública de México, Percepción de la Calidad de los Servicios de la Salud en México; perspectiva de los usuarios , Vol. 40, No.1 Enero – febrero 1998.
10. Instituto Nacional de Estadística- INE/Secretaría en el despacho de la presidencia, ENDESA- Encuesta Nacional de Demografía y salud 2011-2012.
11. Instituto Centroamericano de la Salud - ICAS, Costa Rica, Salud con Calidad ¿Cómo medir la calidad en los servicios de salud? Tres simples pasos hacia la calidad. Manual para Gerentes y otros funcionarios del nivel primario de Salud. Proyecto Salud con Calidad, Mayo 2000, pág. 3.
12. Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information Program, Center for Communication Programs. La atención centrada en el cliente, Volumen XXVI, Numero 3 Noviembre de 1998 Serie J, Numero 47. 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA).
13. Kotler y Armstrong. Mercadotecnia. Prentice – Hall Inc. Sexta Edición. 1996. Pg.655 – 685 )
14. Océano Uno. Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Océano Grupo Editorial, S.A. 1995 y Enciclopedia Encarta 1997.
15. Peters T. Triving on chaos, New York: Knopf, 1987, Edición en Castellano: Del caos a la excelencia, Barcelona, 1990.
16. Plan de Gobierno de Honduras, 2014-2018
17. PRIME II, USAID. Mejoramiento del desempeño - Agosto 2002
18. Robbins, Stephen Comportamiento Organizacional, Conceptos, Controversia y Aplicaciones 3ra edición 1987.
19. Rooney Anne L, R.N, MS. MPH, Paul R. van Ostenberg, DDS.MS, Licenciatura, Acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de calidad de los servicios de salud USAID. abril 1999, pág. 10.

20. Sampiere Hernández Roberto, Collado Carlos Fernández, Lucio Pilar Bautista, Metodología de Investigación, Mc Graw-HILL, 2a.
21. Schneider y Brower (1995) citado por Cantú. Desarrollo de una cultura de calidad. Segunda edición. Mc Graw – Hill / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México, D.F. 2001).
22. Secretaría de Salud, Departamento de Estadísticas Región No. 6 Choluteca
23. Secretaría de Salud Departamento de Estadísticas Hospital del Sur, Choluteca, Monitoria y Evaluación 2013.
24. Secretaría de Salud Departamento de Hospitales/USAID/ULAT .Directrices y Lineamientos para el reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, segunda fase, Febrero 2013
25. Secretaría de Salud, Foro de Socialización e Implementación de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescente en el Marco de la Campaña Salud Infantil Primero. Acuerdo Municipal, 2013.
26. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Riesgos Poblacionales, Subsecretaría de Redes de Servicios, Dirección de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Atención a la Familia, OPS, Lineamientos para el Abordaje de la Salud Neonatal en Honduras,2010-2014
27. Secretaría de Salud, Plan Nacional de Salud 2010-2014
28. Secretaria de Salud - República de Honduras Normas Nacionales para la Atención Materno – Neonatal, Mayo 2011
29. Secretaria de Salud, Unidad de Garantía de Calidad Boletín, Trimestral No. 10 “Salud con calidad”. 1999.
30. OPS/OMS, Secretaria de Salud , Unidad de Garantía de Calidad Manual de gerencia de la Calidad Manual Operativos PALTEX , Volumen III, 1996,pág 2
31. Secretaria de Salud , Unidad de Garantía de la Calidad, Referencias Básicas de Calidad en Salud 2001

32. Secretaria de Salud, Unidad de salud de Garantía de Calidad ,Boletín de Referencias Básicas de Calidad 2011
33. Secretaria de Salud, Unidad de salud de Garantía de Calidad , Departamento Desarrollo de Servicio de Salud Boletín Derechos y Deberes de los pacientes, 2011
34. Secretaria de Salud, Política de Calidad en Salud en Honduras, Sistema Nacional de Calidad en Honduras Febrero 2011, pág. 5-31
35. Secretaria de Salud , Unidad de Garantía de Calidad Modelo nacional de salud Secretaria de Salud –SESAL, mayo 2013
36. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Riesgos Poblacionales Honduras, perfil de país, Objetivo de Desarrollo del Milenio No 4, Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, programa de atención a la niñez, Septiembre 2010, pág. 91-100
37. Secretaría de Salud, Upeg, Guía para la recolección de la evidencia veraz del plan de monitoria y evaluación de la RAMNI, julio 2010
38. Sistema de las Naciones Unidas en Honduras, Objetivos de Desarrollo de Desarrollo del Milenio, Tercer informe de país, Honduras 2010
39. Theodore Levitt, “Production – Line Approach to Service”, Harvard Business Review 50, no. 5, September – October 1972, pág 41 – 52. Citado por Chase, et al, 2000. Administración de producción y operaciones Manufactura y servicios. 8° ed. Mc Graw – Hill INTERAMERICANA, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia. Pág. 885
40. Varo Jaime , Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Un Modelo de Gestión Hospitalaria, 1994

## X. ANEXOS:

## ANEXO 1:

### 1.1- EVENTOS OBSTÉTRICOS POR MES Y AÑO, HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, CHOLUTECA, HONDURAS C.A. 2013

MES	PARTOS	CESÁREAS	TOTAL
ENERO	458	139	597
FEBRERO	363	120	483
MARZO	424	110	534
ABRIL	422	139	561
MAYO	400	129	529
JUNIO	372	117	489
JULIO	378	134	512
AGOSTO	390	129	519
SEPTIEMBRE	437	139	576
OCTUBRE	454	153	607
NOVIEMBRE	369	130	499
DICIEMBRE	403	135	538
<b>TOTAL</b>	<b>4870</b>	<b>1574</b>	<b>6444</b>

Fuente: Secretaría de Salud, Departamento de Estadísticas Hosp. Regional del Sur, 2013

### 1.2- EVENTOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES HOSP REGION DEL SUR, CHOLUTECA, HONDURAS C.A. 2014

EVENTOS	ENERO-DICIEMBRE/2014	MARZO/2014
PARTOS	4514	385
CESAREA	1421	104
INGRESOS A SALA DE NEONATO	1562	111

Fuente: Secretaría de Salud, Departamento de Estadísticas Hosp. Regional del Sur, 2014

### 1.3-EGRESOS SEGÚN CAUSA, TASA DE MORTALIDAD, TASA DE LETALIDAD EN LA SALA DE NEONATOLOGIA. HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, CHOLUTECA, ENERO-DICIEMBRE/2014 Y MARZO DEI 2014, -No. DE INGRESOS AÑO 2014 EN NEONATO ENERO-DICIEMBRE (1562), INGRESOS MARZO (111); **N=INGRESOS**

CAUSAS	egreso	%	No. muertes	Tasa Mortal /1000	Tasa Letal /100	egreso	%	No. Muertes	Tasa Mortal /1000	Tasa Letal /100
	Enero-Dic2014 N=1562					marzo 2014 N=111				
Sepsis Neonatal	497	31.8	13	8.32	2.6	31	27.9	1	9.0	3.22
Potencial Séptico	258	16.5	5	3.20	1.94	5	4.5	0	0	0
Asfisia Neonatal	62	3.97	10	6.4	16.13	5	4.5	2	18.02	40.0
Prem (ext BPN )	3	0.19	3	1.92	100	0	0	0	0	0

Fuente: Secretaría de Salud, Departamento de Estadísticas Hosp. Regional del Sur, 2014

## **ANEXO No.2**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**ESTIMADO:**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**INTRODUCCIÓN:** Este estudio está siendo llevado a cabo por el Postgrado de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de nuestra Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

**CONFIDENCIALIDAD:** La información que usted nos brinde es totalmente confidencial y no será revelada a persona alguna; se utilizará únicamente para propósito de investigación científica. Su nombre, dirección y cualquier otro dato personal serán eliminados de nuestros documentos y utilizaremos únicamente códigos que nos permitirán establecer una conexión entre sus respuestas y nuestro estudio.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:** Su participación es completamente voluntaria, si tiene alguna pregunta acerca del estudio puede hacerla personalmente al encuestador.

**CONSENTIMIENTO:** Al firmar el presente consentimiento se entiende que usted ha comprendido y ha aceptado participar voluntariamente en el estudio.

**LEÍDO POR EL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **LEÍDO POR ENCUESTADOR** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO** \_\_\_\_\_ **SIN CONSENTIMIENTO** \_\_\_\_\_

**Firmas Expreso mi consentimiento para participación en el estudio**

**“LA CALIDAD DE ATENCION A LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR DE CHOLUTECA, HONDURAS C.A”**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_

**TESTIGO:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_

## ANEXO No.3 CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TEMA:

“CALIDAD DE ATENCION A LAS USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR DE CHOLUTECA, HONDURAS C. A”

MODELO DE ATENCION: MATERNIDAD HOSPITAL REGIONAL DEL SUR, CHOLUTECA

Llenar cada uno de los datos solicitados a continuación:

DATOS GENERALES

SALA: \_\_\_\_\_

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_
2. EDAD: \_\_\_\_\_
3. ESTADO CIVIL: C\_\_ S\_\_ UNIÓN LIBRE:\_\_\_ DIVORCIADA\_\_
4. ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_
5. LUGAR DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_
6. OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_
7. INGRESO FAMILIAR \_\_\_\_\_
8. HISTORIA GINECOOBSTETRICOS: G: P: C: A: O: HV: HM:
9. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: \_\_\_\_\_
10. ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS: \_\_\_\_\_
11. TABAQUISMO- ALCOHOLISMO: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
12. VIOLENCIA FAMILIAR : SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

### I ETAPA: EVALUACION DE LA ATENCION DEL CONTROL PRENATAL

13. ¿Llevo control prenatal? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ DONDE \_\_\_\_\_  
Si su respuesta es afirmativa ¿Cuántos controles prenatales tuvo durante su embarazo? \_\_\_\_\_

14. A partir de cuantas semanas se puso en primera vez a control prenatal:  
Antes 12 sg \_\_\_\_\_ después 12 sg \_\_\_\_\_

15. Se realizó USG obstétrico antes de las 12 sg ? : SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
PORQUE \_\_\_\_\_

16. Se realizó exámenes de rutina antes de las 20 sg ? : SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si su respuesta es No, explica porque no se los realizo \_\_\_\_\_  
Si su respuesta es SI, identifique cuales exámenes se realizo \_\_\_\_\_  
HG\_\_\_\_, VDRL\_\_\_\_, TIPO Y RH\_\_\_\_, GLUCOSA\_\_\_\_, EGO\_\_\_\_\_

17. Se aplicó vacuna antitetánica durante el embarazo? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
PORQUE\_\_\_\_\_
- Si su respuesta es afirmativa; identificar cual dosis se aplicó durante este período: Esquema Vigente \_\_\_primera dosis \_\_\_ segunda dosis \_\_\_ Refuerzo\_\_\_\_\_
18. Durante sus controles de embarazo en la unidad de salud se le explico sobre los signos de alarma durante el embarazo? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
19. Recibió charlas educativas sobre el embarazo y parto en sus controles prenatal es esta unidad de salud? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
20. Durante sus controles de embarazo tuvo alguna enfermedad o problema de salud? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_  
De ser su respuesta afirmativa se le brindo manejo oportuno a su patología de acuerdo a las normas Nacionales Materno- Neonatal.  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_, fue referida al Hospital SI\_\_\_\_, NO\_\_\_\_\_
21. Presenta alguno factor de riesgo durante su embarazo? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
\_\_\_\_ especificque\_\_\_\_\_

## II ETAPA: INTERNAMIENTO

22. ¿Cuál es su motivo de internamiento?  
ATENCIÓN PARTO\_\_\_\_\_ CESAREA \_\_\_\_\_
23. ¿El tiempo que usted tuvo que esperar para ser atendida por el médico o enfermera el día de su internamiento en la clínica le pareció adecuado, menor de una hora)?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
24. ¿Recibió información de parte del personal sobre su estado de salud?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
25. ¿Recibió usted un buen trato de parte del personal que le atendió?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

26. ¿Mientras estaban atendiendo su parto la vieron otras personal o entraron personas ajenas en la sala de parto?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
27. ¿Cumplieron las medidas de protección durante la atención de su parto?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ PORQUE\_\_\_\_\_
28. ¿Confía como la atendió el personal durante su internamiento?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
29. ¿Estuvo cómoda durante su internamiento? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
30. ¿Estaban limpia la sala durante su internamiento?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
31. ¿Estaban limpios los baños sanitarios durante su internamiento?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
32. ¿Considera el ambiente físico de esta unidad como bueno?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
Si su respuesta es NO, especifique la razón del porque\_\_\_\_\_
33. En relación a abastecimiento efectivo de los medicamentos identificados como esenciales, tuvo que comprar alguno? :SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
Si su respuesta es afirmativa especifique nombre del medicamento tuvo comprar\_\_\_\_\_
34. En relación con los instrumentos y equipo contaba con todos los de insumos necesarios? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
Si su respuesta es No especifique cual insumo hizo falta\_\_\_\_\_
35. Distancia de llegada desde su lugar de procedencia a esta unidad de servicio de Salud es:  
CERCANA (menor a 10 kms) \_\_\_\_\_ LEJANA\_\_\_\_\_ (mayor a 10 kms)
36. El Parto institucional de procedencia postergada se pudo alojar en el hogar materno? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_
37. ¿Considera los costos del servicio brindado como aceptables?:  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

### III ETAPA: EVALUACIÓN DE PACIENTES POSTPARTO

38. Presento alguna complicaciones posterior al parto (hemorragia, pre eclampsia o eclampsia e Infecciones, u otras) ?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
Si su respuesta es afirmativa identificar complicación Obstétrica:
39. El neonato presento alguna complicación al nacer: asfixia, prematuréz o sepsis? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_
40. Le informaron sobre métodos para planificar y espaciar sus embarazos posterior al parto? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
41. ¿Con qué método planificará?  
Anticonceptivos (ACOs) \_\_\_\_ DIU \_\_\_\_ Métodos de barrera \_\_\_\_  
Esterilización Quirúrgica (AQV) \_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_
42. Le informaron sobre las señales de peligro posparto y del recién nacido?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
43. Le dieron cita a atención puerperal antes de los 10 días? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
44. En general por los servicios brindados en esta unidad se considera satisfecho ? (trato humano )  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_
45. Usted recomendaría los servicios atención Obstétrica de esta unidad de Salud a otra persona? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

### IV ETAPA: EVALUACIÓN POR EL ENCUESTADOR

46. Al momento de la atención del parto se llenó correctamente el partograma?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_
47. Hubo desviación de la Curva de Alerta del partograma? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
Si su respuesta es afirmativa, se tomaron las medidas oportunas de acuerdo a las Normas Nacionales Materno Neonatal.

48. Se realizó manejo activo del tercer periodo del parto (aplicación de oxitocina, masaje uterino, tracción y contracción del cordón umbilical)?.  
SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_ Porque

49. De presentar alguna complicación ginecobstétrica (Hemorragias postparto, Trastorno Hipertensivo, infecciones) durante trabajo de parto, parto, y postparto inmediato se dio manejo de acuerdo a las Normas Nacionales Materno Neonatal?  
SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  
Explique\_\_\_\_\_

50. Se realizó monitoreo de los signos vitales durante las primeras dos horas post-parto o post-cesárea (pulso, presión arterial, loquios, contractibilidad?)

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_ PORQUE\_\_\_\_\_

51. Se presentó alguna complicación neonatal, SI\_\_\_\_NO\_\_\_\_

Se dio manejo de acuerdo a las Normas Nacionales Materno Neonatal?  
SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  
Explique\_\_\_\_\_

## ANEXO 4: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### DEFINICIÓN:

#### (SD) SOCIODEMOGRAFICA

**Edad** : Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Características: Menor de 18 años, 18-35 años, Mayor de 35 años.

**Estado civil:** Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Características: Casada, Soltera, Unión Libre, Otros.

**Escolaridad:** Tiempo durante el cual una persona asistió a la escuela o a cualquier centro de enseñanza: Primaria Completa /Incompleta, Secundaria Completa/ Incompleta, Universitaria Completa/Incompleto. Ninguno.

**Lugar de Procedencia:** Origen de una persona, donde actualmente radica o vive, Características: Urbano, Urbano-marginal, Rural.

**Ocupación:** Es el trabajo realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario. Características: Oficios domésticos, Maestra, Comerciante, Estudiante, Otros

**Ingreso Familiar:** Total de ingresos de todos los miembros de un hogar de 15 años o más. Características: > Lps. 6,000.00 < Lps. 6,000.00

**Historia Gineco-Obstetra:** Son los antecedentes relacionados con el embarazo, el parto y postparto. Características: Gesta, Paridad, Cesárea, Aborto, Óbito, Hijos vivos, Hijos muertos.

**Antecedentes personales patológicos:** Son los factores de riesgo reproductivo relacionados con la salud de la mujer. Características: Hemorragias postparto, Infecciones, Hipertensión.

**Antecedentes familiares patológicos:** Son los factores de riesgo reproductivo relacionados con la salud de la familia. Características: Diabetes Hipertensión, Cardiopatía

**Consumo de sustancias peligrosas:** Son el consumo de drogas que ponen en riesgo la salud de la mujer y por ende la del niño. Características Tabaco, Alcohol, Drogas en general, Otras

**Violencia familiar:** La violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno de los demás o contra todos ellos Características Si /No

**Factores de riesgo:** Presencia de factores riesgo como Multípara, Toxemia, etc. Características: Si /No

## **(E) ESTRUCTURA**

### **Accesibilidad**

**Tiempo de espera:** Es el tiempo que tarda para ser atendida por el proveedor de servicios de salud desde su llegada hasta su salida, mide acceso al servicio. Características: Si/No

**Costos:** es el valor en Lps por atención a la usuaria por internamiento, atención del parto, Cesárea, Laboratorio, USG, Medicamentos, Materiales Médico Quirúrgicos, otros.

**Tiempo de al servicio:** cercana (menor de 10 ms) , lejana (Mayor de 10 Kms )

**Comodidad:** Es un derecho a sentirse cómodo durante la estadía en el servicio de salud Características Si/No

**Instalaciones físicas:** Servicio de limpieza durante su internamiento, Sanitarios limpios evitando así el riesgo de proliferación de microorganismos, bacterias, parásitos etc. en el entorno, ambiente físico, de ventilación, Características: Si/No

**Suministros Básicos:** Abastecimiento de medicamentos oportuno, Características Si/No

**Instrumento y equipo básico:** Abastecimiento de equipo médico necesario para el funcionamiento de la sala para una atención oportuna y efectiva, Características Si/No

**Acceso Geográfico:** Tiempo de llegada desde su comunidad, de procedencia Cercana /Lejana

**Comodidad:** Alojamiento de las usuarias en el la Maternidad durante su internamiento, estuvo cómoda y en la posición que deseo durante el parto, Características Si/No

**Acceso Económico:** Aceptación de los costos del servicio prestado, Características Si/No

## **(P) PROCESO**

**Control prenatal:** Evaluaciones periódicas mensuales en cuales se evalúa la evolución crecimiento fetal Características: Si /No Número controles 1 – 2, 3 – 4, >=5, Antes de 12 semanas/ Después de las 12 semanas.

**Ultrasonografía (USG):** Estudio radiológico para evaluación del embarazo, Características: Si/No

**Exámenes de laboratorio:** Prueba laboratorio en sangre, orina de la embarazada Identificando factores de riesgo y patologías. Hb, HT, VDRL, VIH, Tipo –RH, Glucosa, EGO (orina).

**Vacunación (antitetánica):** Toxoide Tetánico, Aplicación de la vacuna antitetánica según esquema de las Normas del PAI. Características: Si: Primera dosis\_\_ Segunda dosis\_\_\_\_, Refuerzos \_\_\_\_\_, No\_\_\_\_ otras: TD:\_\_\_\_\_

**Consejería en signos de alarma:** orientación sobre peligros en mujeres embarazadas (sangrado vaginal, fiebre, edema, ausencia de movimiento fetal) Características: Si/ No

Charlas educativa impartir educación sobre algún tema particular Características Si/No

**Privacidad:** Es un principio de ética y de respeto a la confidencialidad de los pacientes Características Si/No

**Bioseguridad:** Medidas de protección y asepsia para la atención del parto como medida de prevención en procesos, Características Si/No

**Consejería:** Información sobre métodos para planificar y espaciar sus partos Características Si/No

**Método planificar:** medida utilizada para espaciar hijos características: ACO, DIU, Métodos de barrera, Esterilización Quirúrgica

**Consejería postparto:** Información sobre señales de peligro postparto y de recién nacido Características Si/No

**Partograma:** Llenado correcto de la información al momento de la atención del parto. Características Si/No

**Normalización:** Aplicación y Manejo de acuerdo a normas, se refiere a “que es lo que se debe hacer “consta de procedimientos “como se debe hacer “. Ejemplo qué y cómo hacer en cualquier complicación gineco-obstétricas, y neonatales, Características: Si/No

## RESULTADOS

**Satisfacción del Usuario (Trato humanizado):** Se refiere a la percepción general de la atención recibida, expresada cómo buena relación interpersonal, lo cual comprende buen trato, no discriminación, respeto visto desde los usuarios, Características Si/No

**Atención clínica:** atención por del usuario por parte del proveedor de acuerdo a normas en el Manejo activo del tercer periodo del parto, Monitoreo de signos vitales (pulso, presión arterial, loquios, contractibilidad) durante las primeras dos horas post parto o post cesárea, Características: Si/No

**Problemas de salud:** Presencia de patologías o enfermedades en el embarazo. Características: Si/No

**Motivos de Internamiento:** Razón por la cual ingresa a la sala de maternidad Características: Atención de parto/ Cesárea.

**Complicación postparto:** Presencia de hemorragia, pre eclampsia, infecciones u otras. Características: Si/No

**Complicación postnatal:** Presencia de alguna complicación de Mordí-Mortalidad posterior al nacimiento del niño (a), Características: Si/No



# ANEXO 6: PARTOGRAMA

**POSICION**

VERT.	HORIZONTAL
TODAS	MULTIPARAS
INTE-GRAS	INTE-ROTAS
GRAS	GRAS

**NOMBRE Y APELLIDO**

\_\_\_\_\_

**Nº DE HISTORIA CLINICA**

\_\_\_\_\_

**PARTOGRAMA - CLAP - Opciones**

**VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10**

0-15	0-15	0-05	0-30	0-20
0-25	0-25	0-10	0-35	0-35
0-35	0-40	0-25	0-40	0-50
1-00	0-55	0-35	1-00	1-05
1-15	1-25	1-00	1-30	1-25
2-10	2-30	2-30	3-15	2-30

**PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICION**

DILATACION CERVICAL \_\_\_\_\_

DILATACION CERVICAL \_\_\_\_\_

ROTURA ESPONTANEA MEMB. (REM) \_\_\_\_\_

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM) \_\_\_\_\_

**DOLOR**

Intensidad: Fuente +++; Cervical ++; DNIH +; LOCALIZACION: Suprapubico SP; Sacro S

**OBSERVACIONES**

Meconio MI; Dips I; Dips II; Dips Variables V

**POSICION MATERNA**

Lat. Derecho LD; Lat. Izquierdo LI; Dorsal D; Semisentada SS; Parada o caminando PC

**PLANOS**

I - De Lee

II - -2

III - 0

IV - +4

**DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA**

g | j | i | h | g | f | e | d | c | b | a

**HORA REAL**

14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0

**POSICION MATERNA**

**TENSION ARTERIAL**

**PULSO**

**FRECUENCIA CARDIACA FETAL**

**DURACION CONTRACCIONES**

**FREC. CONTRACCIONES**

**DOLOR / Localiz. / Intens.**

**OBSERVACIONES**

**ANEXO: 7**

**SECRETARÍA DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE ATENCION INTEGRAL A LA FAMILIA**

**Hoja de Monitoreo de signos vitales pos parto o pos cesárea**

Hospital o CMI: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ No. De Expediente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora del Parto: \_\_\_\_\_

No de Evaluación	Hora	P/A	Pulso	Loquios			Útero contraído	
				Normal	Abundantes	coágulos	Si	No
1(15')								
2(30')								
3(45')								
4(60')								
5(90')								
6(120')								

## **ANEXO. 8**

### **Componentes de la exploración ecográfica estándar por trimestres:**

#### **I Trimestre**

- Identificación del sitio del saco gestacional.
- Identificación del embrión o del saco vitelino.
- Medición de la longitud coronilla-rabadilla.
- Actividad cardíaca.
- Número de fetos, que incluya el número de amnios y corión de los múltiples productos gestacional
- Evaluación del útero, los anexos, y los fondos de sacos.

#### **II y III Trimestre**

- Número de fetos
- Presentación
- Movimiento cardíaco fetal
- Sitio de inserción placentaria
- Volumen de líquido amniótico
- Evaluación de la edad
- Estimación del peso fetal
- Evaluación en busca de masas pélvicas en la mujer
- Estudios de la anatomía fetal

Modificado con autorización del American Institute of Ultrasonido in Medicine, 2003/ Cunningham F. Gary, Leveno Kennetj J., Bloom Steven L., Hauth John C., Larry C. Gilstrap III, Edstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición págs. 391.

## **ANEXO.9**

### **Algunas indicaciones para practicar la exploración ecográfica en el I Trimestre:**

- Confirmar que el embarazo es intrauterino
- Valorar la sospecha de embarazo ectópico
- Definir la causa de sangrado vaginal
- Evaluar el dolor pélvico
- Confirmar la edad gestacional
- Diagnosticar o evaluar gestaciones múltiples
- Confirmar la actividad cardíaca del feto
- Facilitar la obtención de muestras de vellosidades coriónicas
- La transferencia de embriones y la localización y extracción de dispositivos intrauterinos
- Evaluar masas pélvicas o anomalías uterinas en la gestante
- Valorar la enfermedad trofoblástica gestacional sospechada

Con autorización del American Institute of Ultrasound in Medicine, 2003/ Cunningham F. Gary, Leveno Kenneth J., Bloom Steven L., Hauth John C., Larry C. Gilstrap III, Edstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición págs. 391.

## **ANEXO .10**

### **Algunas indicaciones para practicar la exploración ecográfica en II y III Trimestre**

- Estimación de la edad gestacional
- Evaluación del crecimiento fetal
- Sangrado vaginal
- Dolor abdominal o pélvico
- Insuficiencia cervicouterina
- Identificación de la presentación fetal
- Investigación de la sospecha de gesta Múltiple
- Complemento de la amniocentesis
- Evaluar la diferencia notable entre el tamaño del útero o las fechas clínicas.
- Tumorações pélvicas
- Complemento para el cerclaje cervical
- Sospecha de óbito
- Evaluación del bienestar fetal
- Sospecha de polihidramnios u oligohidramnios
- Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta
- Complemento para la versión cefálica externa
- Membranas rotas prematuras o parto pretérmino
- Marcadores bioquímicos anormales
- Observación y vigilancia de alguna anomalía fetal identifica
- Evaluación y vigilancia del sitio de la placenta previa
- Evaluación seriada del crecimiento f
- Antecedente de anomalía congénita previa
- Evaluación del estado del feto en personas que solicitan asistencia tardía
- Sospecha de embarazo molar
- Sospecha de embarazo ectópico
- Sospecha de anormalidades uterinas

(Con autorización del American Institute of Ultrasound in Medicine, 2003 / Cunningham F. Gary, Leveno Kennetj J., Bloom Steven L., Hauth John C., Larry C. Gilstrap III, Edstrom Katharine, OBSTETRICIA de WILLIAMS, Vigésima segunda edición págs. 391).

**ANEXO No.11**  
**FOTOS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR CHOLUTECA**  
**HONDURAS, C.A**

**HOSPITAL DEL SUR**  
**CHOLUTECA, HONDURAS, C.A**

**Marzo, 2014**

(VISTA FRONTAL)



## ESTACION DE ENFERMERIA

HRS, CHOLUTECA, C.A



## SALA DE EXPULSIVO



SALA DE ATENCION DEL RECIEN NACIDO

HRS, CHOLUTECA, HONDURAS, C .A



SALA DE LABOR Y PARTO



QUIROFANO, HRS, CHOLUTECA, HONDURAS, C.A



SALA DE RECUPERACION HRS, CHOLUTECA



SALA DE PUERPERIO HOSPITAL DEL SUR CHOLUTECA

