



## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal así como la calidad de atención en el Hospital San Sebastián del Sigsig en el primer semestre del año 2010"

**Método y materiales:** Se realizó un estudio descriptivo en el primer semestre del 2010. El estudio abarcó a mujeres gestantes y neonatos atendidos en el Hospital del Sigsig en las áreas de maternidad y neonatología. Se llevó a cabo mediante recolección de datos a través del formulario #051 (CLAP) y test de evaluación del neonato, estándares e indicadores y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública. La información fue registrada, procesada y analizada mediante el Sistema Informático Perinatal y Excel.

**Resultados:** En el primer semestre del año 2010 encontramos 134 partos de los cuales 102 son normales y 32 son cesáreas. Presentaron algún tipo de patología: 74 mujeres (36.4 %), y 51 neonatos (29.01 %). La mortalidad materna y neonatal es de 0 %.

La patología materna predominante es el aborto incompleto (38.5%) % y neonatal es la hiperbilirrubinemia (51.9%). El porcentaje de cumplimiento de estándares de calidad supera el 85%.

**Conclusiones:** No se encontró muertes maternas ni neonatales. En cuanto al cumplimiento de estándares e indicadores se debe unir esfuerzos para mejorar la calidad de atención materno- neonatal.

**DeCS:** MORBILIDAD; MORTALIDAD MATERNA; MORTALIDAD NEONATAL; ESTÁNDARES DE REFERENCIA; CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD-NORMAS; AZUAY-ECUADOR.

## ABSTRACT

**Objective:** Identify the major causes of morbidity and maternal and neonatal mortality and the quality of care at the Hospital San Sebastian Sigsig in the first half of 2010 "

**Method and materials:** a descriptive study was conducted in the first half of 2010. The study included pregnant women and infants treated at the Hospital of Sigsig in the areas of maternity and neonatology. Was conducted by collecting data through the form # 051 (CLAP) and test evaluation of the neonate, standards and indicators, and protocols established by the Ministry of Public Health. The information was recorded, processed and analyzed using the Perinatal Information System and Excel.

**Results:** In the first half of 2010 are 134 births of which 102 were normal and 32 C-sections. Had some type of pathology: 74 females (36.4%) and 51 neonates (29.1%). Maternal and neonatal mortality is 0%.

The predominant breast pathology is incomplete abortion (38.5%)% and neonatal hyperbilirubinemia (51.9%). The percentage of compliance with quality standards above 85%.

**Conclusions:** There was no maternal or neonatal deaths. In terms of compliance standards and indicators should join efforts to improve the quality of maternal and neonatal.

**DeCS:** MORBIDITY; MATERNAL MORTALITY; NEONATAL MORTALITY (PUBLIC HEALTH); REFERENCE STANDARDS; QUALITY OF HEALTH CARE- STANDARDS; AZUAY-ECUADOR



## INDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO I .....	9
4. MARCO TEÓRICO .....	9
4.1 MORTALIDAD MATERNA .....	9
4.2 FACTORES DE RIESGO DE MUERTE MATERNA.....	10
4.3 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA.....	10
4.4 MORBILIDAD MATERNA.....	11
4.5 MORTALIDAD NEONATAL.....	12
4.6 CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL .....	12
4.7 MORTALIDAD NEONATAL EN ECUADOR.....	13
4.8 MORBILIDAD NEONATAL.....	15
4.9 CALIDAD DEL SERVICIO MATERNO - NEONATAL.....	15
4.10 PARTE LEGAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. ....	16
4.11 ESTANDARES E INDICADORES. ....	16
4.12 NORMAS Y PROTOCOLOS MATERNOS Y NEONATALES.....	18
4.13 PRÁCTICAS BENEFICIOSAS Y PERJUDICIALES .....	19
4.14 SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL.....	21
4.15 GESTIÓN Y ESTRATÉGIAS PARA REDUCIR LA MUERTE MATERNA Y NEONATAL .....	22
4.16 MARCO REFERENCIAL DEL HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DEL CANTÓN SIGSIG .....	24
CAPÍTULO II .....	25
5. OBJETIVOS .....	25
5.1 Objetivo General: .....	25
5.2 Objetivos Específicos: .....	25
CAPÍTULO III.....	26
6. DISEÑO METODOLÓGICO. ....	26
6.1 Tipo de Estudio. ....	26



6.2 Área de Estudio.....	26
6.3 Población.....	26
6.4 Operacionalización de las Variables.....	26
6.5 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos utilizados para Recolección de los Datos.....	29
CAPÍTULO IV.....	31
7. RESULTADOS .....	31
7.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN.....	31
7.2 MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL.....	32
7.3 MORBILIDAD MATERNA.....	32
7.4 RESULTADOS DE MORBILIDAD NEONATAL.....	33
7.5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) .....	34
7.6 RESULTADOS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE CALIDAD. HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DEL SIGSIG. ENERO – JUNIO 2010 .....	41
7.7 PROPUESTA DE GESTION PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE ATENCION MATERNO-NEONATAL.....	42
CAPÍTULO V.....	46
8.DISCUSIÓN.....	46
9. CONCLUSIONES .....	50
10. RECOMENDACIONES.....	50
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	51
12. ANEXOS.....	57
12.1 ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES .....	57
12.2 ANEXO 2: FORMULARIO # 051 .....	58
12.3 ANEXO 3: ESTANDARES DE CALIDAD DE LA ATENCION MATERNO-NEONATAL HOSPITAL SIGSIG ENERO-JUNIO 2010.....	59
12.4 ANEXO 4 IMÁGENES. ....	60



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**“MORBILIDAD, MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL Y CALIDAD  
DE ATENCION EN EL HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DEL SIGSIG  
2010”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICO.**

**AUTORES: ERIKA PAOLA GUARTAZACA GUERRERO  
JENNY PATRICIA GUZMÁN ARIAS**

**DIRECTORES: DR. JOSÉ ORTIZ  
DR. JAIME ÑAUTA**

**CUENCA–ECUADOR  
2010-2011**



## **DEDICATORIA**

Dedicado con mucho cariño a nuestros  
padres

## **LAS AUTORAS**



## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios, por su infinito amor, y darnos la fuerza para avanzar en el día a día.

A nuestras familias por su incesante apoyo, y sus consejos que nos impulsaron a realizar nuestras metas.

Nuestro sincero agradecimiento a nuestros directores, quienes nos guiaron para la realización del presente trabajo y a nuestra querida Universidad por formarnos durante este tiempo.

## **LAS AUTORAS**



## **RESPONSABILIDAD**

El contenido de la presente tesis es de única y absoluta responsabilidad de las autoras de la misma.

---

Erika Guartazaca Guerrero

---

Jenny Guzmán Arias





## 1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna y neonatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte. Cada año mueren en el mundo alrededor de 500.000 mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. El 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo y el 1% restante en los países desarrollados. (1) El fallecimiento de una mujer por causas asociadas a la maternidad se utiliza como un indicador de desarrollo, así en los países en desarrollo el riesgo de muerte materna es de 1 en 76, en el mundo industrializado es de 1 en 8000. (2)

En nuestro país la muerte materna es consecuencia de la situación de atraso y marginación en la que viven un sector de las mujeres por parte de las personas que conviven con ellas, del personal de salud y de autoridades gubernamentales. En el Hospital San Sebastián del Sigsig

En el Ecuador el aborto y la hemorragia posparto son las principales causas de morbilidad y mortalidad materna respectivamente. (3) Mientras que muerte neonatal se produce principalmente por: trastornos respiratorios (asfixia), malformaciones e infecciones. (4) La muerte materna y neonatal revela la falta de acciones para prevenir las mismas, como un adecuado control prenatal, asistencia de parto en una institución hospitalaria, atención obstétrica de emergencia, instrucción para fomentar medidas de cuidado del recién nacido, lactancia materna, higiene, modificar hábitos que prevengan futuras complicaciones y evitar las tres demoras (toma de decisión en buscar ayuda, en llegar al servicio de salud y en recibir tratamiento). (5)

Este estudio descriptivo realizado en el primer semestre del 2010 que forma parte del proyecto TICs (Tecnologías de Información y Comunicación para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios públicos de la provincia del Azuay), nos permitió con facilidad proceder a



recolectar los datos a través de fuentes indirectas, permitiéndonos obtener datos cuantitativos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal para una adecuada procesamiento de datos.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La morbilidad y mortalidad materna y neonatal podrían evitarse mediante por sencillos métodos y prácticas basados en el seguimiento médico continuo, el traslado efectivo y oportuno al segundo nivel de atención, acceso a los servicios de emergencia.

En nuestro país no se cuenta con un adecuado registro de los datos de información, que permitan la vigilancia epidemiológica y por ende la generación de estadísticas locales confiables para propuestas de gestión.

Se evidencia además un inadecuado manejo de las normas maternas y neonatales, así como la falta de cumplimiento de estándares e indicadores lo cual se refleja en la creciente morbilidad y mortalidad binomio madre-hijo.

Para que se dé la muerte materna existen las denominadas tres demoras: decisión de acudir en busca de atención cuando existe alguna complicación obstetricia, adoptar la decisión de ir en procura de atención médica y falta de atención rápida y oportuna al ingreso de los departamentos de emergencia de los hospitales

## **3. JUSTIFICACIÓN**

El ministerio de Salud Pública del Ecuador, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), y el Consejo Nacional de Salud (CONASA), han implementado estrategias y planes para reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal en nuestro país, contribuyendo al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (cuarto, quinto y sexto), enfocados a reducir la mortalidad materna y neonatal de forma significativa para el 2015. (9).

Los resultados junto con una base de datos adecuados permitirán implementar las acciones para prevención de factores de riesgo que llevan a morbilidad y mortalidad materna y neonatal, así como introducción y



participación activa del equipo de profesionales de la institución para una adecuada ejecución y consecución de las medidas planteadas.

Los principales beneficiarios de esta investigación son el personal de salud ya que se dispondrá de información sobre la morbi-mortalidad materna y neonatal del Hospital San Sebastián del Sigsig para la adecuada toma de decisiones, que luego beneficiarían a toda la comunidad.

Por ser parte del proyecto TICs, los datos de esta investigación también podrán observarse en la página web del proyecto.

## **CAPÍTULO I**

### **4. MARCO TEÓRICO**

#### **4.1 MORTALIDAD MATERNA**

La Organización Mundial de la Salud la define como el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada, o dentro de los 42 días posteriores a su terminación, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. (1).

Esta definición se considera limitada, ya que no permite identificar la real dimensión de la mortalidad materna. Por un lado, excluye los suicidios y los homicidios en mujeres adolescentes cuyo detonador es, en muchos casos, el embarazo.

Por el otro, deja fuera las muertes posteriores a los 42 días.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos del milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en el año 2000. El ODM 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes. Sin embargo, entre 1990 y 2005 la RMM sólo disminuyó en un 5%. (10)

Cada año mueren en el mundo cerca de 529 mil mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El 99 de muertes maternas y de recién nacidos ocurren en países en desarrollo. (11)

- Una de cada 17 mujeres muere por complicaciones relacionadas con el embarazo en los países en desarrollo mientras que en los países desarrollados es una mujer por cada 4 mil.



- Cada año alrededor de 20 millones de mujeres padecen complicaciones no fatales vinculadas al embarazo.
- Cada año mueren al menos 68 mil mujeres por complicaciones vinculadas a abortos realizados en condiciones de riesgo, casi todas ellas en países en desarrollo. (11)

## **4.2 FACTORES DE RIESGO DE MUERTE MATERNA**

Entre los factores generales se encuentran la edad, multiparidad, etc. Obstétricos: como el abortos, prematuridad, pre-eclampsia, hemorragia; y factores personales como hipertensión, infecciones, diabetes, desnutrición, entre otros

### **4.2.1 EDAD Y MUERTE MATERNA**

En nuestro país el 64% de muertes maternas ocurren entre las edades de 20 a 34 años. Del total de muertes maternas 10% ocurrieron en mujeres adolescentes (menores de 20 años), mientras que el 25% se presentaron en mujeres de 35 años y más mueren en un 25%. (12)

## **4.3 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA**

La mortalidad materna puede analizarse recurriendo a definiciones médicas, distinguiendo entre “causas obstétricas directas” y “causas obstétricas indirectas”. Las causas obstétricas directas superan el 70%. (13)

Entre estas causas médicas primarias figuran a nivel mundial la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%). Al analizar las causas obstétricas directas (excluyendo el aborto), la hemorragia, la septicemia y la toxemia son las tres causas más comunes, seguidas por las complicaciones del puerperio. (14)

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada.

Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.

La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia. (32)

La obstrucción del parto se produce cuando la cabeza del niño es demasiado grande para la pelvis de la madre o cuando tiene una mala posición para nacer. Una forma simple de identificar estos problemas tempranamente es el partograma (una gráfica de la progresión del parto y del estado materno y fetal). Los profesionales experimentados pueden utilizar el partograma para identificar y tratar el parto lento antes de que ponga en peligro la vida de la madre y del niño. En caso de necesidad se puede practicar una cesárea.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2009 en nuestro país las principales causas de mortalidad materna son: hemorragia (14.9%), hipertensión gestacional con proteinuria significativa (13.5%), eclampsia (12.5%), sepsis puerperal (4.3 %), seguidos de anomalía dinámica del trabajo de parto (3.4 %). (15)

#### **4.4 MORBILIDAD MATERNA**

La morbilidad está dada por las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación parto o puerperio (42 días después de terminada la gestación) y pueden ser inmediatas o mediatas, afectando la salud de las mujeres muchas veces en forma permanente. (16).

A nivel mundial, anualmente cerca de 50 millones de mujeres se ven afectadas por la morbilidad materna, es decir, sufren padecimientos



derivados del embarazo, parto o posparto. Esta morbilidad es prolongada y a menudo debilitante cuando menos para 15 millones de ellas. (16)

#### **4.4.1 CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA**

A nivel mundial como primera causa se encuentra el aborto no especificado con una tasa de 34.9 por 10.000 mujeres seguido de preeclampsia, eclampsia, hemorragias masivas, infecciones. (17)

#### **4.5 MORTALIDAD NEONATAL**

Es la mortalidad infantil que ocurre en los primeros 28 días de vida (0 al 27° día cumplido) (18).

Tiene, a su vez, dos componentes:

**4.4.1 Mortalidad Neonatal Precoz:** son las muertes infantiles que ocurren en los primeros 7 días (de 0 al 6° día cumplido).

**4.4.2 Mortalidad Neonatal Tardía:** son las muertes infantiles que ocurren desde el 7° al 27° día cumplido de vida.

En Latinoamérica mueren anualmente más de 350,000 niños menores de 5 años. De estos, el 70% ocurre en los menores de 1 año, con cerca de 280,000 muertes y dentro de los menores de un año, el 70% ocurre en el período neonatal. (19)

#### **4.6 CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL**

Según la clasificación internacional son: malformaciones congénitas, afecciones de origen perinatal, hipoxia/asfixia, dificultad respiratoria, hemorragias. (20)

Entre las causas de la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe de 2004 se incluyen: las infecciones (32%), la asfixia (29%), la prematuridad (24%), las malformaciones congénitas (10%) y otras (5%). (21)



Las complicaciones respiratorias, principalmente la asfixia, tienen dos principales factores causales: el primero (el más relevante) está directamente relacionado con la atención de la labor de parto, el parto y de las complicaciones obstétricas.

La duración de las complicaciones depende, principalmente, de la capacidad resolutive de los servicios de salud, una larga duración incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. Aquí tienen relevancia las infecciones intrahospitalarias.

El segundo se relaciona con el bajo peso al nacer y la prematuridad, que son las patologías de fondo que incrementan el riesgo de las otras patologías que se presentan durante la etapa neonatal. Si bien, la prematuridad tiene su origen en el primer trimestre, el uso de corticoides puede disminuirla.

#### **4.7 MORTALIDAD NEONATAL EN ECUADOR**

En el 2006 en nuestro país las principales causas son de mortalidad neonatal son: trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (27.5%), retardo en el crecimiento intrauterino, gestación corta y bajo peso al nacer (24.4 %), malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas (13.4 %), resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (12.8 %), y sepsis bacteriana del recién nacido (7.3 %) (22).

El peso bajo al nacer (PBN), si bien no es considerado como una causa directa de muerte neonatal, es un factor predisponente de gran importancia. Se estima en la región que un 9% de recién nacidos tienen PBN y en el país llega al 6,8%. (22)

**TABLA 1. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL  
ECUADOR 2009**

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	N	%
Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	572	17.4
Neumonía, organismo no especificado	265	8.1
Sepsis bacteriana del recién nacido	218	6.6
Otras malformaciones congénitas del corazón	156	4.8
Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	117	3.6
Neumonía congénita	92	2.8
Dificultad respiratoria del recién nacido	83	2.5
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	81	2.5
Hipoxia intrauterina	76	2.3
Síndromes de aspiración neonatal	75	2.3

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2009 (23)

Las provincias con tasas de mortalidad neonatal alta son: Carchi, Guayas, Pichincha, Los Ríos, Galápagos y Cotopaxi. En la provincia del Azuay la tasa de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos es de 7.9 %. (24)

#### **4.8 MORBILIDAD NEONATAL**

Según la literatura mundial las patologías que más predominan son: ictericia, problemas de alimentación (reflujo gastroesofágico) y problemas respiratorios. (25)

Entre los factores maternos relacionados están: desnutrición, edad, intervalo intergenésico, complicaciones de parto, infecciones maternas.

#### **4.9 CALIDAD DEL SERVICIO MATERNO - NEONATAL**

Llamamos definición operativa (diferente de una definición conceptual), o diseño de la calidad en salud, a la descripción de las acciones específicas que se deberán hacer en la prestación del servicio, para que se considere que la atención de salud es de calidad. (26). Esto implica que las acciones en la prestación del servicio, para ser de calidad, deberán incluir las prácticas basadas en la evidencia científica, así como también elementos pertinentes a la relación entre el proveedor de la atención y el usuario, que también han sido llamadas "calidez". En la práctica, estas características que describen la calidad de la atención se expresan operativamente a través de normas, protocolos, estándares clínicos. La medición de la calidad implica la utilización de instrumentos tales como estándares, indicadores, instrumentos de recolección de información y procesamiento de datos que arrojan resultados y confirman diagnósticos del funcionamiento de los sistemas y procesos de atención. A través del análisis de esta información los equipos de mejora continua de la calidad (EMCC) pueden identificar las brechas en la calidad (la diferencia entre lo establecido a través del estándar y lo realmente ejecutado).

Este es el primer momento metodológico del proceso de "Gestión de la calidad" que incluye dos momentos subsecuentes: el Control (medición) de la calidad y el Mejoramiento Continuo de la calidad.

El Ministerio de Salud Pública define operativamente la calidad esperada para la atención de la salud materno-neonatal, con el establecimiento de un paquete de estándares básicos tomados del documento “Norma Materno Neonatal” del MSP del 2008.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador implementa un proceso de Mejora Continua de la Calidad (MCC) de la atención obstétrica y neonatal esencial. Entre 65 y 70 unidades de salud, en su mayoría hospitales cantonales, han establecido equipos de MCC que miden y mejoran la atención a madres y recién nacidos. Se ha logrado el uso del partograma, manejo activo de la tercera etapa del parto, mejora de la atención prenatal, atención del recién nacido bajo criterios de calidad. (27)

#### **4.10 PARTE LEGAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.**

La constitución de la República asegura acceso gratuito a la salud dando prioridad a niños, adolescentes y embarazadas. En el Acuerdo firmado por el Ministerio de Salud Pública se declara al Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal como política prioritaria para lo que se exige la aplicación obligatoria en Unidades Operativas del cumplimiento de Normas y Protocolos de Atención materna/neonatal y estándares e indicadores para medir la calidad de atención. (28)

#### **4.11 ESTÁNDARES E INDICADORES.**

Estándar puede ser conceptualizado como la definición clara de un modelo, criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud. (29)

Los estándares requieren ser establecidos con el fin de contar con una referencia que permita identificar oportunamente las variaciones presentadas en el desarrollo de los procesos y aplicar las medidas correctivas necesarias.



El propósito de los estándares e indicadores es evaluar la calidad de atención materna y neonatal en las Unidades de Salud, además miden: provisión gratuita de insumos para la atención materno-infantil, control prenatal, uso de partograma, grafico de curva de alerta y dilatación cervical, toma de signos vitales maternos y fetales, manejo activo del tercer periodo de parto, examen del recién nacido, complicaciones obstétricas, mortalidad materna y neonatal ocurridas en el hospital. (30)

#### **4.11.1 Estándares e Indicadores para la Atención Materna**

**Control prenatal:** En toda mujer embarazada en su control prenatal (en cualquier semana de gestación) se aplicará y registrará en la historia clínica las siguientes actividades: Antecedentes personales y obstétricos, Semanas de amenorrea, Determinación de la tensión arterial, Auscultación de latidos cardiacos fetales (FCF) en embarazos > 20 semanas, Sangrado genital (SI APLICA), Actitud fetal (presentación posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación, Evaluación del estado nutricional, entre otros.

**Atención del parto:** En todos los partos atendidos se aplicará, registrará y graficará partograma, curva real de la dilatación cervical, descenso de la presentación, Control y registro de tensión arterial, actividad uterina, frecuencia cardiaca fetal.

**Atención post- parto:** En todo post parto inmediato atendidos en las unidades operativas deberá controlarse y registrarse en la historia clínica perinatal en 3 controles obligatorios durante las primeras 2 horas las se deberá: registrar la hora, temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina, características de los loquios.

**Partos atendidos por personal profesional calificado:** el 100% de los partos atendidos en hospitales básicos y generales serán atendidos por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz).

**Complicaciones obstétricas:** toda paciente con eclampsia, pre eclampsia, hemorragias obstétricas, infección/fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis; amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas se deberá manejar de acuerdo a la norma.

**Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas:** la tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del Embarazo) no deberá superar el 1%.

#### **4.11.2 Estándares e Indicadores para la Atención Neonatal.**

**Atención del recién nacido a término:** Todo recién nacido a término se deberá realizar y registrar en la historia clínica las siguientes actividades: medidas antropométricas, APGAR, registro de realización o no de reanimación, examen físico, administración de vitamina K, profilaxis oftálmica bacteriana, apego y lactancia materna precoz.

**Recién nacidos atendidos por profesional calificado:** El 100% de recién nacidos en los hospitales básicos y generales serán atendidos por médicos u obstetras.

**Complicaciones neonatales:** Todo recién nacido con infección, trastornos respiratorios, prematuros, peso bajo se deberá manejar de acuerdo a la norma.

**Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal:** se registrará todas las muertes de recién nacidos vivos ingresados y que murieron mientras estaban en el hospital hasta los 28 días de nacido.

#### **4.12 NORMAS Y PROTOCOLOS MATERNOS Y NEONATALES.**

A Nivel Nacional se utiliza protocolos establecidos por el Ministerio de salud Pública. El instrumento para evaluar, registrar, controlar el progreso de la labor de parto y determinar factores de riesgo es la Historia Clínica Perinatal

(Anexo 2). Los protocolos establecen criterios a seguir ante situaciones de riesgo como referencia a centros de mayor especialización para lo que se utiliza el carne perinatal. (30)

#### 4.13 PRÁCTICAS BENEFICIOSAS Y PERJUDICIALES

En la siguiente tabla se expone un listado de prácticas con estudios de Medicina basada en la evidencia.

**TABLA 2.**  
**PRÁCTICAS BENEFICIOSAS Y PERJUDICIALES MATERNO-NEONATAL**

PRCTICAS CLINICAS	BENEFICIOSAS		INEFECTIVA/ PERJUDICIAL	
	% válido de utilización	Número	% válido de utilización	Número
<b>CUIDADOS GENERALES DURANTE LA GESTACION</b>				
Carne materno perinatal	88,2	2562		
Suplemento con hierro y folatos	96,5	1703		
Tamizaje por bacteriuria asintomática durante la gestación	96,3	2036		
Tamizaje para sífilis antes de la semana 20	96,1	2639		
<b>INTERVENCIONES EN ALTERACION DE LA GESTACION</b>				
Sulfato de Mg. Para eclampsia	33,3	1		
Sulfato de Mg. Para pre-eclampsia severa	94,7	22		
Corticoidees para maduración en riesgo de parto prematuro	83,3	25		
<b>Intervenciones en trabajo de parto y parto</b>				
Enema evacuante durante el trabajo de parto			0,8	17
Rasurado perineal de rutina en la preparación del parto			43,0	799
Posición dorsal en el periodo expulsivo del parto			84,1	1678
Episiotomia en primíparas			46,9	799
Terminación electiva después de 48 semanas de gestación	58,4	73		
Apoyo continuo para la mujer durante el trabajo de parto	28,1	650		
Manejo del alumbramiento prevención de hemorragia posparto	92,7	1826		
<b>CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO</b>				
Lactancia materna exclusiva	96,1	2311		
Alojamiento conjunto madre-hijo	92,6	2215		

Fuente: Cochrane Database (30)

Según estudios clínicos se concluye que la suplementación periconcepcional con folato reduce la incidencia de defectos del tubo neural (RR: 0,28; IC: 95%: 0,13 a 0,58). (31)



El uso del sulfato de magnesio comparado con diazepam en el tratamiento de la eclampsia reduce el riesgo de muerte materna en un 40 % (IC 95% entre un 6% y 63%); y reduce la de recurrencia de convulsiones [RR 0,44; IC 95%: 0,34 a 0,57)]. (32)

El sulfato de magnesio en mujeres con riesgo de parto prematuro reduce de manera significativa la parálisis cerebral en el recién nacido (RR 0,68, IC del 95%: 0,54 a 0,87). (33)

Por tanto, el sulfato de magnesio sigue siendo el fármaco preferido, tanto para la prevención como para el tratamiento en mujeres con eclampsia. (34)

La administración prenatal general diaria o semanal de suplementos con hierro con o sin ácido fólico es efectiva para prevenir la anemia y la deficiencia de hierro al término. Sin embargo, no se encontraron pruebas de una reducción significativa de los resultados clínicos adversos importantes maternos y neonatales (bajo peso al nacer, retraso del desarrollo, parto prematuro, infección, hemorragia posparto). (35)

La administración antenatal de corticoides en las mujeres con riesgo de parto pretérmino reduce: el síndrome de dificultad respiratoria en un 36%, la mortalidad neonatal en un 37%, la hemorragia intraventricular en un 70%. (36)

Algunas prácticas clínicas que se han demostrado benéficas, aún no se han implementado o no se utilizan en forma rutinaria; tal es el caso del uso del carné materno perinatal, el tamizaje para sífilis durante la gestación, el diligenciamiento del partograma, la terminación de la gestación luego de 41 semanas para reducir la mortalidad perinatal, el apoyo continuo a la mujer durante el trabajo de parto y parto, el manejo activo del alumbramiento para prevenir la hemorragia posparto, la lactancia materna exclusiva y el pinzamiento del cordón umbilical después del primer minuto. De igual forma, otras prácticas que se han demostrado inefectivas e incluso perjudiciales, todavía se siguen utilizando, como es el caso del enema evacuante durante el trabajo de parto, la posición en decúbito dorsal (supino) en el periodo



expulsivo del parto y la restricción del contacto madre-hijo en los recién nacidos sanos.

#### **4.14 SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL**

El CLAP, como Centro especializado de OPS/OMS en Perinatología, y en respuesta a una necesidad sentida en todos los países de la Región, han elaborado la propuesta de Sistema Informático Perinatal (SIP) para acompañar y evaluar las decisiones de salud en todos los niveles.

El Sistema Informático Perinatal (SIP) incluye un programa de computación para recoger y analizar la información clínica que se integra al proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad. (37)

Está constituido por la historia clínica perinatal (con un sistema de alerta, destacado con color amarillo que indica riesgo), el carné perinatal y los programas para computadores personales. Los datos de la Historia clínica perinatal (HCP) son volcados a un computador y periódicamente se puede evaluar la situación perinatal y la calidad de la asistencia mediante programas que simplifican la elaboración de estadísticas básicas, selección de historias, descripción de variables, cálculos de riesgo.

En particular sus funciones incluyen:

- Servir de base para planificar la atención
- Verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias
- Unificar la recolección de datos adoptando normas y favorecer su cumplimiento.
- Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles
- Obtener localmente estadísticas confiables y facilitar auditorias.
- Facilitar la capacitación del personal de salud
- Registrar datos de interés legal

- Caracterizar a la población asistida
- Evaluar la asistencia
- Categorizar problemas
- Realizar investigaciones epidemiológicas
- Instrumentar el control de calidad de la atención

#### **4.15 GESTIÓN Y ESTRATÉGIAS PARA REDUCIR LA MUERTE MATERNA Y NEONATAL**

Se denomina gestión a conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto. Implica además como coordinar todos los recursos disponibles para conseguir determinados objetivos.

La mayoría de los países de la Región ha apoyado políticas o normas que recalcan la importancia de la maternidad sin riesgo y la meta de reducir la mortalidad materna en 50% para el año. Los países de América Latina y el Caribe han realizado esfuerzos para desarrollar leyes y políticas que mejoren la protección social para las mujeres, aun cuando queda mucho por hacer para promover y hacer cumplir este tipo de legislación.

Bolivia, Brasil, Ecuador y México han podido dar prioridad a la maternidad sin riesgo en la agenda política.

El modelo del financiamiento de la atención de salud debe facilitar el acceso y garantizar la calidad de la atención, incluyendo no sólo un conjunto esencial de servicios de salud, sino también un sistema viable de referencia de pacientes y de transporte. Algunos países, particularmente Bolivia, Ecuador y Perú, en sus reformas del sector de la salud, están practicando la cobertura universal mediante el seguro de salud para la atención médica de la madre.



En nuestro país durante el año 1994 se aprobó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, y del derecho a la salud de niñas y niños menores de cinco años en el Ecuador.

En nuestro país, esta ley es un aporte para superar la barrera económica de acceso a la salud al proveer de fondos para cubrir los gastos por medicamentos, micronutrientes (vitaminas), insumos médicos y de laboratorio, sangre y sus componentes, para un paquete básico de atención de salud sin costo para los/las usuarios/as en todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública del país.

En el año 2008 se creó el Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva en el que se incluye:

- Diagnóstico de factores que se relacionan con la muerte materna, el aborto y el embarazo no deseado, a través del Sistema de Vigilancia de la Muerte Materna
- Creación de los comités de Vigilancia de la Muerte Materna y generación de actividades intersectoriales, incluyendo al Registro Civil y participación ciudadana.
- Creación de las unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) incluyendo la Atención Calificada del Parto (ACP) y los Cuidados Obstétricos Completos (COC), a las cuales hemos añadido el componente neonatal.

#### **4.16 MARCO REFERENCIAL DEL HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DEL CANTÓN SIGSIG**

El escenario de nuestro estudio es el Hospital San Sebastián del Sigsig el mismo que se encuentra ubicado en la Avenida Kennedy, junto al Colegio Técnico Agropecuario en el cantón Sigsig, provincia del Azuay. Esta institución pública es un hospital de nivel básico de atención, debido a que se realiza acciones de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades que requiere hospitalización.

Es de una sola planta el cual cuenta con dos áreas:

1. Consulta externa y
2. Hospitalización.

En cuanto al área administrativa tenemos la Dirección del Hospital, Secretaria, Departamento Financiero: Administración, Contabilidad, Recaudación y Pagaduría, Departamento de Recursos Humanos, Estadística, Unidad de Conducción del Área, Inspectoría de Salud.

En el área de consulta externa se cuenta con cinco consultorios en las siguientes áreas: Pediatría, Odontología General, Cirugía, Clínica y Gineco-Obstetricia. Las camas hospitalarias disponibles son un número de 18.

El personal que labora en diferentes departamentos corresponde a un total de 60 personas.

Entre uno de los programas que lleva a cabo esta institución se encuentra el de Mejoramiento Continuo de calidad de los servicios de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, por lo que se colaboró con este trabajo de investigación.



## **CAPÍTULO II**

### **5. OBJETIVOS**

#### **5.1 Objetivo General:**

- ❖ Identificar las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, la calidad de atención en el Hospital San Sebastián del Sigsig en el primer semestre del año 2010.

#### **5.2 Objetivos Específicos:**

- ❖ Determinar las diez primeras causas de morbilidad materna y neonatal en el primer semestre del 2010.
- ❖ Analizar el cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad según la norma de Ministerio de Salud Pública de la Atención materna y neonatal del Hospital San Sebastián del Sigsig, que contemple: personal, infraestructura, equipos, medicamentos, insumos y satisfacción de las mujeres atendidas.
- ❖ Elaborar una propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de calidad de la atención materna y neonatal.

### CAPÍTULO III

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO.

### 6.1 Tipo de Estudio.

Se trató de un estudio descriptivo con base en el análisis del SIP y los estándares e indicadores de calidad del Ministerio de Salud Pública.

### 6.2 Área de Estudio

Servicio de maternidad y neonatología del Hospital San Sebastián del Sigsig.

### 6.3 Población

El universo lo constituyeron las mujeres en etapa preparto, parto y puerperio del servicio de maternidad, así como niños y niñas menores de 28 días nacidos en el Hospital San Sebastián del Sigsig.

### 6.4 Operacionalización de las Variables.

En la Historia Clínica Materna Perinatal del MSP- HCU. Form. #051 constan las siguientes variables:

#### 6.4.1 Variables Maternas (ver anexo 1 y 2)

**Datos Generales:** Edad: < 15 años, >35 años, etnia: blanca, indígena, mestiza, negra, otra, alfabeto: si, no, estudios: ninguno. Primaria, secundaria, universidad, estado civil: casada, unión estable, soltera, otro.

**Antecedentes:** Antecedentes familiares: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra condición médica grave.

Antecedentes personales: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra condición médica grave, cirugía genitourinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia.

**Antecedentes Obstétricos:** Gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos (viven), nacidos muertos, cesáreas, partos, embarazo ectópico, embarazos gemelares, embarazo planeado, fracaso de método anticonceptivo (no usaba, barrera, DIU, hormonal, emergencia, natural).

**Gestación Actual:** Fumadora activa/ pasiva, drogas, alcohol, violencia, anti rubéola (previa, no sabe, embarazo, no), antitetánica (vigente, dosis), Examen normal (odontológico, mamas, cérvix), Grupo sanguíneo(Rh: positivo, negativo), y Globulina anti D, toxoplasmosis: si, no, no sabe (< 20 semanas IgG, ≥20 semanas IgG, 1 consulta IgM), VIH: solicitado, realizado (< 20 semanas, ≥ 20 semanas), hemoglobina < 11 g/d (< 20 semanas, ≥ 20 semanas), hierro/folatos indicados (si, no), Sífilis- diagnóstico: prueba treponémica, no treponémica (< 20 semanas, ≥ 20 semanas), sífilis tratamiento: personal y de pareja (no, si, s/d, n/c), estreptococo B 35-37 semanas (+, - , no se hizo), Chagas (positivo, negativo, no se hizo), malaria (+, - , no se hizo), bacteriuria < 20 semanas, ≥ 20 semanas (normal, anormal, no se hizo), glucemia en ayunas ≥ 105 mg/dl (< 20 semanas, ≥ 30 semanas), preparación para el parto (si, no), consejería lactancia materna (si, no).

**Parto/Aborto:** Carné (si, no), total de consultas prenatales, hospitalización en embarazo (no, si –días), corticoides antenatales (completo, incompleto, ninguno, n/c), inicio (espontaneo, inducido, cesárea electiva), rotura de membranas ante parto (no, si), edad gestacional al parto (por FUM, por Eco), presentación-situación (cefálica, pelviana, transversa), tamaño fetal acorde (si, no), acompañante TDP-P (pareja, familiar, otro, ninguno).

**Enfermedades:** Ninguna, 1 o más (HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes I- II- III, infección ovular, infección urinaria, ameniza parto pre término, RCIU, rotura prematura de membranas, anemia, otra condición grave, hemorragia 1-2-3 trimestre, hemorragia postparto, infección puerperal).



**Egreso Materno:** Viva, traslado fallece, fallece durante o en lugar de traslado (si, no).

#### **6.4.2 Variables neonatales (ver anexo 1 y 2 )**

**Características Físicas del Recién Nacido:** edad < 37, 37 a 41, > 41 semanas. Sexo Masculino, Femenino, No definido. Peso: Adecuado, Pequeño, Grande. Estado general: APGAR asfixia severa, moderada, normal.

**Condición al nacer:** vivo, muerto.

**Atención:** Médico, Enfermera u Obstetriz, Auxiliar de enfermería, Estudiante o Empírica u otra persona.

**Diagnóstico de Laboratorio:** pH: Normal, Alto, Bajo. Glicemia: Normal, hiperglucemia, Hipoglucemia. Cultivo: tipo de germen.

**Tamizaje Neonatal Normal:** VDRL: si, no, no se hizo. TSH: si, no, no se hizo. Bilirrubina: si, no, no se hizo. Toxoplasmosis: si, no, no se hizo

**Meconio:** si, no.

**Defectos Congénitos:** No, Menor, Mayor (Código CIE1)

**Patologías:** No, Código CIE10

**Reanimación:** Oxígeno: si, no. Máscara: si, no. Tubo: si, no. Masaje: si, no. Adrenalina: si, no

**Egreso del RN:** Vivo, Fallece, Traslado

**Alimento al alta:** Lactancia exclusiva, Lactancia Parcial, Artificial.

**Boca arriba:** si, no.

**Vacuna BCG:** si, no.



## **6.5 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos utilizados para Recolección de los Datos**

**6.5.1 Recolección de la Información.-** Se realizó mediante el Sistema informático perinatal (SIP) del Hospital San Sebastián del Sigsig actualizando la información para proceder realizar la base de datos.

**6.5.2 Recolección de Datos.-** se revisó las historias clínicas para completar los datos faltantes, una vez completada la información se procedió a ingresar a la base de datos. Se realizó la revisión de egresos hospitalarios para poder encontrar las principales causas de morbilidad y mortalidad materna-neonatal. De igual manera se procedió a la verificación del cumplimiento de los estándares de calidad de atención materno neonatal.

**6.5.3 Autorización.-** Para la investigación se recolectó la información necesaria, la misma que se analizó con la previa autorización del personal del área de estadística del Hospital San Sebastián del Sigsig. El personal médico del Hospital del área de neonatología, maternidad y estadística colaboró con esta Investigación. Previo al estudio se pidió autorización de los directivos del Hospital.

**6.5.4 Plan de Tabulación y Análisis.-** Luego de recolectar los datos se efectuó el recuento, revisión y corrección de los mismos para luego ingresarlos en una base de datos y hacer el análisis estadístico con los programas SIP, Excel. El análisis e interpretación de los datos se realizó mediante la tabla basal y la tabla de resultados, los datos obtenidos para cada variable se presenta en tablas. Se identificó la prevalencia y frecuencia de mortalidad materna y neonatal, los factores de riesgo asociados, cumplimiento de protocolos de manejo materno y neonatal según OMS.



#### **6.5.5 Instrumentos:**

- ✓ Formularios
- ✓ Historia clínica Perinatal
- ✓ Computador
- ✓ Libro de partos y egresos

## CAPÍTULO IV

### 7. RESULTADOS

#### 7.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

**TABLA 1**

Distribución de 134 mujeres atendidas por parto en el Hospital de Sigsig.  
Enero junio 2010. Según Características demográficas de Cuenca 2011

VARIABLE	N°	%
<b>Edad Materna</b>		
Sin dato	0	0
0 – 14	0	0
15 – 19	30	22,4
20 – 34	92	68,7
35 – 43	11	8,2
44 – 49	1	0,7
>50	0	0
<b>Estado Civil</b>		
Sin dato	0	0
Soltera	19	14,2
Casada	68	50,7
Unión estable	47	35,1
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	82	61,2
Secundaria	38	28,4
Universidad	13	9,7
Ninguno	1	0,7
<b>Alfabeta</b>		
Si	133	99,3
No	1	0,7
<b>Etnia</b>		
Mestiza	128	95,5
Negra	6	4,5
<b>Vive sola</b>		
Si	1	0,7
No	133	99,3

Fuente: Formulario 051  
Elaborado por: Las Autoras

En la presente investigación participaron 134 mujeres embarazadas de las cuales más de la mitad de las mujeres (68.7 %) tienen una edad entre 20 – 34 años, la mayoría son casadas, y la gran mayoría solo cuenta con estudio de primaria lo que refleja en la condición social de estas mujeres, un 0,7 % son analfabetas, la gran mayoría son mestizas.

## 7.2 MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

Durante el periodo Enero-Junio 2010 en el Hospital San Sebastián del Sigsig no se registraron muertes maternas y neonatales.

## 7.3 MORBILIDAD MATERNA

**TABLA 2**

Principales causas de morbilidad materna en el Hospital San Sebastián  
Sigsig período enero – junio del 2010

N	CIE10	MORBILIDAD	FRECUENCIA	%
1	O03.4	Aborto Incompleto	15	38,5
2	O47.0	Amenaza de parto pretérmino	8	20,4
3	O23.2	Infección de tracto urinario	4	10,3
4	O20.0	Amenaza de aborto	3	7,7
5	O23.9	EPI	2	5,1
6	O01.0	Embarazo anembrionario	2	5,1
7	O21.0	Hiperemesis	2	5,1
8	O98	Infección del tracto vagina	1	2,6
9	O14	Preeclampsia grave	1	2,6
10	O85	Parto séptico	1	2,6
<b>Total</b>			<b>39</b>	<b>100</b>

Fuente: Libro de egresos hospitalarios Hospital Sigsig  
Realizado por: Las autoras

En cuanto a causas de morbilidad materno predomina el aborto incompleto siendo superior en enfermedades infecciosas y complicaciones del parto y postparto.

## 7.4 RESULTADOS DE MORBILIDAD NEONATAL

**TABLA 3**

Principales causas de morbilidad neonatal en 134 partos atendidos en el Hospital San Sebastián Sigsig período enero – junio del 2010

N	CIE 10	MORBILIDAD	FRECUENCIA	%
1	P59.9	Hiperbilirrubinemia	14	51,9
2	P55.1	Incompatibilidad ABO	3	11,1
3	P28.5	IRA+ Neumonía	2	7,4
4	P35	Riesgo de sepsis	2	7,4
5	P23.9	NAC	1	3,7
6	P22.0	SDR	1	3,7
7	P61.1	Policitemia	1	3,7
8	P83.9	Absceso de partes blandas	1	3,7
9	Q24	Cardiopatía congénita	1	3,7
10	Q90	Síndrome de Down	1	3,7
<b>Total</b>			<b>27</b>	<b>100</b>

Fuente: Libro de egresos hospitalarios Hospital Sigsig  
Realizado por: Las autoras.

En la presente tabla se puede observar que la patología predominante es la hiperbilirrubinemia e incompatibilidad comparado con enfermedades congénitas que se encuentran en porcentaje bajo.

## 7.5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP)

**TABLA 4**

Distribución de 134 mujeres atendidas por parto en el Hospital de Sigüig.  
Enero junio 2010. Antecedentes Familiares y personales. Cuenca 2010.

Variable	#	%
<b>Familiares</b>		
Tuberculosis	0	0
Diabetes	7	5,2
HTA	16	11,9
Preeclampsia	0	0
Eclampsia	0	0
Otra	3	2,2
<b>Personales</b>		
Tuberculosis	0	0
Diabetes	0	0
Hipertensión	0	0
Preeclampsia	3	2,2
Eclampsia	0	0
Otra	4	3
Cirugías	1	0,7
Infertilidad	0	0
Cardiopatía	0	0
Nefropatía	4	3
<b>Antecedentes gemelares</b>		
Ultimo RN previo	62	46,3
No sabe	0	0
<2500	72	53,7
Normal	0	0
>2500	53	39,6
<b>Fracaso de método anticonceptivo</b>		
Natural	1	0,7
No usaba	133	99,3
Barrera	0	0
DIU	0	0
Hormona	0	0
Emergencia	0	0
<b>Gestas previas</b>		
0	53	39,6
1 – 3	66	49,3
> 4	15	11,2
<b>Abortos</b>		
0	122	91
1-3	12	9

Fuente Formulario 051

Elaborado por: Las Autoras

En relación a los antecedentes de la gestación observamos que la mayoría de las mujeres atendidas en el Hospital San Sebastián tienen como

principal antecedente familiar Hipertensión Arterial, y como antecedente personal Preclampsia. Además se observa que de forma sobresaliente las gestantes fueron multigestas ya que presentan como antecedente de 1 a 3 gestas previos, y de 1 a 3 abortos previos. Sin embargo no usaban método anticonceptivo previo al embarazo.

**TABLA 5**

Distribución de 134 mujeres atendidas por parto en el Hospital de Sigüig.  
Enero junio 2010. Gestación actual. Cuenca 2010.

Variable	#	%
<b>Edad gestacional confiable por</b>		
ECO <20SG	8	6
FUM	43	32,1
<b>Antirubéola</b>		
Previa	17	12,7
No sabe	52	38,8
No	65	48,5
<b>Antitetánica</b>		
Si	58	43,3
No	76	56,7
<b>Examen Odontológico</b>		
Mamas	96	71,6
	106	79,1
<b>Cérvix inspección visual</b>		
Normal	61	45,5
Anormal	0	0
No se hizo	73	54,5
<b>Cérvix PAP</b>		
Normal	35	26,2
Anormal	1	0,7
No se hizo	98	73,1
<b>Cérvix COLP</b>		
Normal	12	9
Anormal	0	0
No se hizo	122	91
<b>Bacteriuria &lt;20</b>		
Normal	44	32,8
Anormal	24	17,9
No se hizo	66	49,3
<b>Bacteriuria &gt;20</b>		
Normal	39	29,1
Anormal	32	23,9
No se hizo	63	47
<b>Estreptococo</b>		
+	0	0
-	3	2,2
No se hizo	131	97,8
<b>Hierro</b>		
Si	123	91,8
No	11	8,2
<b>Preparación para parto</b>		
Si	64	47,8
No	70	52,2
<b>Consejería lactancia</b>		
Si	61	45,5
No	73	54,5
<b>VDRL+</b>		
0	0	0
<b>Sífilis +</b>		
0	0	0

Fuente Formulario 051

Elaborado por: Las Autoras



La mayoría de mujeres conocen la Fecha de última menstruación (FUM). Un porcentaje considerable desconoce sobre las inmunizaciones propias del embarazo. En cuanto a los exámenes durante el embarazo se realizan en su mayoría excepto examen de detección de enfermedad cervico-uterina. Un gran porcentaje no se realiza examen de orina muy importante para detección oportuna de infecciones y proteinuria. El hierro es distribuido para casi la totalidad de mujeres. No hay una adecuada preparación para el parto y la lactancia.



**TABLA 6**

Distribución de 134 mujeres atendidas por parto en el Hospital de Sigsig.  
Enero junio 2010. Características de parto. Cuenca 2010.

Variable	#	%
<b>Hospitalización durante el embarazo</b>		
Si	11	8,2
No	123	91,8
<b>Corticoides</b>		
Completo	0	0
Incompleto	0	0
Ninguno	6	4,5
n/c	128	95,5
<b>Inicio de parto</b>		
Espontáneo	102	76,1
Inducido	4	3
Cesárea electiva	28	20,9
<b>Presentación/Situación</b>		
Cefálica	127	94,8
Pelviana	7	5,2
Transversa	0	0
<b>Tamaño fetal acorde</b>		
Si	131	97,8
No	3	2,2
<b>Ruptura de membranas</b>		
Si	9	6,7
No	125	93,3
<b>Acompañante parto</b>		
Pareja	24	17,9
Familiar	7	5,2
Otro	1	0,7
Ninguno	102	76,1
<b>Acompañante durante trabajo de parto</b>		
Pareja	67	50
Familiar	56	41,8
Otro	2	1,5
Ninguno	9	6,7
<b>Posición al parto</b>		
Acostada	132	98,5
Cuculillos	2	1,5
<b>Manejo activo</b>		
Oxitócicos prealumbramiento	11	8,2
Oxitócicos posalumbramiento	129	96,3
<b>Episiotomía</b>		
Si	25	18,7
<b>Desgarro</b>		
No	105	78,4
Si		
1	13	9,7
2	11	8,2
3	5	3,7
4	0	0
<b>Placenta</b>		
Completa	132	98,5
Retenida	2	1,5
<b>Ligadura cordón precoz</b>		
Si	25	18,7
No	109	81,3
<b>Medicación recibida</b>		
Oxitócicos TDP	39	29,1
<b>Analgesia</b>		
Si	39	29,1
No	95	70,9
Anestesia local	12	9
Anestesia regional	94	70,1
Anestesia general	2	1,5
Antibióticos	19	14,2
Transfusión	2	1,5
Otros	4	3

Fuente: Formulario 051

Elaborado por: Las autoras



Un bajo porcentaje de mujeres han estado hospitalizadas durante el embarazo. El inicio de los partos es espontáneo en su gran mayoría. La presentación cefálica predomina. En la mayor parte de los casos el tamaño fetal es adecuado. Pocas mujeres han presentado ruptura de membranas. Durante el trabajo de parto únicamente un escaso número de mujeres se encuentran solas. La posición predominante para el parto es acostada. En relación al manejo activo del tercer período de parto hay mayor uso de oxitócicos postalumbramiento en relación con oxitócicos prealumbramiento. La episiotomía se realiza en número bajo de mujeres, predomina desgarro de primer grado. Placenta retenida se encuentra en escasas ocasiones. La ligadura precoz de cordón es baja. En cuanto a la medicación recibida los oxitócicos se administran en un porcentaje no significativo. Un escaso número de mujeres ha requerido transfusión sanguínea.

**TABLA 7**

Distribución de 134 mujeres atendidas por parto en el Hospital de Sigsig.  
Enero junio 2010. Características de Recién nacido. Cuenca 2010.

Variable	#	%
<b>Peso para la edad gestacional</b>		
Adecuado	124	92,6
Pequeño	5	3,7
Grande	5	3,7
<b>Reanimación</b>		
Estimulación	2	1,5
Oxígeno	5	3,7
Máscara	0	0
Intubación	0	0
Masaje	0	0
<b>Perímetro cefálico</b>		
Normocefálico	82	61,2
Macrocefalia	1	0,7
Microcefalia	51	38,1
<b>APGAR 1er minuto</b>		
0-3	0	0
4-6	0	0
7-10	134	100
<b>APGAR 5to minuto</b>		
0-3	0	0
4-6	0	0
7-10	134	100
<b>Atendió parto</b>		
Médico	134	100
Obstetra	0	0
Enfermera	0	0
Estudiante	0	0
Empírica	0	0
<b>Atendió Neonato</b>		
Médico	134	100
Obstetra	0	0
Enfermera	0	0
Estudiante	0	0
Empírica	0	0
<b>Defectos congénitos</b>		
Si	1	0,7
No	133	99,3

Fuente: Formulario 051

Elaborado por: Las autoras

En cuanto al recién nacido el peso para edad gestacional es adecuado en un gran porcentaje de casos. La normocefalia predomina en gran porcentaje. La



totalidad presenta un APGAR adecuado sobre 7. Tanto parto como recién nacido son atendidos por médicos.

**TABLA 8**

Distribución de 134 mujeres atendidas por parto en el Hospital de Sigsig.

Enero junio 2010. Egreso hospitalario y de recién nacido. Cuenca 2010.

Variable	#	%
<b>Egreso materno</b>		
Viva	134	100
Fallece	0	0
<b>Anticoncepción/ consejerías</b>		
Si	108	80,6
No	26	19,4
<b>Egreso RN</b>		
Vivo	133	99,3
Fallece		
Traslado	1	0,7
<b>BCG</b>		
Si	129	96,3
No	5	3,7
<b>Alimento al alta</b>		
Lactancia exclusiva	131	97,8
Artificial	3	2,2

Fuente: Formulario 051

Elaborado por: Las autoras

La totalidad de mujeres y casi todos los recién nacidos egresan vivos del Hospital, en la mayoría de los casos los recién nacidos reciben lactancia exclusiva. La consejería de anticoncepción es recibida por un alto porcentaje de mujeres. Durante el tiempo de estudio no se evidencia muerte neonatal.



## 7.6 RESULTADOS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD. HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DEL SIGSIG. ENERO – JUNIO 2010

ESTÁNDARES E INDICADORES	%
1. Estándares básicos e indicadores de entrada para la atención de la salud materna y del recién nacido/a.	91.5
2. Estándar e indicador de proceso: control prenatal.	85.6
3. Estándares e indicadores de proceso: atención del parto.	86.7
4. Estándar e indicador de proceso atención del post – parto.	81.1
5. Estándares e indicadores de proceso: atención del/a recién nacido/ a término.	82.8
6. Estándar e indicador de atención del parto y recién nacido/a por personal profesional calificado	98.6
7. Estándares e indicadores de complicaciones obstétricas.	100
8. Estándares e indicadores de complicaciones neonatales	100
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>90.7</b>

Fuente: Departamento de estadística Hospital del Sigsig  
Elaborado por: Las autoras

El porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad para la atención materna y neonatal en el Hospital San Sebastián del Sigsig supera 85% (ver anexo 2)



## **7.7 PROPUESTA DE GESTION PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE ATENCION MATERNO-NEONATAL (38)**

La presente investigación se realizó en el Hospital San Sebastián del Sigsig, se pudo observar que debido a la reciente implementación del Sistema informático perinatal y la falta de adecuada preparación del personal se presentan falencias comunes en la mayor parte de Hospitales Públicos Cantonales.

En la mayor parte de los casos la atención se centra en resolver un problema médico y no en prevenirlo lo que denota la falta de organización y estrategias para llevar a cabo programas que ayuden a consolidar y mejorar el sistema de atención primaria en salud Materno-Neonatal.

Para conseguir una atención más eficiente basado en las necesidades de la población se debe realizar cambios inmediatos en los diferentes estratos que comprenden los establecimientos hospitalarios.

En el desarrollo de lo citado se necesita citar objetivos que engloben el problema como crear una propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de calidad de la atención materna y neonatal en el Hospital San Sebastián del Sigsig. A continuación identificaremos los principales problemas detectados en el Hospital San Sebastián del Sigsig:

### **1. Dependientes del personal.**

En el Hospital San Sebastián del Sigsig, es notorio un déficit de conocimientos y por ende aplicación de normas maternas neonatales del Ministerio de Salud Pública, y el correcto llenado sobre el formulario 051 lo que se expresa en un inadecuado cumplimiento de las mismas, el tiempo es un factor importante debido a que muchas de las veces el personal no realiza un correcto llenado del formulario por las diferentes funciones que deben cumplir por lo que es necesario personal que se dedique al adecuado registro de la información.

## **2. Dependiente de Infraestructura.**

Instalaciones inadecuadas que impiden el cumplimiento de algunas normas del ministerio de salud pública como el acompañamiento durante el trabajo, labor de parto y practica de parto culturalmente aceptado (parto vertical).

## **3. Equipos**

Es necesario la adquisición de equipos básico para tratar complicaciones materno-neonatales frecuentes como por ejemplo en la sala de emergencia no se cuenta con catéter venoso central indispensable en situaciones de shock, equipos de fórceps y ventosas ‘útiles en caso de distocias.

Los equipos de quirófano se encuentran en regular estado de funcionamiento, en ocasiones los equipos de instrumentación no cuentan con materiales adecuados para las diferentes intervenciones quirúrgicas.

## **4. Medicamentos.**

En el Hospital de Sigsig no se cuenta con la farmacia las 24 horas ya que el personal labora hasta las 17:00 siendo un gran inconveniente sobre todo por la necesidad de medicación durante la noche. Cabe resaltar que se realizan cirugías pero no se cuenta con banco de sangre disponible en casos necesarios.

## **5. Insumos.**

Déficit de equipo de parto, que en ocasiones se hace necesario conseguirlos fuera del hospital, en horarios no laborables.

## **Análisis de causas del problema.**

La principal causa de las falencias del Sistema se debe al déficit de preparación del personal que no le da la suficiente importancia a la recolección y registro de datos completos, otra de las causas que se

va de las manos del personal es la falta de presupuesto adecuado que cubra las necesidades básicas de la salud.

### **Materiales y Métodos**

Los instrumentos utilizados para la medición de la calidad de atención son los estándares, indicadores, instrumentos de recolección de información y procesamiento de datos establecidos por el Ministerio de salud que permiten comparar resultados de los diferentes establecimientos de salud.

### **Estrategia y Propuesta.**

El 1º nivel de atención es el nivel que soluciona, teóricamente, el 80% de los problemas sanitarios y en donde los recursos actúan, principalmente, en forma preventiva y educativa. Por ello, el sistema de salud no puede verse sólo como el desarrollo de los servicios básicos de salud, sino como la movilización de todos los recursos disponibles mediante la educación apropiada, potenciando la capacidad de las comunidades para participar en la resolución de sus necesidades. Las principales intervenciones contenidas como programa estratégico se deben focalizar en tres momentos del ciclo de vida:

#### **1) Antes del embarazo se propone:**

Incrementar población con conocimientos en salud sexual y reproductiva, que accede a métodos de planificación familiar a través de:

- Constituir municipios, comunidades escuelas y familias saludables que promuevan, la salud sexual y reproductiva.
- Incrementar la disponibilidad y acceso a consejerías en salud sexual y reproductiva, y a métodos de planificación familiar.

#### **2) Durante el embarazo y el parto se propone:**

Reducir la morbilidad y mortalidad materna a través de:

- Incrementar el acceso de las gestantes a servicios de atención prenatal de calidad, el cual incluye también el diagnóstico y





tratamiento oportuno de las complicaciones que se presentan durante el embarazo, como la anemia, las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones urinarias.

- Incrementar la atención del parto por profesional es de salud calificado.
- Incrementar el acceso a establecimientos con capacidad para resolver emergencias obstétricas básicas, esenciales y las intensivas.
- Incrementar el acceso a la red de centros de hemoterapia.
- Fortalecer el sistema de referencia en cuanto a su organización, operación y financiamiento.

### **3) Durante el periodo neonatal se propone:**

Reducir la morbilidad y mortalidad neonatal a través de:

- Incrementar el acceso al parto por profesional de salud calificado.
- Incrementar el acceso a establecimientos con capacidad para resolver emergencias neonatales básicas, esenciales y las intensivas.

## CAPÍTULO V

### 8. DISCUSIÓN

Nuestro estudio se centra en la identificación de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal así como en la calidad de atención en el Hospital “San Sebastián de Sigsig” durante el período Enero – Junio de 2010 el mismo que se llevó a cabo mediante la revisión de la Historia Clínica Perinatal (Formulario 051) así como los estándares de calidad del Hospital y en los egresos hospitalarios donde se pudo obtener las principales causas de morbilidad materna y neonatal.

A nivel de América cada año mueren cerca de 529 mil mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El 99% de muertes maternas y de recién nacidos ocurren en países en vías de desarrollo, alrededor de 20 millones de mujeres padecen complicaciones no fatales vinculadas al embarazo y al menos 68 mil mujeres mueren por complicaciones vinculadas a abortos realizados en condiciones de riesgo.

Entre los factores de riesgo a nivel de nuestro país están edades entre 20 a 34 años (64%). De estas 10% ocurrieron en mujeres adolescentes (menores de 20 años), mientras que el 25% se presentaron en mujeres de 35 años, y más de 35 años mueren en un 25%.

En relación con nuestro estudio en el Hospital San Sebastián del Sigsig podemos encontrar que el 22,4 % de embarazos se presentan en adolescentes y solamente un 8,9% en mayores de 35 años existiendo la mayor prevalencia de embarazo entre 20 – 34 años con 68,7%.

En el 2009 en nuestro país las principales causas de mortalidad y morbilidad materna son: hemorragia (14.9%), hipertensión gestacional con

proteinuria significativa (13.5%), eclampsia (12.5%), sepsis puerperal (4.3 %), seguidos de anomalía dinámica del trabajo de parto (3.4 %), aborto no especificado, infecciones. Comparando con nuestro estudio se encuentra 11,9% de mujeres con antecedentes familiares de HTA y solamente un 2,2% tiene antecedentes de haber tenido preeclampsia. En cuanto a hemorragias del primer trimestre se encuentra como la primera causa de morbilidad materna el aborto incompleto con el 45,96%, únicamente un 2,2% de mujeres necesitaron transfusión sanguínea. El porcentaje de infecciones de tracto urinario no es muy alto (9,46%) en relación a un alto porcentaje de mujeres que no se realizan exámenes de orina (< 20 semanas 49,3%) (>20 semanas 47%) para detección y tratamiento oportuno de infecciones y prevención de posibles complicaciones.

Se encontró también que la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual “sífilis” en el Hospital del Siglo es de 0%.

Con respecto a la mortalidad neonatal se la define como la que ocurre en los primeros 28 días de vida. Las principales causas de morbi- mortalidad en recién nacidos en nuestro país son trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (27.5%), retardo en el crecimiento intrauterino, gestación corta y bajo peso al nacer (24.4 %), malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas (13.4 %), resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (12.8 %), y sepsis bacteriana del recién nacido (7.3 %).

El peso bajo al nacer (PBN), si bien no es considerado como una causa directa de muerte neonatal, es un factor predisponente de gran importancia en el país llega al 6,8%

En la presente investigación se encuentra que solamente un 3,7% de los recién nacidos presenta peso bajo al nacer, predominando con 92,8% el peso adecuado para edad gestacional, en cuanto al valoración de vitalidad mediante el APGAR ningún recién nacido presento un APGAR ni en el

primero ni el quinto minuto menor a 7- 10. En cuanto a reanimación fue necesaria en 5,2% de los recién nacidos (oxígeno en 1,5% y estimulación en 3,7%). Únicamente se encuentra 1 recién nacido con mal formación congénita que corresponde a 0,7%.

El dato relevante del Hospital es que el 100% tanto de partos como de recién nacidos fueron atendidos por médicos.

Entre las principales causas de morbilidad en el Hospital del Sigsig están hiperbilirrubinemia con el 43,64%, en contradicción con la principal causa de morbilidad a nivel del país, los trastornos respiratorios en el estudio aparecen entre la quinta causa de morbilidad Insuficiencia Respiratoria Aguda con 3,64%, séptima causa síndrome de distres respiratorio con 1,82% al igual que taquipnea transitoria del recién nacido y neumonía. El riesgo de sepsis se presenta en el 10,91% de recién nacidos.

En cuanto a medicina basada en evidencia y prácticas beneficiosas podemos ver que la administración de hierro durante el embarazo es una práctica beneficiosa en el presente estudio el 91,3% el resto de mujeres que no recibe hierro se debe a que no acuden o no se realizan los controles prenatales.

Otra práctica beneficiosa es el apoyo durante el parto comparado con nuestro estudio durante el trabajo de parto las mujeres son acompañadas por familiares, pareja u otra persona en un 100% mientras que en el parto son acompañadas solamente por un 23,1%.

La lactancia materna exclusiva se considera también como práctica beneficiosa en el Hospital del Sigsig el 97,8% de recién nacidos son alimentados con lactancia materna exclusiva.

El estudio nos permitió conocer que las principales causas de morbilidad y mortalidad materna están directamente relacionadas con una falta de control



prenatal adecuado, además que algunas de las normas de atención materna y neonatal aún no se ponen en práctica como déficit de realización de exámenes como exámenes de orina en el que el porcentaje de mujeres que no se realiza los exámenes es superior al 40%; control adecuado de inmunizaciones como la vacuna para la rubéola capaz de prevenir esta enfermedad que causa serias consecuencias fetales no se coloca en el 48,5% de mujeres; adecuada preparación para el parto en el que el 52,2% de mujeres refieren no haber recibido algún tipo de indicación así como 54,5 % de mujeres desconocen técnicas de lactancia y cuidados, posición de parto en un 98, 5% sigue siendo acostada y el parto vertical que es el más recomendado y fisiológico se realiza en 1,5%. Estas son las principales variables en las que falta poner énfasis en el cumplimiento de los protocolos de atención materno y neonatal.

Por último si bien la prevalencia de morbilidad y mortalidad materna y neonatal en el país ha disminuido en el Hospital del Sigsig en el año 2010 encontramos 255 partos de los cuales 74 de las mujeres y 51 neonatos que corresponde a un 36,4% y 29,01% respectivamente presentaron algún tipo de patología. La mortalidad materna y neonatal en el Hospital San Sebastián del Sigsig es de 0%.



## **9. CONCLUSIONES**

Con el presente estudio se pudo observar que la morbilidad materna y neonatal se debe a un inadecuado control prenatal, y que con la implementación de las normas ha disminuido la patología en dicho Hospital. El cumplimiento de las principales normas se lleva a cabo por lo que la mortalidad en el Hospital es de 0% y se da un manejo adecuado a las principales patologías que se presentan en el período perinatal.

## **10. RECOMENDACIONES**

Al realizar el estudio en el Hospital San Sebastián de Sigsig se recomienda el llenado adecuado del formulario 051 que se basa en la Historia clínica, debido a que esta información es esencial para el manejo de estadísticas fidedignas para la toma de correctivos a futuro.



## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

(1) Perellon, J. Reducir la Mortalidad Materna, 2009. Disponible en: <http://alainet.org/active/35064>.

(2) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología v.35 n.3, Mortalidad materna, un problema por resolver. 2009

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2009000300001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2009000300001&lng=pt&nrm=iso)

(3) INEC 2008 Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y defunciones. Disponible en: [www.inec.gov.ec](http://www.inec.gov.ec)

(4) Ministerio de Salud Pública. Plan nacional de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal 2008. Disponible en:

[http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/1.%20Plan Nacional de RedumccionAceleradadelaMortalidadMaternayNeonatal.pdf](http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/1.%20Plan%20Nacional%20de%20Reduccion%20Acelerada%20de%20la%20Mortalidad%20Materna%20y%20Neonatal.pdf).

(5) Parada A, Mortalidad materna.2007

Disponible en: [http:](http://www.democraticdialoguenetwork.org/file.pl?files_id=652;folder=attachment;name=PLAN ESTRATEGICO MORTALIDAD MATERNA.pdf)

[www.democraticdialoguenetwork.org/file.pl?files\\_id=652;folder=attachment;name= PLAN ESTRATEGICO MORTALIDAD MATERNA.pdf](http://www.democraticdialoguenetwork.org/file.pl?files_id=652;folder=attachment;name=PLAN ESTRATEGICO MORTALIDAD MATERNA.pdf).

(6)Capurro, H. Mortalidad materna e infantil, Enero 2008. Disponible en: <http://www.nacerlatinoamericano.org>

(7) INEC. Población total y tasas brutas de natalidad, mortalidad general, mortalidad , infantil y materna, según regiones y provincias de residencia habitual. Año 2009. Disponible en: [http://](http://www.inec.gob.ec/c/document_library/get_file?folderId=6293379...)

[www.inec.gob.ec/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6293379...](http://www.inec.gob.ec/c/document_library/get_file?folderId=6293379...)

- (8) Osorno, B. et. al. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre Enero del 2003 y Mayo del 2006. 2007. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342007000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342007000300003&script=sci_arttext)
- (9) Ban Ki-moon. Objetivos de desarrollo del Milenio - ODM. Informe 2009. Disponible en: <http://www.undp.org/spanish/mdg/>
- (10) Maternal mortality in 2005. Estimates develop by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la salud, 2007.
- (11) Cruz G, Morbilidad y mortalidad materna, dos caras de la inequidad. Disponible en: <http://enferlic.blogspot.com/2011/01/mortalidad-y-morbilidad-materna-dos.html>
- (12) CONASA, Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, 2008. Disponible en: <http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/1.%20Plan NacionaldeReduccionAceleradadelaMortalidadMaternayNeonatal.pdf>.
- (13) OPS, OMS, Estrategia regional para la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas, 2006. Disponible en: [http://www.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdcofesa/pdf/estrategia%20salud%20reproductiva\\_spa.pdf](http://www.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdcofesa/pdf/estrategia%20salud%20reproductiva_spa.pdf)
- (14) Perellon J, Reducir la mortalidad materna, 2009. Disponible en: <http://alainet.org/active/35064>





(15) INEC Principales causas de mortalidad materna Ecuador 2009.

Disponible en:

[www.inec.gob.ec/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6293379...](http://www.inec.gob.ec/c/document_library/get_file?folderId=6293379...)

(16) Cruz G, Mortalidad y morbilidad materna, dos caras de la inequidad, 2007 Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/site/s07082803-NUEVA-IDENTIDAD-Mo.30088.0.html>

(17) OMS, Reducción de la mortalidad materna de un tercio 2010. Disponible en:

[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/maternal\\_mortality\\_20100915/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/maternal_mortality_20100915/es/index.html).

(18) Dirección Nacional de salud materno infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la región, Morbi-mortalidad materna y mortalidad infantil en la República de Argentina Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/morbimor.pdf>

(19) Revista Chilena de Ginecología, 2005, Mortalidad perinatal de las Américas. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n5/art01.pdf>

(20) Organización Panamericana de Salud. Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe 2008. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iaiepi28711.pdf>

(21) MSP, CONASA, Plan Nacional de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal, Septiembre 2008. Pag. 24.

(22) Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas, Indicadores básicos.

2004. Disponible en:

<http://www.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdcofesa/pdf/iaiepiRedMMNALyC.pdf>



(23) INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2009. Disponible en: [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec).

(24) INEC. Población total y tasas brutas de natalidad, mortalidad general, mortalidad , infantil y materna, según regiones y provincias de residencia habitual. Año 2008. Disponible en: [http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu\\_est/reg\\_adm/est\\_vit/est\\_nac\\_def](http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def)

(25) Blondel, B. et. al. Mortinatalidad y mortalidad neonatal 2006. Disponible en: <http://www.em-consulte.com/es/article/41821>

(26) USAID, Métodos y Herramientas para la mejora continua de la atención 2009. Disponible en: [http://www.maternoinfantil.org/practicass\\_submenu.php?id\\_menu=35](http://www.maternoinfantil.org/practicass_submenu.php?id_menu=35)

(27) Ministerio de Salud Pública. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno – Neonatal junio 2008. Disponible en: <http://pediatria.org.ec/LeccionesAprendidas.pdf>.

(28) Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Septiembre del 2008. Disponible en: <http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/1.%20PlanNacionaldeReduccionAceleradadelaMortalidadMaternayNeonatal.pdf>

(29) OPS/OMS “Manual de Orientación en la Aplicación de Estándares para la Atención de la Salud”. Disponible en: <http://erc.msh.org/quality/pstools/psdefstd.cfm>

(30) Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de normalización. Normativa técnica Nacional de atención de parto vertical, Abril 7, 2008



Disponible en: <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/Normativa%20parto%20V8.pdf>

(31) León, W. et. al. Componente Normativo Materno. Quito Ecuador. 2008. Pág. 20-4

(32) MONTERROSA, E. et. al. Prácticas basadas en la evidencia en el cuidado de la gestación, trabajo de parto, puerperio y recién nacido, Avances en enfermería - vol. XXIV no. 1 enero- junio 2006. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/articulos/art12.pdf>

(33) Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2008. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=1205&id=&lang=es&dblang=&lib=BCP>

(32) Chapman E.et. al. Se debe utilizar sulfato de magnesio o diazepam para el tratamiento de la eclampsia?. Julio 2008. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/resumenes/58.pdf>

(33) Lex W Doyle.et.al. Sulfato de magnesio en mujeres en riesgo de parto prematuro para la neuroprotección del feto, Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford Disponible en: [www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20559639&DocumentID=CD004661](http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20559639&DocumentID=CD004661)

(34) Duley L, Matar H, Almerie M, Hall D. Regímenes alternativos de sulfato de magnesio para mujeres con preeclampsia y eclampsia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 8. Art. No.: CD007388. DOI: 10.1002/14651858.CD007388

(35) Juan Pablo Peña-Rosas, Fernando E Viteri. Efectos y seguridad de la administración preventiva de suplementos de hierro por vía oral con o sin ácido fólico a embarazadas (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca*



*Cochrane Plus* 2009. Disponible en: H:\Efectos y seguridad de la administración preventiva de suplementos de hierro por vía oral con o sin ácido fólico a embarazadas.mht

(36) Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 3, 2006. Oxford: Update Software.

(37) OPS/OMS, Sistema informático Perinatal para Windows e internet, manual resumido 2006. Disponible en: [http://www.clap.opsoms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201524.PDF](http://www.clap.opsoms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201524.PDF)

(38) Ministerio de salud. Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009 – 2011. Mayo 2009g

Disponible en : [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:L3yKwza-sNYJ:www.asumen.org.ar/pdf/plan\\_mortalidadmaterna.pdf+propuesta+de+gestion+para+el+mejoramiento+del+SIP&hl=es&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEE SjGMwIQcGJx5VsCrV0H-qXaDnBcP6LWgVbuc5PI45uk\\_9PIF5Ww2tpZeX5O43mXNg8pULI-bGQfGxAFb2CAhLraMvqwZOwl2pTI1TDR9t1B8pwjgPtz1Epmr8LOMvXS83m-ITUc&sig=AHIEtbSL2H5C6L9z9swS1rBvbBcNNX3ZhA](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:L3yKwza-sNYJ:www.asumen.org.ar/pdf/plan_mortalidadmaterna.pdf+propuesta+de+gestion+para+el+mejoramiento+del+SIP&hl=es&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEE SjGMwIQcGJx5VsCrV0H-qXaDnBcP6LWgVbuc5PI45uk_9PIF5Ww2tpZeX5O43mXNg8pULI-bGQfGxAFb2CAhLraMvqwZOwl2pTI1TDR9t1B8pwjgPtz1Epmr8LOMvXS83m-ITUc&sig=AHIEtbSL2H5C6L9z9swS1rBvbBcNNX3ZhA)

## 12. ANEXOS

### 12.1 ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Características	
Datos de filiación	Etnia, estado civil, edad, nivel de instrucción	
Antecedentes prenatales	Familiares- Personales	TBC, diabetes, HTA, preclamsia, eclamsia, cirugía genito-urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia, otros
	Obstétricos	Gestas previas, abortos, partos vaginales/cesáreas, nacidos vivos/muertos. Fin de embarazo anterior/ planeado/ fracaso de método anticonceptivo
Gestación Actual	Peso, talla, FUM, FPP, alcohol, drogas, violencia, antirubeóla, antitetánica, grupo sanguíneo, VIH, Toxoplasmosis, Hb, Hierro/Folatos, Sífilis, glicemia. Controles antenatales: fecha, EG, pulso, PA, altura uterina, presentación, FCF, movimientos fetales, proteinuria, signos de alarma, exámenes y tratamiento.	
Parto	Fecha, hospitalización en el embarazo, corticoides neonatales, inicio, rotura de membranas, edad gestacional, presentación, tamaño fetal, acompañante. Hora, minuto, posición de la madre, PA, pulso, dilatación, altura/presentación, paridad, posición, FCF, meconio. Enfermedades: HTA previa/inducida en embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, infección ocular/urinaria, amenaza de parto pretérmino, RCIU, RPM, anemia, hemorragia	
Recién nacido	Vivo/muerto, múltiple, posición, episiotomía, desgarros, oxitócicos, inducción de parto, placenta, medicación recibida	
Egreso materno	Fecha, anticoncepción, viva, fallece, días completos desde el parto.	



## 12.3 ANEXO 3: ESTANDARES DE CALIDAD DE LA ATENCION MATERNO-NEONATAL HOSPITAL SIGSIG ENERO-JUNIO 2010

Proceso	Estándar	Indicador	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio		
			N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%
C. P. adu. para la	1	% Insuertos en salas de atención Materna y R.N.	151	207	92							189	207	91						
	2	% Control pre natal atendido según norma.	27	30	90	27	30	90	26	30	87	24	30	80	21	30	70	29	30	97
Atención del Parto	3A	% Partos con partograma graficado y con control.	7	9	78	4	5	80	9	12	75	5	7	71	16	23	70	14	21	67
	3B	% partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	1	1	100	1	1	100	2	2	100
	4	% Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer periodo).	11	11	100	10	10	100	15	15	100	8	8	100	23	23	100	24	24	100
Atención Profesional	5	% de post partos con control según la norma	8	11	73	7	10	70	11	15	73	6	8	75	23	23	100	23	24	96
	6	% de RN en los que se realizó actividades de la norma.	14	19	74	11	14	79	20	25	80	10	14	71	26	26	100	27	29	93
	7A	% partos atendidos por médicos u obstétricos.	11	11	100	10	10	100	15	15	100	8	8	100	23	23	100	24	24	100
	7B	% de RN atendidos por médicos u obstétricos.	11	11	100	10	10	100	15	15	100	8	8	100	21	23	91	28	30	93
	8A	% de ptes con pre eclampsia, eclampsia manejada según la norma	1	1	100	1	1	100	1	1	100	1	1	100	0	0	###	0	0	###
Complicaciones Obstétricas	8B	% de Hemorragias Obstétricas manejadas según la norma	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###
	8C	% de Infecciones obstétricas manejadas según la norma	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###
	8D	% Partos Pretermino con Corticoides prenatales.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	2	2	100	0	0	###
	8E	% Partos Pretermino con Nifedipina como Uteroinhibidor.	0	0	###	2	2	100	0	0	###	1	1	100	2	2	100	0	0	###
	8F	% Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas, manejadas de acuerdo a norma.	0	0	###	0	0	###	1	1	100	1	1	100	0	0	###	0	0	###
Complicaciones Neonatales	9A	% RN con Infección, manejados de acuerdo a la norma.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	2	2	100	1	1	100	0	0	###
	9B	% RN con Trastornos Respiratorios, manejados de acuerdo a la norma.	1	1	100	1	1	100	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###
	9C	% RN con Prematuridad, manejados de acuerdo a la norma.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###
Estándares e Indicadores de Salida	10	Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas.																0	13	0
	11	Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.	0	19	0	0	14	0	0	25	0	0	14	0	0	26	0	0	30	0
	12	% de complicaciones obstétricas atendidas, de las esperadas	1	114	1	3	114	3	2	114	5	2	114	7	4	114	10	1	114	11
	13	% de muertes maternas investigadas	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###



## 12.4 ANEXO 4 IMÁGENES.

### VISTA PANORAMICA DEL CANTON SIGSIG



### HOSPITAL SAN SEBASTIAN DEL SIGSIG

