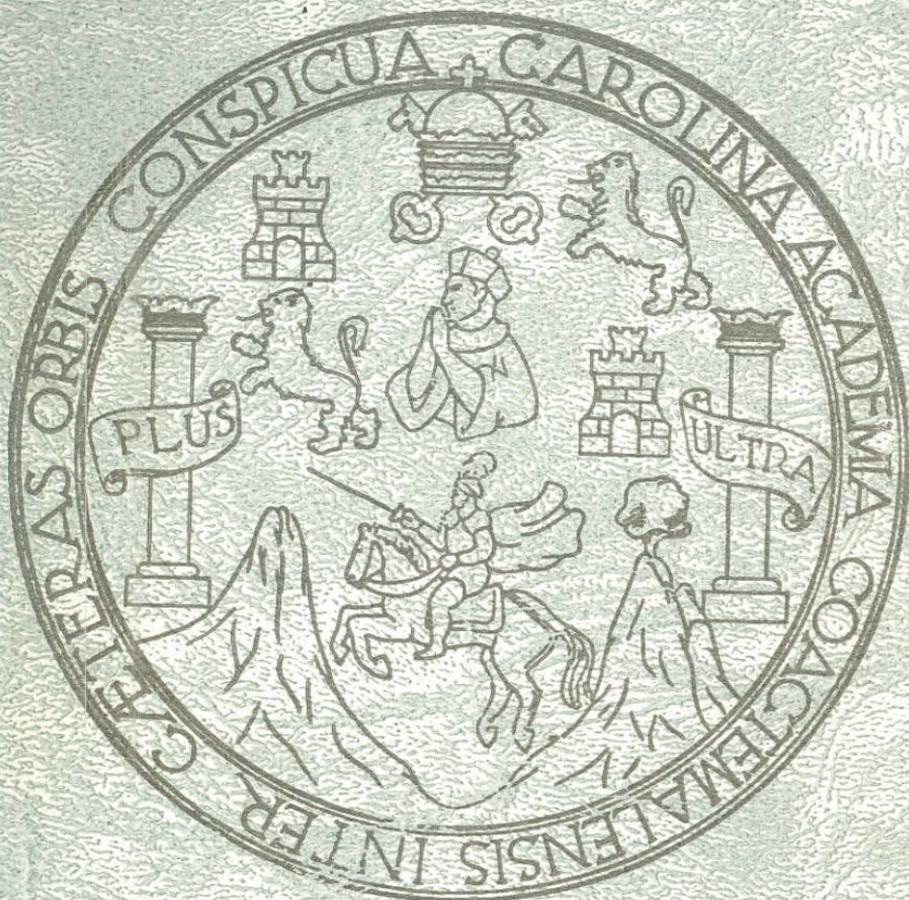


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EVALUACION DE LA DESCENTRALIZACION Y
REGIONALIZACION DE LA ATENCION DEL PAIS
EN LA REGION GUATEMALA SUR



LUZ MARINA GALINDO RODAS

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

CONTENIDO	Página
Introducción	1
Delimitación del Problema	2
Justificación	3
Objetivos	4
Marco Teórico	5
Metodología	17
VARIABLES	19
Presentación, análisis y discusión de resultados	20
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Bibliografía	30
Anexo	32

INTRODUCCION

La atención del parto en la región Guatemala Sur ha sido tradicionalmente brindada en la maternidad del Hospital Roosevelt, en donde dada la elevada demanda de servicios, dicha atención ha expuesto a las pacientes a muchos riesgos (tales como: infecciones nosocomiales, distocias, yatrogenias, etc) y dicha atención se ha hecho menos personalizada. Por lo que el Ministerio de salud pública y asistencia social se motivó a buscar una estrategia que permita atender el parto y RN normal en una forma más sencilla, no sin dejar de contar con atención personalizada por recurso humano capacitado (Comadrona capacitada, Médicos Residentes y actualmente Gineco-Obstetras y Pediatras). Dicha atención se inició por intermedio de la región Guatemala Sur a través de 3 maternidades periféricas ubicadas en la zona 7, 13 y 19 las cuales inician el proceso en 1994. En el año de 1997 se consolida dicha atención por lo que ese proceso se describe en el presente estudio encontrando que en ese mismo año se atendieron 6112 partos de los cuales el 99.2% fueron Partos eutócicos simples, atendidos en su mayoría (77%) por Comadronas capacitadas, registrándose una mortalidad de 0 y el 0.72% de las distocias atendidas en su 100% por personal médico especializado, lo cual nos indica que la atención brindada ha sido de buena calidad y efectiva. Por lo que se pretende evidenciar el proceso que se ha empezado en ésta región y que puede reproducirse en otras partes de la región Metropolitana y ser ejemplo para otras regiones del país.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

La descentralización de los servicios de salud surge por la necesidad de permitir que la atención en salud llegue a los grupos más vulnerables de la población (grupo Materno-Infantil) quienes precisamente presentan una morbi-mortalidad elevada.

Por lo que es imprescindible adoptar nuevas estrategias que permitan que los servicios de salud sean más accesibles a la población, para lograr una mejor coordinación del sector salud es necesario racionalizar el uso de los recursos del sector público en la provisión de salud y trasladar en forma gradual la responsabilidad de programación y provisión de servicios más cerca de los beneficiarios y usar para ello a los municipios, comunidades y al sector no gubernamental como intermediarios del proceso. (9)

El lugar de ocurrencia del parto es importante en todos los programas de atención Materno-Infantil porque refleja el acceso y la aceptación de los servicios de salud por parte de la población e influye en la demanda de otros programas relacionados con la salud de la madre y del niño. La región con mayor atención del parto en servicios de salud es la región Metropolitana con un 65%, principalmente por parte del Médico; de ello la importancia de proveer a la población de un lugar de Atención del Parto en el que se brinde atención por personal capacitado, que esté más accesible a la población y que sobre todo sea regido por las Normas Nacionales de la Atención Perinatal para aumentar la cobertura de dichos servicios. (10,11) Por lo anteriormente expuesto surge la necesidad de descentralizar la atención del parto ubicando dentro del área Metropolitana en la Región Guatemala Sur, tres Maternidades Periféricas que permitan la atención adecuada a toda aquella paciente que no presente ningún factor de riesgo en el momento del parto, con la finalidad de que los servicios de maternidad de los hospitales de Tercer nivel sean utilizados principalmente para el embarazo, parto y RN de alto Riesgo. (3,4,17)

JUSTIFICACION

La importancia de éste estudio es dar a conocer la Atención del Parto que se brinda actualmente en la Región Guatemala sur a través de Maternidades Periféricas ubicadas en el Amparo Zona 7, Pamplona Zona 13 y Col. 1° de Julio Zona 19. La Maternidad Periférica de la Zona 19 brinda atención desde febrero de 1994, año en el que inicialmente la atención fue brindada por comadronas capacitadas además en ese mismo año se incorporó en dicha atención a los residentes de primer año de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt. La importancia de esta atención radica en que gracias a esta estrategia de servicio, es factible que toda aquella paciente que no presente ningún factor de riesgo y que sea evaluada en la emergencia de la Maternidad del Hospital Roosevelt o del Hospital General San Juan de Dios sea referida para su atención en una Maternidad Periférica, quedando así la atención de los Centros de Tercer nivel reservada para aquellos casos de Embarazo y Parto del alto riesgo, lo cual permitirá que los recursos que aporta a este servicio el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social sea mejor canalizado, permite así descentralizar y regionalizar la atención del parto y es por ello que actualmente en las Maternidades Periféricas la atención es brindada por profesionales Gineco-Obstetras y Pediatras; por lo que es muy importante dar a conocer esta atención para que se promuevan conductas similares que se apliquen también dichas conductas en el área Rural del país por regiones.

Lo que se persigue es demostrar que a través de la atención del parto en estas maternidades se ha personalizado la atención del parto a la vez que permite una mayor accesibilidad de la población a los servicios de salud, es importante proporcionar capacitación a las comadronas de todas las comunidades, proveer del equipo mínimo necesario a cada una de las maternidades ya existentes y crear nuevas en todas las áreas del país principalmente en el área rural.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los logros en descentralización en la atención del parto a través de la regionalización en la Región Guatemala Sur.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el número de partos atendidos en cada una de las Maternidades Periféricas de la Región Guatemala Sur, durante el período comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1997.
- Determinar el porcentaje de partos atendidos por comadronas adiestradas, Médico Residente o Médico Especialista.
- Clasificar por paridad y tipo de parto a las pacientes atendidas.
- Identificar las principales causas de distocia en las pacientes atendidas en las Maternidades Periféricas de la Región Guatemala Sur, que ameritaron traslado a un Hospital de 3 Nivel.

MARCO TEORICO

En el área de salud la descentralización significa mayor eficacia operativa, pero sobre todo, se constituye en condición indispensable para adecuar los servicios a las reales necesidades de las poblaciones. La descentralización, al favorecer la gestión de los niveles más periféricos del sistema produce un desarrollo de las capacidades de los niveles intermedios y locales.^(1,16)

La descentralización surge de la necesidad de plantear nuevamente la búsqueda de una respuesta organizacional a los problemas que actualmente afrontan los sistemas de salud, es por ello que aparecen la descentralización y la atención de salud de nivel local como ejes articuladores de la reorientación y reorganización del sector en base al mayor desarrollo a nivel local. Es imprescindible promover la reorganización necesaria en función de una efectiva descentralización, asegurándose la coordinación requerida. La descentralización no implica el fraccionamiento de los sistemas de salud, sino la interacción sinérgica en función: la salud de la población.^(1,6)

Un sistema local de salud comprende la articulación de todos los recursos existentes en una zona, para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y sobre todo, para el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población. La descentralización es una tarea muy compleja; más allá de sus características técnicas y administrativas, implica un cambio en la distribución.⁽¹¹⁾ La descentralización de los servicios de salud surge como una política a través de la cual se persigue que la población tenga mayor acceso a los servicios de salud con lo que se cumplan las metas para todos en el año 2000. La descentralización de los servicios de salud persigue:

- Lograr una mejor coordinación del sector para racionalizar el uso de los escasos recursos del sector público, en la provisión de servicios de salud.

- Trasladar en forma gradual la responsabilidad de programación y provisión de los servicios más cerca de los beneficiados, utilizando a los municipios, las comunidades y el sector no gubernamental, como intermediarios del proceso.
- Ampliar la cobertura de los servicios de salud a poblaciones de bajos ingresos.

Todo lo cual se persigue a través de las siguientes acciones en salud:

- Definición clara de las funciones de las instituciones públicas, así como del papel del sector privado en la provisión de los servicios de salud.
- Reestructuración, desconcentración, descentralización y fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para formular y ejecutar programas que respondan a las necesidades de la población. (6,7,11)

El concepto de regionalización es designado para permitir una utilización óptima de los servicios de salud de manera facilitada y personalizada. Con la utilización de los centros regionales Perinatales, es posible que un número suficiente de madres y neonatos de alto riesgo sean concentrados en una sola localidad de manera que se justifica económicamente para que se pueda proveer del equipo necesario para este tipo de cuidado. (9)

La regionalización se basa en un diseño territorial y administrativo del sistema de salud. Las áreas o regiones se constituyen a partir de un conjunto de recursos de salud interconectados con la responsabilidad del cuidado de la salud de una población y con una unidad de gestión que coordina y/o administra.

Entre las tareas más importantes de esta unidad de gestión están las siguientes:

- Coordinación de todos los recursos de salud, buscando la satisfacción de necesidades con enfoque epidemiológico y cultural.
- Promoción de la participación comunitaria en la programación, ejecución y evaluación de los servicios.
- Identificación de grupos de riesgo.
- Integración de actividades sobre el individuo, la familia y el medio.
- Relación política, técnica y administrativa con el resto del sistema.
- Promoción de la investigación de servicios de salud.

La Regionalización es un proceso de progresivo desarrollo de la capacidad de gestión de los niveles periféricos tanto en sus aspectos de dirección como en los mecanismos de apoyo (información, suministros, mantenimiento, supervisión, transporte). (8)

Por lo cual es muy importante tener presente los niveles de atención en salud para poder brindar la atención que necesiten las pacientes perinatales con o sin complicaciones:

ATENCION PERINATAL POR NIVELES

Los sistemas de atención perinatal se han organizado en tres niveles para planificar y dirigir en forma racional los recursos humanos y materiales destinados a la protección y preservación de la salud del ser humano .

NIVEL 1: (Hospitales Comunitarios) estas instalaciones están designadas para el cuidado de madres y neonatos sin factores de Riesgo. Se efectúan actividades de Medición Preventiva y vigilancia del embarazo, del crecimiento y desarrollo del neonato y de control temprano y adecuado de las enfermedades intercurrentes. Estas unidades están designadas para situaciones geográficas o culturales que limiten el acceso a unidades de gran capacidad. Estos

centros deben estar dotados de recursos que les permitan brindar los cuidados de emergencia inmediatos en caso de una complicación de una madre o un neonato.

NIVEL 2: estas instalaciones son los hospitales que cuentan con extensos servicios de Maternidad y Recien Nacidos, pueden estar localizados en areas urbanas y rurales que brinden atención a comunidades grandes. En este nivel se brindan cuidados para el bienestar fetal, tanto en embarazo y parto normal como en algunos casos de embarazo de alto riesgo. Se incluye la atención del parto que puede llevarse a cabo en clínicas-Hospitales urbanas o de campo, en las que pueden operar Gineco-Obstetras, internos de Medicina Familiar y Residentes de Pediatría.

NIVEL 3: Se prestan servicios de subespecialización en el Embarazo y Parto de Alto Riesgo y unidades de cuidado intensivo para Recien Nacidos.⁽³⁾ Las Unidades de Neonatología se caracterizan por brindar atención integral al neonato, por lo que cuentan con recursos para estudios diagnósticos especializados como: TAC, Ultrasonido, etc..⁽¹⁷⁾

Uno de los efectos de la organización regional de los servicios perinatales, esta el desarrollo de unidades de cuidado intensivo para Recien Nacidos lo cual se ha asociado a una marcada reducción en la mortalidad neonatal y una importante reducción en las secuelas neurológicas.⁽³⁾

Uno de los problemas más comunes en la Regionalización es la "Centralización" en lugares de regionalización; lo cual es el producto final de los centros regionales que operan fuera de todo programa de educación; el segundo problema más común es la duplicación innecesaria de las unidades de Servicios de Salud.^(5,12)

En Guatemala la Descentralización y regionalización de la Atención del parto surge como una conducta a travez de la cual se persigue cumplir las metas de Salud para todos en el año 2000.

METAS

- Lograr que el 100% de los partos sean atendidos por personal capacitado y en un ambiente limpio e incrementar el porcentaje de eventos atendidos en Hospitales

A travez de las siguientes **ACTIVIDADES:**

- Lograr la detección del 100% de las emergencias obstetricas e instaurar las medidas iniciales de referencia inmediata a los niveles de complejidad que el caso demande.
- Atención del parto sin complicaciones, de la hemorragia intraparto, Eclampsia, Trabajo de Parto Prolongado, Ruptura Uterina, Retención de Placenta o restos placentarios y hemorragia post-parto, planificación familiar Post-Parto.^(13,15)

El Lugar de ocurrencia del parto es importante en todos los programas Materno-Infantil porque refleja el acceso y la aceptación de los servicios de salud por parte de la población e influye además en la demanda de otros programas relacionados con la salud de la madre y del niño. En cuanto al lugar de ocurrencia del parto se puede identificar que a mayor número de nacimientos, menor el porcentaje de mujeres que demanda atención de los servicios de salud, pero por el contrario aumenta el porcentaje de mujeres que su parto es atendido a nivel domiciliario, lo cual implica mayores riesgos para la madre y para el Recien Nacido. Relación semejante en cuanto a demanda de servicios de salud se observa por el nivel de educación de la Madre: a un mayor nivel de educación la demanda de los servicios de salud llega a un 93%. La Región con mayor atención de partos en servicios de salud es la Región Metropolitana con 65%, fundamentalmente por parte del Médico.⁽¹¹⁾ La atención por Comadrona es de mayor importancia en el área rural. El Porcentaje de mujeres que no recibe ningún tipo de atención disminuyó de un 3% en 1987 a un 2% en 1995.⁽¹¹⁾

Los principales recursos humanos que atienden los partos en el país son la Comadrona y el Médico y en ellos también se y en ellos también se observan cambios cuantitativos. La

comadrona en 1987 atendía el 60% de los partos a nivel nacional, para el año de 1995 bajó a un 55%. Por el contrario, ha aumentado el porcentaje de atención de partos por el médico en 5 puntos a partir de 1987 y se concentra en el área Urbana, en el grupo ladino y en la Región Metropolitana.⁽¹¹⁾

Según la ENSMI-95, la atención médica en el parto la requirieron más las mujeres menores de 35 años, primíparas o con su segundo hijo, de las áreas urbanas especialmente aquellas de la Región Metropolitana, del grupo ladino y con educación secundaria o más.

El 8% de los niños nació por operación cesarea. La proporción de niños del área urbana nacidos por cesarea es cuatro veces mayor que la del área rural, siendo más común en la Región Metropolitana, entre mujeres del grupo ladino y entre aquellas mujeres que tienen educación secundaria o más se relaciona con la accesibilidad que tienen a la atención por parte del Médico.⁽¹²⁾

RESEÑA HISTORICA:

Fue antes de 1940, cuando los servicios de atención del parto y cuidado perinatal en EEUU, Canadá y Europa tomaron una estructura y organización particular. Antes de ésta la mayoría de partos ocurría en casa, se desarrollaron un buen número de hospitales de maternidad a lo largo de áreas urbanas, los cuales usualmente servían de Hospitales Escuela. Durante 1940 y 1950, un buen número de ciudades desarrollaron centros para el cuidado de Recien Nacidos prematuros, la mayoría localizados en áreas urbanas; algunas ciudades de Europa, particularmente Scandinavia y Suiza, desarrollaron sistemas de Cuidados Perinatales basados en el desenvolvimiento de las clínicas de cuidados perinatales primario empleados en gran parte por Hospitales Regionales y de distrito para el cuidado de madres con complicaciones, iniciando así la Regionalización de los servicios de atención perinatal.⁽³⁾

Es así como a partir de las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil en países en desarrollo, en el caso de Guatemala la mortalidad materna hasta el año de 1995 era del 6.6/1000*, que se persigue que los servicios de salud lleguen a todos en el año 2000 y de esta manera brindar atención en distintas regiones.

Es así como en la ciudad de Guatemala, el 14 de febrero de 1994 se inauguró la Maternidad Periférica, Primero de Julio Zona 19 por la Dra. Nancy Pezzarosi de Calderón, la cual en convenio con el Hospital Roosevelt se inicia el traslado de pacientes las cuales llenaban requisitos para un Parto Eutósico Simple (Múltipara, sin Problemas de Hipertensión en el embarazo, Paciente con edad comprendida entre >15 años y < 35 años, etc.), siendo un proyecto bastante provechoso por lo que el Ministerio de Salud Pública por medio de la Jefatura de Área Guatemala Sur se motivó a prestar estos servicios a gran escala por lo que se abren la Maternidad Periférica de Pamplona, zona 13 en Enero de 1995 y la Maternidad Periférica Amparo, Zona 7 en Septiembre de 1997, cubriendo así varias regiones de la ciudad capital. De tener éxito con este proyecto a gran escala se continuará prestando el servicio en las regiones departamentales. Cada Maternidad Periférica cuenta con una ambulancia al servicio las 24 horas del día lo cual les permite trasladar a pacientes a Centros de Atención de 3 Nivel cuando el caso lo amerite; además en las instalaciones se cuenta con: Sala de Partos con Servicio para Recién Nacidos de bajo riesgo y servicio de encamamiento.**

Cuando inició la Maternidad Periférica, Primero de Julio Zona 19, en el año de 1994 inicialmente los partos eran atendidos por Comadronas Capacitadas, sin embargo ese mismo año se involucró a los residentes de gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt. Por lo que a partir del año de 1998 toda paciente es atendida por Médicos Especialistas Gineco-Obstetras y Pediatras, lo cual es muy importante ya que esto permite a la vez que las Maternidades de los Centros de

*Información obtenida de Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de salud Pública y A.S., 1995.(ENSMI).

**Reseña Historica proporcionada verbalmente por el Dr. Angel Mauricio Suarez, actual Sub-Director de la Maternidad Periférica, 1 de Julio zona 19

atención de Tercer nivel utilicen sus recursos en la Atención del Embarazo y Parto de alto riesgo.

La atención correcta del Parto y del Recién Nacido constituyen un aspecto prioritario para el mejoramiento de la salud Materno-Infantil. El Parto de bajo riesgo se atenderá en Centros de atención Primaria en la medida en que se cumpla con algunos requisitos:

- Que los miembros del equipo de salud cumplan correctamente las normas para la atención del parto y del Recién Nacido de bajo riesgo.
- Recursos mínimos para garantizar el cumplimiento de las normas.
- Derivación oportuna de la madre y el niño al nivel adecuado y en el momento que sea necesario.^(14,15)

NORMAS PARA DERIVACION A UN NIVEL SUPERIOR (Nivel 3)

Se caracterizan por brindar una atención integral, prestar servicios de sub-especialización en los cuales se resuelven problemas que se generan en el Embarazo, Parto y neonato y que no se pueden solucionar en el primer y segundo nivel de atención.

La referencia de un paciente para su adecuada atención por niveles depende fundamentalmente de que se cumplan a cabalidad con los requisitos que cada nivel debe llenar en cuanto a recursos humanos, físicos y de organización.

PRIMER NIVEL:

- Vigilancia del embarazo
- Vigilancia del Neonato

SEGUNDO NIVEL:

- Cuidado del puerperio fisiológico o patológico
- Atención del embarazo y parto de bajo y alto riesgo

- Cuidado del neonato normal o enfermo.

TERCER NIVEL:

- Atención del embarazo y parto de alto riesgo
- Cuidado del neonato enfermo.

Es importante hacer mención que esta atención es brindada por personal capacitado según el nivel de atención prestado y que se brinda esta atención a nivel domiciliario en los niveles de atención de primero y segundo nivel y que la mayoría de atención de segundo y tercer nivel se lleva a cabo en instalaciones capacitadas y con personal especializado.

FACTORES DE RIESGO DIAGNOSTICABLES EN EL TRABAJO DE PARTO QUE REQUIEREN DERIVACION A UN NIVEL SUPERIOR

- Retardo en el Crecimiento Intrauterino
- Parto Pretérmino con o sin ruptura prematura de membranas
- Presentación Pelviana deflexionada
 - Situación Transversa
 - Malformación fetal
 - Desproporción feto-pelvica
 - Estrechez pelvica
 - Tumor Previo
- Cesarea Previa
 - Miomectomías
 - Plastias uterinas y vaginales
- Parto Prolongado
- Contractilidad Uterina aumentada
- Sufrimiento Fetal Agudo Intraparto (Acidosis fetal)
- Prolapso o Procúbito de cordón o partes fetales
- Liquido Amniótico meconial

- Hemorragias (Placenta Previa, abruptio placentae, rotura uterina).^(2,19)

PARTO NORMAL:

El parto significa la expulsión de un feto con peso mayor de 500 gramos (aprox. 20 semanas), el cual en condiciones normales acontece cuando el feto ha cumplido el ciclo de su vida intrauterina y ha llegado a término entre las 37 y 41 semanas. Se habla de parto eutósico para designar la expulsión espontánea por las vías naturales del producto a término.⁽¹⁸⁾

PARTO EUTOSICO SIMPLE: Es la expulsión espontánea de un feto único a término.⁽⁵⁾

PARTO ANORMAL (Parto Distósico o patológico): Este puede identificarse clínicamente a través de la utilización de la curva de Friedman, quien descubrió la posibilidad de construir una representación gráfica del parto representando la dilatación cervical y el descenso del punto de presentación en relación al tiempo, identificando así las anomalías del trabajo de parto.⁽²⁾

Las anomalías del trabajo de parto pueden clasificarse de acuerdo con la fase en la que se producen:

Fase Latente:

- Fase Latente Prolongada

Fase Activa:

- Fase Activa Prolongada
- Detención secundaria de la fase de dilatación
- Fase prolongada de desaceleración

Anomalías del segundo Período del parto:

- Ausencia de descenso

- Descenso prolongado
- Detención del descenso.^(2,18)

Las causas de las anomalías del parto se pueden clasificar así:

POTENCIA:

- Hipotonía
- Hipertonía
- Pared Abdominal deficiente.

FETO:

- Tamaño
- Presentación
- Posición
- Actitud
- Anomalías Congénitas

PELVIS:

- Desproporción Materno-Fetal.^(2,15)

La distocia de tejidos blandos se puede presentar por la presencia de tumores de tejido blando o la musculatura pelvica tensa o rígida pueden ser la causa de distocia. La Distocia puede sobrevenir cuando las contracciones uterinas son demasiado débiles o demasiado fuertes o muy raras, cortas o en extremo prolongadas o con manifiesta irregularidad. La distocia uterina complica el 2 a 3% de los trabajos de parto a término de la gestación. Al menos 90% de estos casos ocurren en primigrávidas.⁽¹⁹⁾ Cualquiera de las situaciones siguientes pueden dar origen a Distocia Uterina: Anomalías y tumores de utero (Utero Bicorne, miomas), distensión uterina (polihidramnios), trabajo de parto diferido (Muerte Fetal), anomalías cervicales (cicatrices, fibrosis, tumores) y las enfermedades maternas (hernia abdominal o padecimientos

crónicos). La mayoría de estas distocias termina en resolución quirúrgica a través de cesarea.^(18,19)

Entre las causas de distocia fetal están principalmente: gran tamaño (4,000 gramos), anomalías de desarrollo (hidrocefalia, monstruos siameses), circunferencia anormal por anomalías internas (hidropesía fetal, ascitis, tumores abdominales).^(2,15)

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO: Retrospectivo, No experimental, Descriptivo.

POBLACION U OBJETO DE ESTUDIO:

- Boleta de Registros Clínicos de pacientes a quienes se les atendió en el momento del parto en una Maternidad Periférica de la Región Guatemala Sur.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Expediente Clínico de toda paciente que recibió atención en una Maternidad Periférica de la Región Guatemala Sur (Zona 7, 13 y 19) que posea boleta de registro clínico.
- Expediente Clínico de toda paciente que recibió atención en una Maternidad Periférica de la Región Guatemala Sur pero que por presentar algún factor de riesgo o distocia se refirió a la Maternidad del Hospital Roosevelt o San Juan de Dios y que exista constancia escrita de la evaluación.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Toda paciente que no fuera evaluada ni atendida en las Maternidades Periféricas de las Zona 7, 13 y 19.
- Toda paciente que no se encuentre documentada por escrito su atención en las Maternidades Periféricas.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

- Médico asesor y Revisor de Tesis
- Personal de Maternidades Periféricas Zona 7, 13 y 19.

RECURSOS MATERIALES:

- Boleta de Registro clínico de las pacientes atendidas en las Maternidades Periféricas zona 7, 13 y 19.

- Libro de ingresos y egresos de las Maternidades Periféricas.
- Boleta de Recolección de datos

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION:

- Se revisó el libro de ingresos y egresos de cada una de las Maternidades Periféricas y en base a estos datos se elaboraron los items de la boleta.
- La recolección de datos se realizó anotando en la boleta de recolección los datos obtenidos de las boletas de registros clínicos de cada paciente atendida en cada una de las Maternidades Periféricas.
- Los datos recabados se tabularon y analizaron para responder a los objetivos propuestos en el presente estudio.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION
Descentralización	Es transferir a organismos locales las funciones que antes ejercía el gobierno central.	Es delegar responsabilidad en cuanto a funciones a organismos regionales	De Razón	Boleta de Recolección de Datos
Regionalización	Concesión de cierta autonomía a las regiones de un estado	Es dar independencia a una institución regional para que sus funciones encamine a resolver los problemas prioritarios de su región.	De Razón	Boleta de Recolección de Datos
Parto Eutósico	Expulsión espontánea por vías naturales de un feto a término.	Parto espontáneo de un feto a término.	Nominal	Boleta de Recolección de Datos
Parto Distósico	Parto Anormal por causa fetal o materna.	Parto que por presentar complicaciones maternas o fetales se necesitan recursos quirúrgicos (forceps, CSTP) para su resolución.	Nominal	Boleta de Recolección de Datos
Parto	Conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la expulsión de un feto viable con peso mayor de 500 gr. (20 semanas aprox.)	Es el conjunto de fenómenos normales que conducen a la expulsión de un feto viable	De Razón	Boleta de Recolección de Datos
Multipara	Dícese de aquella mujer que no ha tenido ningún hijo.	Mujer que no ha tenido ningún hijo.	Nominal	Boleta de recolección de datos
Multipara	Mujer que ha tenido menos de 5 partos.	Mujer que ha tenido menos de 5 partos.	Nominal	Boleta de Recolección de Datos
Gran Multipara	Mujer que ha tenido 5 o más partos.	Mujer que ha tenido 5 o más partos.	Nominal	Boleta de recolección de datos

PRESNTACION DE RESULTADOS

1. Número de partos atendidos en cada una de las Maternidades Periféricas de la Región Guatemala Sur de Enero a Diciembre de 1997.

CUADRO No.1
NUMERO DE PARTOS ATENDIDOS EN CADA UNA DE LAS
MATERNIDADES DE LA REGION GUATEMALA SUR

LUGAR	NUMERO	Porcentaje
MP Zona 7	810	13%
MP Zona 13	3619	59%
MP Zona 19	1683	28%
Total	6112	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de datos. (MP: Maternidad Periférica)

ANALISIS: Nótese que la cantidad de partos atendidos en la Maternidad Periférica de la Zona 7, es menor ya que esta se encuentra habilitada a partir de Septiembre de 1997; es importante hacer notar que el total de partos atendidos en las maternidades en 1997(6112) constituye el 53.5% de los partos atendidos en la maternidad del Hosp. Roosevelt en 1996 y que el número de partos atendidos en ésta en 1997 disminuyó de 11466 en 1996 a 9590 en 1997, con lo cual se demuestra que a través de las maternidades no solo se logró descentralizar sino que además aumentar la cobertura en la atención del parto en la región Guatemala Sur.

CUADRO No.2
PARTOS ATENDIDOS POR COMADRONA, RESIDENTE Y ESPECIALISTA

Personal	MP Zona 7	MP Zona 13	MP Zona 19	Total	Porcentaje
Comadrona	700	3148	908	4756	77.82%
Residente	0	0	775	775	12.67%
Especialista	110	471	0	581	9.51%
Total	810	3619	1683	6112	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de datos.

ANALISIS: Este cuadro muestra que la mayoría de partos fue atendido por Comadronas Capacitadas, en comparación a la cantidad atendida directamente por residentes o especialistas; las cuales basan su atención en las Normas establecidas para la Atención del parto y RN normal dentro de las Maternidades Periféricas, el las maternidades de la zona 7 y 13 no se registró atención por parte de residentes y que en 1997 la atención fue exclusivamente por especialistas, en comparación a la maternidad de la zona 19 en la que hasta 1998 se inicia la atención por especialistas.

CUADRO No.3
CLASIFICACION POR PARIDAD DE LAS PACIENTES ATENDIDAS.

	MP Zona 7	MP Zona 13	MP Zona 19	Total	Porcentaje
Nulipara	385	1323	578	2286	37.40%
Multipara	345	1956	712	3013	49.30%
Gran Multipara	80	340	393	813	13.30%
Total	810	3619	1683	6112	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de datos.

ANALISIS: Es importante hacer notar que la mayoría de pacientes atendidas son multiparas (menos de 5 partos), lo

cual es muy importante ya que de acuerdo a la paridad de las pcientes así son los factores de riesgo Materno-fetal más frecuentes.

CUADRO No.4
CLASIFICACION POR TIPO DE PARTO

Tipo Parto	MP Zona 7	MP Zona 13	MP Zona 19	Total	Porcentaje
PES	808	3586	1671	6065	99.20%
PEG	1	3	1	5	0.08%
PDS	0	29	11	40	0.69%
PGS	1	1	0	2	0.03%
Total	810	3619	1683	6112	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de datos.

ANALISIS: La mayoría de partos atendidos fueron eutósicos, la cantidad de distocias presentadas es solo del 5% (42) de las cuales en 29 fue necesario el uso de fórceps; nótese que en la MP de la Zona 7 no se atendieron distocias simples ya que toda paciente a quien se le identificaba una distocia eran referidas inmediatamente a un Hospital de 3 nivel para su atención ya que en esta Maternidad no se cuenta con equipo Médico-quirúrgico (fórceps) para la atención del parto distósico.

CUADRO No.5
PRINCIPALES CAUSAS DE DISTOCIA QUE AMERITARON
TRASLADO A UN HOSPITAL DE 3 NIVEL

Distocia	Número	%
SFA	86	26.30%
DCP	84	25.60%
Preclampsia	24	7.60%
Falta Desc. y Prog.	18	5.70%
Meconio LA	17	5.10%
Alum. Incompleto	12	3.60%
Podálca Primigesta	7	2.10%
Papilomatosis	7	2.10%
Corioamniotitis	5	1.50%
TPP	4	1.20%
Otros	63	19.2
Total	327	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos. (LA: Líquido Amniótico; TPP: Trabajo de Parto Prematuro.)

ANÁLISIS: Este cuadro nos muestra que la mayoría de distocias que se trasladaron a un Hospital de tercer Nivel son factibles de manejar en éste tipo de Centro de atención, además que su identificación es muy importante para que la referencia sea inmediata.

CUADRO No.6
CONTRAREFERENCIAS DE PACIENTES A UN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL

Lugar	MP Zona 7	MP Zona 13	MP Zona 19	Total	%
H. Roosevelt	37	79	95	211	3.20%
HGSJDD	18	70	0	88	13.00%
IGSS	2	1	0	3	0.04%
Casa	1	2	17	20	0.30%
Eg. Contraind.	3	2	0	5	0.07%
Total	61	154	112	327	5%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS: Este cuadro evidencia que la cantidad de contrareferencias es relativamente baja en relación a la cantidad de pacientes atendidas en las Maternidades Periféricas de la Región Guatemala Sur y el porcentaje de referencias a un hospital de Tercer Nivel es proporcional a la cantidad de pacientes provenientes a éstos hacia las maternidades periféricas.

CUADRO No.7
PROCEDENCIA DE PACIENTES

Procedencia	MP Zona 7	MP Zona 13	MP Zona 19	Total	%
Roosevelt	336	901	1375	2612	40.50%
HGSJDD	303	2047	0	2350	36.50%
Comunidad	194	714	420	1328	20.50%
Comadrona	18	123	16	157	2.50%
Total	851	3785	1811	6447	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS: Nótese que la mayoría de pacientes que llegan a las Maternidades Periféricas de la Región Guatemala Sur son

provenientes del Hospital Roosevelt, sin embargo es muy importante hacer notar que el porcentaje de pacientes provenientes de la comunidad y que son referidas por comadrona nos evidencia la aceptación de esta atención dentro de la comunidad y refleja la accesibilidad de éstos servicios a la población.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio en el que se procedió a la revisión de expedientes clínicos de pacientes que llegaron a las Maternidades Periféricas de la Región Guatemala Sur se pretendía demostrar la cantidad de partos que son atendidos en éstos lugares.

Primero, se procedió a clasificar a las pacientes que llegaron a las Maternidades Periféricas en busca de atención Médica y de éstas a quienes se les brindó atención del parto, con lo cual se demostró que la Maternidad Periférica que mayor cantidad de partos atendió es la ubicada en la Zona 13, (ver Cuadro No.1), ya que sirve de referencia al Hospital Roosevelt y al Hospital General San Juan de Dios (ver Cuadro No.7) además que recibe pacientes que llegan a ésta por libre demanda ; en la Maternidad ubicada en la Zona 19 la cantidad de partos atendidos es menor ya que a ésta llegan pacientes referidas solo del Hospital Roosevelt, por libre demanda o referidas por comadrona; en la maternidad de la Zona 7 la cantidad de partos atendidos es menor ya que ésta se encuentra habilitada desde el mes de Septiembre de 1997 iniciando a prestar atención con Médicos Especialistas.

Al identificar el personal que con mayor frecuencia atendió partos en éstas maternidades se demostró que la mayoría son atendidos por Comadronas capacitadas y en un menor porcentaje por Médicos residentes o Especialistas,(ver Cuadro No.2) sin embargo es muy importante hacer notar que toda paciente que llega a una maternidad periférica es evaluada a su ingreso por personal médico quien en éste momento identifica Factores de riesgo que puedan ameritar traslado a un Centro de 3 nivel; además es el personal médico quien lleva a cabo el Monitoreo Materno-fetal y supervisa directa o indirectamente la atención del parto de toda paciente.

Se cuantificó el porcentaje de pacientes nulípara, multipara y gran multipara atendidas en las maternidades periféricas (ver Cuadro No.3), con la finalidad de clasificar a las pacientes

atendidas de acuerdo a su paridad ya que de acuerdo a ésta son los factores de riesgo asociados más frecuentes, como se demuestra la mayoría de pacientes atendidas son multiparas (menos de 5 partos), seguido de pacientes nulíparas cuyo porcentaje es mayor en la Maternidad de la Zona 13, lo cual se va reflejar en forma proporcional a la cantidad de contrareferencias que se realizan a un hospital de tercer nivel, se logró establecer que ésta situación es como consecuencia que las referencias que realizan los Hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, pasan por alto las normas que se acordan para la referencia de pacientes hacia una Maternidad Periférica lo cual excluye a pacientes nulíparas, sin embargo éstas al no identificarles ningún factor de riesgo son referidas.

La cantidad de distocias atendidas es relativamente bajas en relación a la cantidad de partos atendidos en las Maternidades Periféricas en la Región Guatemala Sur (ver Cuadro No.5), se identificaron al momento del ingreso y durante el trabajo de parto y se realizó el traslado de dichas pacientes en las ambulancias que están a disposición las 24 horas en las Maternidades Periféricas.

El porcentaje de contrareferencias a un Hospital de 3 Nivel (ver Cuadro No.6) en su mayoría fue al Hospital Roosevelt, sin embargo es de hacer notar que estas fueron en forma proporcional a las referencias de éstos hospitales hacia las Maternidades Periféricas, siendo la cantidad de contrareferencias de solo el 5% del total de pacientes atendidas.

La procedencia de las pacientes que son atendidas en las maternidades periféricas (ver Cuadro No.7) el 77% llegan a estas referidas de servicios de maternidades de hospitales de tercer nivel, lo cual es importante ya que desatura estos servicios, así como es importante hacer notar que el 20.5% de las pacientes atendidas llegan por libre demanda de la comunidad.

CONCLUSIONES

1. Tres cuartos de las pacientes atendidas en las Maternidades Periféricas fueron referidas de un Centro de atención de tercer Nivel para su atención con lo cual se desaturan los servicios de atención especializada y permite que la atención se personaliza más en cada nivel de atención y aumenta la productividad de los recursos del estado gracias a la adecuada derivación de pacientes.
2. Del total de partos atendidos en las Maternidades periféricas un bajo porcentaje (5%) presentó alguna distocia que ameritó su traslado a un centro de Atención de Tercer Nivel de las cuales la principal fue el Sufrimiento Fetal agudo.
3. Tres cuartos de los partos fueron atendidos por comadronas capacitadas lo cual indica que el adiestramiento que se ha brindado a este personal ha sido efectivo.
4. La mayor parte de pacientes a quienes se les atendió el parto, este fue Parto Eutósico Simple; la mortalidad fue de 0 en todos los partos atendidos, lo cual indica que la atención que se brinda en éstas unidades es adecuada.

RECOMENDACIONES

1. Motivar a las autoridades en Salud a promover estrategias similares que brinden una adecuada atención del parto y RN normal en otras regiones del área urbana y sobre todo del área rural con la finalidad de personalizar aún más la atención por niveles y la derivación de pacientes según los Factores de Riesgo presentes.
2. Promover programas continuos de capacitación al personal Médico y Paramédico para una mejor atención de pacientes y un adecuado cumplimiento de las normas de atención por niveles.
3. Motivar a las autoridades en salud a que en base a los logros observados en estas unidades brinden un mayor apoyo en cuanto a recursos humanos (Médicos Gineco-Obstetras, Pediatras, Comadronas Capacitadas) y recursos físicos para brindar una mejor atención del parto y RN normal.
4. Concientizar al personal médico que maneja los expedientes clínicos de las pacientes atendidas a llevar adecuadamente la papelería del CLAP para una mejor clasificación de pacientes según sus datos y que para futuras investigaciones se cuente con datos fidedignos.
5. Promover la integración docente asistencial para que tanto profesores y alumnos de pre y post-grado puedan participar de estos momentos docentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Arbona G. Y J. Curt. *Informe Preliminar sobre regionalización de los servicios de atención médica en Puerto Rico*. Med Admin. (Pag.: 119-123).
2. Arias Fernando. *Guía Práctica para el Embarazo y Parto de Alto Riesgo*. Segunda Edición. Mosby/Doyma Libros 1995. (Pag.:395-422)
3. Behrman E. Richard. *Neonatal Perinatal Medicine*. Second Edition. 1997 (Pag.: 5-12)
4. Díaz AG, Schwarcz R, Días Rosello. *Sistema Informático Perinatal*. Montevideo Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1990 (Publicación científica No. 1203)
5. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. 13 Edición, SALVAT,1995.
6. Guerra de Macebedo Canlyle. *Reflexiones sobre Salud Pública*. Tercera Edición, 1992 (Pag.: 14-15,33).
7. Benguigui, Yehuda. *Acciones de Salud Materno-Infantil. 1995 OPS/OMS* 1995. (Pag.:52-56)
8. Jasso Luis. *Neonatología Práctica*. Segunda Edición. 1986. Editorial Manual Moderno. (Pag.:1-3,8-10,15-17).
9. Kleczkowski BM. *Criterios de Planificación y diseño de Instalaciones de Atención de la Salud en los países en desarrollo*. Volumen 2. Publicación Científica No. 382 OPS/OMS 1989.
10. Kroeger Axel y Rolando Luna (Compiladores). *Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos*. Segunda Edición 1992.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ASAIID, UNICEF. *Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil, 1995* (Pag.:32-39)
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Plan Nacional de Salud Materno-infantil*. 1992-1996. Pag.: 130-138)

13. OMS, **Adopción de Decisiones en el Plano Nacional sobre Atención Primaria de Salud.** Estudio Preparado por el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria. OMS Ginebra 1991 (Pag.:33-39)
14. OMS. **A Mitad del Camino hacia la Salud para todos en el año 2000.** OMS, Ginebra 1991.
15. OPS. **Acciones de Salud Materno-Infantil según las metas de la cumbre Mundial a favor de la infancia.** 1996. (Pag.: 15,222-225,230-233).
16. OPS/OMS. **Evaluación de servicios de Salud Materno-Infantil** 1989. (Pag.: 13-19).
17. Pineda Beatriz, Evaluz de Alvarado. **Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud.** Segunda Edición. OPS/OMS 1994 (Pag.: 99-107).
18. Schwarcz L. Ricardo, Duverges, Díaz, Fescina. **Obstetricia.** Cuarta Edición, Editorial El Ateneo, 1992
19. Roberts, F. **Manual de Gineco-Obstetricia.** Cuarta Edición, 1993

ANEXO

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Boleta No.: _____

Maternidad Periférica: _____

No. De Registro Clínico: _____

Edad: _____

Dirección: _____

ANTECEDENTES MATERNOS

Familiares: _____

Médicos: _____

Quirúrgicos: _____

Traumáticos: _____

Alergicos: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

G: _____ P: _____ Ab: _____ C: _____

Menarquia: _____ FUR: _____ FPP: _____

Métodos Anticonceptivos: _____

CONTROL PRENATAL: SI: _____ NO: _____ No. Consultas: _____

Lugar: _____

TIPO DE PARTO: EUTOSICO: _____ DISTOSICO: _____

Tipo de Distocia: _____

Referida para atención en Hospital 3 Nivel: SI: _____ NO: _____

Motivo: _____

Parto atendido por:

Comadrona Capacitada: _____

Médico Residente: _____

Médico Especialista: _____

Paciente llegó a Maternidad Periférica por ser referida de:

Maternidad del Hospital Roosevelt: _____

Maternidad del Hospital Gral. San Juan de Dios: _____

Otros: _____

Paciente llegó a Maternidad Periférica para atención por libre demanda: _____