



RESUMEN

ANTECEDENTES: La morbilidad materno-neonatal en nuestro país continua siendo responsable de muertes maternas (90.2 x 100 mil nacidos vivos) y de niños menores de un año (18.1 x 1000 nacidos vivos) (INEC 2007), por causas del embarazo, parto y puerperio, como consecuencia de carencia de recursos de salud, de lo cual se dispone de escasa información.

OBJETIVO: Describir las principales causas de morbilidad materno-neonatal y calidad de atención en el Centro de salud Carlos Elizalde, Área N°4 Yanuncay durante el año 2010.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de las principales causas de morbilidad materno-neonatal durante el año 2010 mediante recolección de datos de historias clínicas perinatales, base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), libros de partos y egresos hospitalarios de 338 pacientes atendidos por parto en el Centro de salud Carlos Elizalde.

RESULTADOS: Entre las enfermedades maternas más frecuentes encontradas están: Infección de vías genitourinarias, desnutrición en la gestación, preeclampsia moderada y preeclampsia severa.

Las enfermedades neonatales fueron: hiperbilirrubinemia, riesgo y ó sospecha de sepsis, distrés respiratorio, asfixia inicial grave, hipoglucemia y otros.

CONCLUSIONES: En el Área de Salud No 4 se encontraron como principales causas de morbilidad a la infección de vías genitourinarias como causa materna y a la hiperbilirrubinemia como causa neonatal; patologías que pueden ser tratadas a tiempo evitando problemas de salud inmediatos y a largo plazo. Los estándares de calidad establecidos por la norma del MSP se cumplen en su totalidad y no se observó mortalidad materno-neonatal.

PALABRAS CLAVE: MORBILIDAD MATERNA Y NEONATAL.



DeCS: MORBILIDAD-TENDENCIAS; SALUD MATERNO-INFANTIL; CALIDAD, ACCESO Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD; CENTROS DE SALUD MATERNO-INFANTIL-NORMAS; CENTROS DE SALUD MATERNO-INFANTIL- ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; CUENCA-ECUADOR



SUMMARY

BACKGROUND: The neonatal and maternal morbidity in our country continues to be responsible for maternal deaths (90.2 x 100 000 live births) and children under one year (18.1 per 1000 live births) (INEC 2007), for reasons of pregnancy, childbirth and postpartum period because of lack of health resources, for which little information is available.

To describe the main causes of maternal and neonatal morbidity and quality of care at the Health Center Carlos Elizalde, Yanuncay Area No. 4 during 2010.

METHODOLOGY: A descriptive study of the major causes of maternal and neonatal morbidity in 2010 by collecting data from medical records perinatal database of the Perinatal Information System (SIP), books of births and hospital discharges of 338 patients admitted for delivery in health Center Carlos Elizalde.

RESULTS: Among the most common maternal diseases found are: genitourinary tract infection, malnutrition during pregnancy, mild preeclampsia and severe preeclampsia.

Neonatal diseases were: hyperbilirubinemia risk or suspected sepsis, respiratory distress, severe initial asphyxia, hypoglycemia, and others.

CONCLUSIONS: In the health area were found to No 4 leading causes of morbidity genitourinary tract infection as a cause of maternal and neonatal hyperbilirubinemia as a result, diseases that can be treated early to avoid immediate health problems and long term. The quality standards set by the MSP rule are met in full and there was no neonatal and maternal mortality.

KEYWORDS: MATERNAL AND NEONATAL MORBIDITY.



DeCS: MORBILITY-TRENDS; MATERNAL AND CHILD HEALTH; HEALTH CARE QUALITY, ACCESS, AND EVALUATION; MATERNAL-CHILD HEALTH CENTERS-STANDARDS; MATERNAL-CHILD HEALTH CENTERS-STATISTICS AND NUMERICAL DATA; CUENCA-ECUADOR



INDICE DE CONTENIDOS

Contenido

RESUMEN	1
SUMMARY	3
DEDICATORIA	9
AGRADECIMIENTO	11
INTRODUCCIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
FUNDAMENTO TEÒRICO	16
Morbilidad Neonatal.....	16
Morbilidad Materna.....	19
Estándares e Indicadores para la calidad atención de Salud Materna y del Neonato	23
GESTIÓN EN SALUD.....	27
MODELOS DE GESTIÓN EN SALUD EN AMÉRICA LATINA	28
OBJETIVO GENERAL:.....	31
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	31
DISEÑO METODOLÓGICO	32
Tipo de Estudio.....	32
Estudio descriptivo.....	32
Área de Estudio	32
Población de estudio	33
Criterios de inclusión	33
Criterios de exclusión.	33
PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	34
Recolección de la Información.....	34
Instrumentos.....	34
Autorización.....	34
RESULTADOS.....	35



Diez Causas de Morbilidad Neonatal en el Centro de Salud Carlos Elizalde durante el año 2010.....	41
Objetivos:.....	45
Propuesta:	45
Estrategias y actividades	45
Responsables.....	47
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES.....	51
LIMITACIONES.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52



Nosotros Estefanía Gabriela Zúñiga Miranda y Milton Paúl Yunga Guamán, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de nuestro título de Médico General. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autores.

Estefanía Gabriela Zúñiga Miranda y Milton Paúl Yunga Guamán, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

MORBILIDAD MATERNA Y NEONATAL
Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE
ÁREA N° 4 YANUNCAY DURANTE EL AÑO 2010

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO.

AUTORES: **ESTEFANÍA GABRIELA ZÚÑIGA MIRANDA.**
MILTON PAÚL YUNGA GUAMÁN.

DIRECTOR Y ASESOR: DR. JOSÉ ORTÍZ SEGARRA.

CUENCA – ECUADOR

2012



DEDICATORIA

"El agradecimiento es la memoria del corazón." –
Lao-tse.

Es mi deseo como gesto de agradecimiento, dedicar este trabajo de tesis a todas aquellas personas que han estado a mi lado a lo largo de mi proceso académico, a mis maestros, a mis hermanos, amigos y en especial a Marco, Esperanza y Danilo, por haber sido quienes permanentemente me apoyaron con espíritu alentador, contribuyendo de manera incondicional para así lograr mis metas y objetivos propuestos.

Estefanía.



DEDICATORIA

"El agradecimiento es la parte principal del hombre de bien." – Quevedo

Es por eso que este trabajo de tesis va dedicado, en muestra del más grande agradecimiento, a mis padres y mis hermanos que me brindaron su incondicional apoyo en cada paso de mi formación y darme la oportunidad de poder alcanzar una más de mis metas propuestas. A mi amiga y compañera Estefanía por su ayuda, esfuerzo y dedicación aportada para alcanzar este objetivo.

Milton.



AGRADECIMIENTO

Es indispensable dejar constancia de nuestro agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo. Una eterna gratitud a nuestro amigo y maestro: Dr. José Ortiz por su apoyo intelectual e incondicional en la consecuencia de este proyecto, a la Dra. Tania Prado por su excelente asesoría y el tiempo prestado durante la culminación de nuestro trabajo. Además a las autoridades a cargo del Centro de Salud Carlos Elizalde No 4 Yanuncay por la apertura, colaboración y facilidad que nos brindaron para cumplir con nuestra investigación.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno multicausal de morbilidad de madres e infantes carece de información actualizada y concisa en nuestro medio, por lo que realizamos un estudio descriptivo mediante la recolección de datos durante el año 2010 en la Unidad de Salud No 4 Carlos Elizalde, que forma parte del proyecto de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal conjuntamente con nueve unidades más, en los servicios públicos de la provincia del Azuay.

Desde tiempos remotos hasta la actualidad, las mujeres han presentado inconvenientes durante la gestación, parto y postparto, corriendo riesgos de salud, en su empeño por traer una vida al mundo. Con el advenimiento de la medicina, se ha logrado mejorar y sustituir las antiguas formas de atención a mujeres gestantes y a sus niños, pero pese a ello se continúan presentando grandes falencias en este ámbito. (1)

El grave problema de la morbilidad materno-neonatal es un objetivo de desarrollo del Milenio, puesto que su incidencia aún no ha desaparecido. Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2009, 536 000 mujeres sufrieron complicaciones durante la gestación o parto, en ocasiones llevándolas a la muerte, y además se indica que la morbilidad neonatal es usual, pudiendo ser directa y resultar de un incorrecto manejo de la salud materno-neonatal. (2)

Al culminar nuestra investigación los principales resultados indican que en cuanto al comportamiento de los estándares e indicadores de salud en el Centro de Salud Carlos Elizalde se cumplen en su totalidad, pero pese a ello aún existe morbilidad siendo las entidades más importantes: neonatal; ictericia, y como causa materna la infección de vías genitourinarias durante el embarazo.

Creemos que nuestra investigación no debería remitirse exclusivamente a la



obtención de resultados estadísticos. Por esta razón luego de evaluar los problemas que impiden el progreso integral del Centro de Salud Carlos Elizalde, hemos elaborado una estrategia de gestión en salud, para su mejoramiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La morbilidad y mortalidad materna y neonatal en nuestro país continua siendo un problema importante de Salud Pública, así confirmado con las tasas según INEC 2009 donde reporta que cada dos días muere una mujer por causas relacionadas con la gestación (96.3 x 100 mil nacidos vivos) y 10 niños menores de un año cada día (18.1 x mil nacidos vivos). Nuestra provincia posee una tasa de mortalidad más alta que a nivel nacional (139.7 x 100 mil nacidos vivos), que ocurre a causa de factores sociales, económicos, culturales, sanitarios, etc. (3)

A partir de finales del año 2009 se implementó en 10 unidades de Salud de la provincia del Azuay un Sistema Informático Perinatal, disponiendo de una red de información implementada para la vigilancia epidemiológica, registro de patologías, mejoramiento de la gestión de calidad de los servicios y difusión de indicadores, procesos, resultados y desarrollo de módulos educativos para el mejoramiento de la salud materna y neonatal.

En el Centro de Salud Carlos Elizalde existía un inadecuado manejo del SIP, debido a una recolección de información no fiables y ó un elevado porcentaje de falta de datos, como consecuencia de la carencia de capacitación continúa del personal médico y además por la falta de instrumentos de egresos hospitalarios. Por ello se han generado estadísticas locales no veraces y un sistema incompleto de registro y control de datos de los pacientes, que al final de la evaluación mensual o anual de morbilidad materna-neonatal impide la adecuada valoración, para planificar y finalmente exponer propuestas de gestión más convenientes para la realización de prácticas clínicas y tratamientos médicos. (4)



JUSTIFICACIÓN

La información obtenida buscará crear fuentes de análisis confiables que permitan conocer las enfermedades de mayor impacto en las mujeres y recién nacidos que asisten al Centro de Salud Carlos Elizalde, así también se determinará el cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de atención.

La difusión de resultados fortalecerán los objetivos del programa TICS mediante su publicación en su página web (www.investigacionsalud.com) y posteriormente proveerá de bases para investigaciones futuras, de esta manera se beneficiará a las autoridades de salud, personal médico y por supuesto a la población atendida en las distintas casas de salud.

El informe será entregado a las autoridades del Centro de Salud Carlos Elizalde que servirá como modelo para identificar la problemática de salud existente y de esta manera corregir las deficiencias y toma de decisiones en su administración.

FUNDAMENTO TEÒRICO

Los problemas sanitarios más trascendentes a nivel mundial, nacional y local continúan siendo los relacionados con la salud de la madre y del niño, por lo que en este documento daremos fundamental importancia a la descripción de la morbilidad materna y neonatal. De igual forma se detallarán a continuación los Estándares de Calidad de Atención en Salud de madres y recién nacidos, que son importantes monitores del rendimiento y desempeño del personal de salud y su institución. Además describiremos el CLAP/Sistema Informático Perinatal (SIP) implementado para la vigilancia epidemiológica que forma parte de la Norma y Protocolo establecido por el Ministerio de Salud Pública en la mayoría de los establecimientos de salud del país. Y por último haremos hincapié en la gestión en salud y sus modelos de administración para el mejoramiento de los problemas encontrados concretamente en el Centro de Salud Carlos Elizalde.

GENERALIDADES

La morbilidad materna y neonatal hacen referencia a enfermedades que afectan al niño y a su madre durante y después del período de gestación (5). Las causas tempranas de morbilidad neonatal, ocurren dentro de las primeras 24 horas del postparto, las cuales pueden provocar complicaciones, reingresos y en ocasiones hasta la muerte (6) (7). En cuanto a la morbilidad materna, fenómeno multifactorial, variará según su etiología, gravedad, duración, momento de aparición, secuelas, cada una con sus causas, consecuencias e implicaciones distintas para la prevención y/o tratamiento. (8)(9)

Morbilidad Neonatal

La morbilidad neonatal es la proporción de recién nacidos (RN) que enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado en relación con la población total de neonatos en ese lugar. Los recién nacidos se ven afectados debido a que son un grupo vulnerable por su condición inmunológica inmadura y por otros factores que podrían prevenirse con una asistencia médica

oportuna y eficaz, sobretudo el control durante los primeros meses de vida donde el riesgo es superior. (10)

En Ecuador según la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2007), las causas principales de morbilidad neonatal (primeros 28 días de vida), reporta de mayor a menor a las patologías más comunes en los RN: los trastornos respiratorios, asfixia perinatal, infecciones, malformaciones congénitas, enfermedad diarreica, tétanos neonatal y otras. Dichas patologías nombradas se asemejan a las causas de morbilidad infantil (periodo desde los 28 días de vida hasta los siete años de edad): Trastornos respiratorios, asfixia perinatal, infecciones, malformaciones congénitas y como factor predisponente está el Bajo Peso al Nacer (BPN), considerándose el 9% en nuestra región y 6,8% a nivel nacional. Demostrando que el problema de base inicia en el RN repercutiendo en el infante. (11)(12)

Todos estos indicadores reflejan que las complicaciones pueden ser severas que en un inicio que podrían llegar a un desenlace crudo provocando en algunos casos mortalidad neonatal, reflejadas en las situaciones de salud ligadas con la madre y su atención durante el embarazo, el parto y el puerperio refiriendo sobre todo los estados nutricionales, riesgos, presencia de toxemias del embarazo y otras causas en el futuro. (13)

En el año 2009 la INEC describe como primera causa de morbilidad neonatal a los trastornos relacionados con duración corta de gestación y con bajo peso al nacer, que corresponde al 17,4% del total de muertes infantiles (tasa de 2,6 por cada 1000 nacidos vivos), luego encontramos la neumonía que corresponde al 8,2% (tasa: 1,2 por 1000 nacidos vivos), en tercer lugar se encuentra la sepsis bacteriana del recién nacido con 6,6% (taza de 1,0 por 1000 nacidos vivos) y por último la dificultad respiratoria del recién nacido con un 2,5% (taza 0,4 por 1000 nacidos vivos). En cuanto a la morbilidad infantil en menores de un año la primera causa corresponde a la neumonía por organismo no especificado con una tasa de 266.0 por cada 10000 nacidos vivos. (14)

Con todo lo enunciado anteriormente y al tener conocimiento pleno que el RN es vulnerable por su condición de inmadurez fisiológica se entiende que van a

existir mayores complicaciones en los RN con nacimiento pretérmino siendo una de las más comunes causas de internamiento anteparto, así un estudio realizado en México, compara la morbilidad a corto plazo de los RN a término con la de los RN en el periodo pretérmino tardío, donde los resultados revelan que los RN pretérmino tardío son el grupo más vulnerable porque tuvieron mayor incidencia de síndrome de dificultad respiratoria (21.1 ± 7 vs 3.5 ± 0.7 , $p < 0.0001$), estancia intrahospitalaria más prolongada (1.4 ± 0.7 vs 3.7 ± 4.4 , $p < 0.0001$), ictericia que requiere fototerapia ($16.5\% \pm 2.5$ vs $1.6\% \pm 0.5$, $p < 0.0001$) e hipoglucemia ($7.3\% \pm 1.7$ vs $1.07\% \pm 0.4$, $p < 0.0001$) ya que las dos últimas semanas de gestación son críticas para el desarrollo y maduración fetal. Además los cambios hormonales y bioquímicos que acompañan al trabajo de parto espontáneo y al nacimiento vaginal tienen importante transición. (15)

Otro estudio de morbilidad neonatal realizado en Cuba (2004), en 2 maternidades, demuestra la susceptibilidad de los recién nacidos. Se estudiaron las principales causas de morbilidad, siendo las variables: edad materna y gestacional, tipo de parto, peso recién nacido, afecciones más frecuentes, edad de los primeros síntomas. El resultado determinó que a menor tiempo de gestación existe bajo peso en el RN (50%). En cuanto al tiempo de gestación y al tipo de parto el mayor porcentaje de morbilidad ocurrió con las cesáreas (38.2%), con una mayor predisposición a diversas afecciones como el Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (27.3%), bronconeumonías (15.5%) y bajo peso relacionado con madres adolescentes (7.3%). Las tres primeras causas de morbilidad fueron SDRRN, bronconeumonía y Síndrome Febril. (16)

En el parto la ruptura prematura de membranas (RPM), conlleva a una considerable predisposición de morbimortalidad neonatal, por ello en caso de presentarse debe tenerse en cuenta el uso de antibióticos como una de las prácticas beneficiosas para el RN y la madre. La infección a manifestarse (corioamnionitis) a menudo es subclínica, por ello es fundamental la profilaxis confirmada por la evidencia científica que indica que el uso de antibióticos luego de la RPM se asocia con una reducción estadísticamente significativa de infección (CR 0,66, [IC] del 95%: 0,46 a 0,96;), además se reducen los

siguientes marcadores de morbilidad neonatal: infección neonatal, uso de surfactante, oxigenoterapia y ecografía cerebral anormal anterior al alta hospitalaria. Los fármacos usados fueron la combinación de amoxicilina + ácido clavulánico, pero asociados a con un mayor riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal, por lo que deben ser administrados con precaución. A partir de ello se obtuvo una nueva evidencia disponible donde la eritromicina parecería ser una mejor opción (RR 0.34 IC 95% 1.56-2.35) En definitiva estos datos respaldan el uso rutinario de antibióticos en la rotura prematura de membranas.

(17)

Además otro estudio realizado en Cuba acerca del comportamiento de la hiperbilirrubinemia agravada en el RN, como resultados indican que la incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal agravada fue del (3,67%), que tiene predominó en hermanos con antecedentes de ictericia (56,65 %), el tiempo de aparición fue a las 48 a 72 h y demostró también que entre los factores agravantes se hallaron el nacimiento pretérmino y el bajo peso al nacer, determinándolos así como agentes importantes de morbilidad en el neonato.

(18)

Morbilidad Materna

De manera similar como en el neonato, las complicaciones y muertes maternas ocurren en el primer trimestre de la gestación y en la primera semana después del parto, siendo extremadamente altas en el primer y segundo día después del nacimiento, provocado por problemas previos al embarazo; como la desnutrición materna y la anemia, puesto que tienen serias repercusiones en la salud de la mujer y del neonato, así una mujer desnutrida tendrá un hijo con bajo peso al nacer, con consecuencias que se traducen en altos costos socio económicos y además llevan una carga de enfermedades posteriores.

La morbilidad mal controlada según datos de la UNICEF es responsable de varias muertes maternas, que ocurren en los hospitales por tres razones: 1) Las mujeres que llegan muy tarde a recibir atención médica, 2) Las mujeres que llegan con complicaciones que hubieran podido solucionarse con intervenciones efectivas y oportunas, y 3) Las mujeres que son admitidas para



un parto normal y súbitamente desarrollan complicaciones naturales o iatrogénicas, muriendo con o sin atención de emergencia.

Entre otros factores causantes de morbi-mortalidad, de cierto modo prevenibles, están: el tipo de servicio de salud, la educación, los ingresos, la cultura, la discriminación y la violencia contra las mujeres, falta de poder para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su vida, que por medio de la intervención médica no solo física y biológica, sino psicológica puede tener un cambio de 360 grados. (19)

En el ámbito mundial las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría postparto), las infecciones (generalmente postparto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), la obstrucción del parto y los abortos peligrosos. Las demás son causadas por enfermedades como paludismo, anemia o la infección por VIH/sida en el embarazo. (20)

Según la INEC 2009 en la población femenina la causa de egresos hospitalarios más significativa es el aborto no especificado con una tasa de 31.3 por 10000 mujeres. (3)

Las principales causas de morbilidad materna son:

- Parto obstruido (38.7%)
- Abortos (27.9%)
- Otras complicaciones (24.7%)
- Hipertensión del Embarazo (4.5%)
- Hemorragias (1.6%)
- Partos prolongados (1.5%)
- Embarazos ectópicos (0.7%)
- Abortos en condiciones inseguras (0.3%)

Todas del total de complicaciones. (21)

Para determinar la morbi-mortalidad materno-neonatal y para evaluar la edad gestacional como factor de riesgo asociada a la morbilidad en prematuros, se realizó una investigación en Colombia con neonatos menores a 37 semanas. Las variables estudiadas fueron: año de nacimiento, edad gestacional, peso al nacer, embarazo múltiple, género, APGAR, vía del parto, patología materna, diagnóstico de ingreso, intervenciones y complicaciones. El resultado mostró que la enfermedad hipertensiva materna fue la principal causa de prematuridad, la infección fue la complicación más frecuente (33.2%) y la principal causa de muerte (37%). Siendo la etiología más frecuente la de tipo respiratorio (76.8%), la mortalidad materna temprana fue calificada en 63%, y se obtuvo un total de 46 defunciones y una mortalidad neonatal de 8.3 x 1000 nacidos vivos. (22)

Otra investigación realizada en base a artículos científicos, en Argentina, muestra que el índice de morbilidad materna incrementa si la mujer es adolescente. Expone un análisis sobre las características inherentes a la adolescente embarazada, y enfatiza sobre los riesgos del mismo. Concluyendo que el embarazo en adolescentes tiene mayores riesgos que en una mujer adulta, incluyendo el neonato, pues prevalece la anemia, escasa ganancia de peso materno, infecciones urinarias frecuentes y estados de hipertensión gestacional, además durante el periodo de parto hay un mayor índice de partos operatorios y de lesiones anatómicas en el canal blando; y por último en el puerperio prevalece la anemia y la endometritis. (23)

Es decir las causas de morbilidad materna son trastornos o enfermedades preexistentes, agravadas por el embarazo; tipo de discapacidad que puede ocurrir en cualquier momento y perdurar a lo largo de la vida de la mujer. También trastornos de índole psicológica, manifestada con frecuencia por depresión pueden resultar de futuras complicaciones obstétricas, intervenciones y prácticas culturales. (24)

La Organización Mundial de la Salud menciona que los factores de riesgo para morbilidad materno-neonatal son: Factores maternos como: edad, grado de instrucción, condición socio económica, gestas previas de niños con bajo peso al nacer, espacio intergenésico, número de controles prenatales (mínimo 5 controles prenatales antes de la semana 20 de gestación), enfermedades de la

madre como: fiebre materna o corioamnionitis, rotura prematura de membranas mayor a 12 horas, infecciones, paridad, preeclampsia, placenta previa, trastornos durante el parto como lesiones severas debido al parto atendido por partera, falta de medidas higiénicas, distocias de presentación, cesárea o parto quirúrgico.

En cuanto al neonato, factores como peso al nacer < 1000 gr o > 4000 gr; edad gestacional < 35 o > 42 semanas, temperatura rectal < 36.5 ó $> 38.0^{\circ}\text{C}$, dificultad respiratoria, anomalías congénitas, ventilación con Ambú o masaje, drogas, procedimientos de reanimación sin presión positiva o masaje cardiaco. Todas estas, indicadas en el estudios que citamos anteriormente, que nos permiten tener una idea amplia, para saber cómo deberíamos colaborar para disminuir la morbilidad en nuestro medio. (25)

Una de las principales causas de ingreso de las madres gestantes al centro hospitalario es la infección de vías urinarias que podría evitarse al tratar la bacteriuria asintomática, la misma que ocurre en el 2% al 10% de los embarazos y, si no se trata, hasta el 30% de las madres desarrollarán pielonefritis aguda. Esta es una práctica beneficiosa basada en la evidencia científica que indica el uso rutinario de antibiótico en bacteriuria asintomática pues reduce el desarrollo de pielonefritis y el riesgo de bajo peso al nacer y el parto prematuro. (26)

La preeclampsia es una de las complicaciones más frecuentes y graves del embarazo que se caracteriza por reducción de la perfusión sistémica, generada por el vaso espasmo y la activación de los sistemas de coagulación, un estudio en México evaluó la asociación de factores sociodemográficos y gineco-obstétricos con preeclampsia. Se analizó la asociación de la preeclampsia con el nivel socioeconómico, tabaquismo, alcoholismo, antecedentes gineco-obstétricos (compañeros sexuales, embarazos, partos, abortos, control prenatal, método anticonceptivo utilizado) y preeclampsia en embarazo previo. Como resultado se obtuvo que el alcoholismo, el nivel socioeconómico bajo y la preeclampsia en embarazo previo se asociaron significativamente con preeclampsia. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de método anticonceptivo utilizado entre dichos grupos ($p < 0.005$). (27)

Una de las maneras de evaluar la Calidad de Atención Materna y Neonatal en un establecimiento de salud es a través de la valoración de los estándares e indicadores de calidad; principales monitores del estado general y servicio prestado por lo que serán desarrollados a continuación:

ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LA CALIDAD ATENCIÓN DE SALUD MATERNA Y DEL NEONATO

Calidad: En medicina y educación, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento.

Estándar: estándar se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso. (28)

Estándares e indicadores para la calidad de atención neonatal

El MSP establece los siguientes estándares:

a) Atención del recién nacido a término.

Estándar: 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.

b) Recién nacidos atendidos por profesional calificado

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

c) Complicaciones neonatales

Estándar: todo recién nacido con infección, trastornos respiratorios, prematuros, peso bajo se deberá manejar de acuerdo a la norma.

d) Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal

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

Estándares e indicadores para la calidad de atención materna.

a) Control prenatal.

Estándar: 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.

b) Atención del parto.

Estándar: 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.

c) Atención post- parto.

Estándar: 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 siguientes actividades:

- Registro de la hora, temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina, características de los loquios

d) Partos atendidos por personal profesional calificado

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

e) Complicaciones obstétricas

Estándar: 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.

f) Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas

Estándar: la tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del Embarazo) no deberá superar el 1%. (29)

Informática Médica

Es conocido que hoy en día la informatización en medicina es definida ya como una disciplina científica indispensable, encargada del procesamiento sistemático de datos, información y cuidados de salud, que están presentes en las actividades que a diario se realizan en las diferentes instituciones, las mismas que manejan un gran volumen de información tanto de sus usuarios como la que se refiere a su funcionamiento; datos que muchas veces no están disponibles para su interpretación en el momento en que se necesitan, hacen necesario la implantación de modelos informáticos que eliminen tantos papeleos y faciliten la información convirtiéndola en digital. (30)

Es por eso que se ha desarrollado un método de procesamiento digital de datos clínicos en las casas de salud que participaron en el proyecto, conocido como Sistema informático perinatal y que se expone en los siguientes párrafos.

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

La OPS con el Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/MSR) propuso un tipo de informática médica conocido como el Sistema Informático Perinatal (SIP), a partir del año 1983 con actualizaciones constantes hasta la fecha, constituido por instrumentos como la



Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el programa de captura y procesamiento local de datos, el Partograma, entre otros.

Las utilidades del SIP son la recolección de datos y su unificación para la obtención local de estadísticas confiables, facilitar la comunicación entre los diferentes niveles sanitarios, favorecer el cumplimiento de normas, registrar datos de interés legal, agilizar la auditoria, caracterizar a la población asistida, evaluar la calidad de la atención, verificar e implantar prácticas basadas en evidencias y para la realización de investigaciones epidemiológicas operacionales.

Cabe destacar que a nivel nacional y regional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, u otras características poblacionales específicas. (31)

La Historia clínica perinatal constituye la fuente de datos más valiosa con que cuenta el equipo de salud, para conocer las características de la población usuaria, evaluar resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones operativas, cumpliendo con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen la información mínima indispensable para la adecuada atención de la mujer gestante y del RN. La hoja está constituida por secciones referentes acontecimientos obstétricos y del RN en el periodo neonatal inmediato.

La utilización del SIP debe cumplirse en diferentes etapas:

1. Llenado del Carné Perinatal, Historia clínica perinatal base y formularios complementarios.
2. Ingreso de datos al alta de la puérpera y del neonato.
3. Análisis de los datos y toma de decisiones.
4. Retroalimentación a todo nivel.
5. Envío de los archivos al Ministerio de Salud Pública y programa TIC.

Lo mencionado se cumplirá si existe un correcto trabajo en equipo, para lograr el objetivo principal para el cual fue creado, es decir lograr una mayor cobertura y calidad de atención a la madre y al neonato. Para cumplir dichas etapas, es clave el adiestramiento continuo del personal encargado de llenar el formulario lo cual nos ayudará a lograr una eficacia y eficiencia notable en los resultados obtenidos.

El análisis de las bases de datos se realiza a través de programas automatizados que incluyen indicadores preestablecidos o a través de programas de selección y descripción de variables que permiten realizar análisis más específicos y complejos. (32)

En el año 2009 La Organización Panamericana de Salud indicó que el uso del sistema informático perinatal (SIP) se encuentra dentro de la lista de las intervenciones de medicina basadas en evidencia, empleada en varios países, que ha servido para contribuir en la toma de decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la embarazada durante el control prenatal parto y puerperio y del neonato desde el nacimiento hasta el momento del alta.

El carne perinatal por su parte permite integrar acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo parto y puerperio para evitar la falta de datos y contribuir a mejorar la calidad de atención de esta manera el procesamiento de los datos de la HCP fortalece el la capacidad de autoevaluación asistencial perinatal, hace tomar conciencia al personal de la importancia de la documentación completa de las acciones y observación de salud y proporciona a los entes perinatales asistenciales una herramienta ágil y de fácil manejo para el manejo de las investigaciones operacionales. (33)

GESTIÓN EN SALUD

Nuestro trabajo de investigación en el Centro de Salud Carlos Elizalde tiene algunos objetivos, entre ellos está la implementación de una propuesta de gestión para el mejoramiento de las falencias que ocurren en esta casa de salud como son el manejo de la base de dato del sistema informático perinatal y la falta de capacitación continua del personal de salud.

Para que exista un cambio, es clave la intervención mediante la exposición de nuestro plan de acción, previo a ello es básico tener claro las diferentes definiciones y posterior a ello nombrar algunos ejemplos de gestión de salud en otros países que han dado excelentes resultados y que han promovido al incremento de la productividad en los servicios de salud a la población.

Gestión en términos generales es aquel proceso emprendido por una o más personas para coordinar las actividades laborales de otros individuos, con el fin de lograr un óptimo funcionamiento del trabajo que se lleva a cabo dentro de una institución prestadora de servicios.

Gestión Hospitalaria

Es el proceso donde los proveedores del servicio de salud tratan de alcanzar propósitos en relación al modo de trabajo dentro de la Institución de Salud (Subcentro, Centro de Salud, Hospital, etc), mediante el adecuado uso de los recursos disponibles, en beneficio a la colectividad. (34)

Modelos de Gestión en Salud en América Latina

Un modelo de gestión es una forma de definir prioridades y tomar decisiones en el ámbito hospitalario. En América Latina por ejemplo durante las décadas pasadas se generaron auténticos cambios implementando modelos de gestión que según Vicente Ortún Rubio se distinguen tres niveles de gestión en el sector de la salud:

- Macrogestión o gestión pública, involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado y mejorar el bienestar social (estilos de vida, regulación del medio ambiente, tecnología, recursos humanos, servicios sanitarios); la financiación de la sanidad y el establecimiento político de prioridades (recursos, organización) y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.
- Mesogestión o gestión institucional, involucra a los centros, hospitales, mayoristas, aseguradoras y otros establecimientos de salud, que asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar sus objetivos propuestos.

- Microgestión o gestión clínica, donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales. El médico es responsable de la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Para ello gestiona, coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo. (35)

Todo lo mencionado se evidencia con el Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria en la Red Hospitalaria del MINSA PERU, donde participaron 28 unidades de salud Diresas/Disas (Dirección de Servicios de Salud) y MINSA (Ministerio de Salud del Perú) mediante la utilización de cuestionarios realizando 2 controles de calidad comparando el funcionamiento institucional: utilizando el sistema de Macrogestión, Mesogestión y Microgestión hospitalaria y al sin utilizarlo. Concluye que del total de establecimientos de salud encuestados que representan el 65.5% del total, entre hospitales e institutos especializados de todo el país, solo un 6% alcanzó el calificativo de bueno al no utilizar el sistema de macrogestión mesogestión y microgestión. Es decir el 94% de hospitales se encontraron bajo el estándar en la evaluación global de la gestión hospitalaria, la mayor parte correspondió a un funcionamiento regular con el 70% requiriendo mayor trabajo o un cambio de modelo de acción para gestión hospitalaria, siendo el más recomendado el modelo descrito.

El nuevo modelo de Gestión Hospitalaria se encuentra en concordancia con los Lineamientos de Política de Salud 2007-2020 y adscribe los principios recogidos en el Documento Técnico del Modelo de Atención Integral de Salud. (36)

Modelos Europeos De Gestión De La Calidad En Salud

Al hablar de modelo de gestión es imprescindible conocer el significado del mismo. Al menos hay dos acepciones para definir un modelo, la primera hace referencia a un sinónimo de algo ejemplar, de una conducta a imitar por lo perfecta. La segunda, que es utilizado en el ámbito científico haciendo referencia a una maqueta, una representación más o menos fiel o idealizada de la realidad que se quiere modelar.

La universidad de Murcia plantean tres modelos de calidad de gestión que se han aplicado en el sector de la salud (modelos: **ISO, JCAHO, EFQM**)

1. Modelo ISO (International Organization for Standardization):

Establece normas para la gestión de la calidad, posee ocho principios para la gestión de calidad

- a) Organización ligada al cliente
- b) Liderazgo
- c) Participación del personal
- d) Enfoque del proceso
- e) Enfoque del sistema de gestión
- f) Mejora continua
- g) Toma de decisiones por datos
- h) Relación beneficiosa con los suministradores

2. Modelo JCAHO (Joint commission on Accreditation of Healthcare Organisations)

Toma como referencia al modelo anterior pero se enfoca básicamente en el ámbito hospitalario, busca determinar estándares, indicadores de proceso y resultados; para una autorregulación voluntaria y plantea un programa de enfoque (acreditación) a renovarse periódicamente.

3. Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)

Busca un diagnóstico organizacional, que se define como examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con un modelo de excelencia. (37)



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir las principales causas de morbilidad materna y neonatal y la calidad de la atención en el Centro de Salud “*Carlos Elizalde*” Área N° 4 Yanuncay durante el año 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las 10 primeras causas de morbilidad materna y neonatal durante el 2010.
- Analizar el comportamiento de los estándares e indicadores de calidad según la norma de MSP, en el Centro de Salud “*Carlos Elizalde*” Área N° 4 Yanuncay durante el año 2010, que contemplan personal, infraestructura, equipos, medicamentos, insumos y satisfacción de las mujeres atendidas.
- Elaborar una propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de la calidad en el centro de salud.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Estudio descriptivo.

Área de Estudio

El estudio fue realizado en la Unidad de atención materna- neonatal localizada en el Área Yanuncay de la ciudad de Cuenca, Centro de Salud “Carlos Elizalde”.

Fundado en octubre de 1989 por decisión Dr. Plutarco Naranjo en el gobierno del Dr. Rodrigo Borja.

El Centro está ubicado en las calles Vicente Melo y paseo del salado, de la ciudadela simón bolívar, parroquia Baños. Pertenece a la zona urbana, la cual está organizada y dispuesta en ciudadelas y barrios donde se observa una planificación. Las comunidades del Área de Salud No 4 Yanuncay cuentan además con 7 centros privados de Salud, encargadas de brindar atención primaria.

El primer servicio con el que empezó el funcionamiento de la casa de salud fue con la atención de emergencias y como hospital en septiembre del 1998. En octubre de 2002 se atendió el primer parto. En noviembre del 2006 bajo la dirección del Dr. Julio Molina se realiza la apertura de la maternidad, que permanece en servicio hasta la fecha actual.

La misión prioritaria del subcentro es la de prestación de servicios médicos integrales en prevención, curación y rehabilitación. Los servicios con los que cuenta el Centro de Salud en consulta externa son: Medicina Interna, Familiar, Pedriátrica, Ginecológica-Obstétrica, Dermatología, Odontología, Cirugía Menor, Emergencia y Sala de Partos, Departamento de E.T.S, Vacunación, Control Sanitario, Ecografía, Rayos X, Trabajo Social, Laboratorio, Estadística, Farmacia, Departamento Financiero, Jefatura, Departamento de Coordinación, insectoría sanitaria y control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

En el Área de Hospitalización se dispone de 7 camas, en la sala de neonatología se cuenta con 2 termocunas y 3 para fototerapia, además existe una sala emergencia que se divide en área de curaciones, consulta y emergencia, también cuentan con una sala de partos y un quirófano.

El personal de salud encargado de la atención está conformado por 8 médicos y 6 enfermeras. El director actual es el Dr. Pablo Armijos.

En la actualidad el Centro de salud posee una cobertura aproximada de 102.878 pacientes.

Población de estudio

La población fueron 338 historias clínicas de mujeres atendidas por parto y de neonatos desde el año 2010, registradas mediante la utilización del programa SIP y los estándares e indicadores de calidad del MSP.

Criterios de inclusión

Historias clínicas de pacientes mujeres que ingresaron para dar a luz por vía natural o cesárea, durante el año 2010.

Historias clínicas de recién nacidos menores a 28 días, nacidos durante el año 2010 en el Centro de Salud “Carlos Elizalde”.

Criterios de exclusión.

Historias clínicas de pacientes que sean mujeres, pero que no acudieron en estado para dar a luz, durante el año 2010.

Historias clínicas de pacientes mayores a 28 días, nacidos en el año 2010 en el Centro de Salud “Carlos Elizalde”.



PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Recolección de la Información

La recolección de la información se realizó primero con el ingreso de datos a la hoja 051 del CLAP por parte del equipo médico encargado, en el momento del ingreso y egreso de los pacientes atendidos por parto durante el año 2010, los cuales presentaban un llenado incorrecto e incompleto de información. Posteriormente los autores procedimos a complementar y corregir las deficiencias mediante la revisión de la ficha médica de cada paciente y se complemento con llamada telefónica a las pacientes, de quienes no se contaba con información completa. Finalmente se obtuvo una base de datos de 338 historias clínicas.

Instrumentos

Ordenador, Cámara web, historias clínicas, SIP (CLAP). (Ver anexos)

Autorización

La investigación se realizó mediante la autorización del Dr. Pablo Armijo director del centro de salud Carlos Elizalde, en coordinación con el Dr. Freddy Cárdenas director del área de neonatología, así como con el personal médico y de enfermería de este establecimiento.

RESULTADOS

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA.

TABLA No 1

Distribución de 338 mujeres atendidas por parto en el Centro de Salud Carlos Elizalde durante el año 2010, según Características Demográficas. Cuenca 2011.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad en años		
< 19	59	17,4
19 a 35	249	73,6
> 35	30	8,8
Etnia		
Indígena	1	0,3
Mestiza	336	99,4
Blanco	1	0,3
Alfabetismo		
Si	317	93,8
No	9	2,7
Falta dato	12	3,6
Estado civil		
Casada	169	50
Unión estable	99	29,3
Soltera	64	18,9
Otro	0	0
Sin dato	6	1,8

Fuente Sistema Informático Perinatal.

Elaboración: los autores.

En el Centro de salud N° 4 Carlos Elizalde la edad prevalente de mujeres atendidas está comprendida entre 19 a 35 años. La mayoría son de raza mestiza, alfabetas y casadas.

TABLA No 2

Distribución de 338 mujeres atendidas por parto en el Centro de Salud Carlos Elizalde durante el año 2010, según Características de la Gestación Actual. Cuenca 2011.

Gestaciones	N ^{ro}	%
EG confiable		
Por FUM		
Por ECO	262	77.5
Falta dato	70	20.7
	6	1.7
Abortos previos		
0	58	98,3
1 a 3	1	1,7
Sin dato	0	0
Embarazo planeado		
No	157	46,4
Si	156	46,2
Sin dato	25	7,4
Cesáreas previas		
0	70	20.7
1 a 2	42	12.5
Sin dato	226	66.9
Fracaso anticonceptivo		
No usaba	284	84
Natural	8	2.4
Barrera	4	1,2
Diu	2	0,6
Hormonas	14	4,1
Emergencia	0	0
Sin dato	26	7,7

Fuente Sistema Informático Perinatal.

Elaboración: los autores.

Características de gestación:

La mayoría de las mujeres que ingresaron, ingresaron a hospitalización con edad Gestacional confiable mediante fecha de la última menstruación. Según características de gestación las mujeres son multíparas, manifestando que su embarazo no fue planeado. El embarazo en la mayoría de estas mujeres es provocado por no usar ningún método anticonceptivo.

TABLA N° 3
Distribución de 338 mujeres atendidas por parto en el Centro de Salud
Carlos Elizalde durante el año 2010, según Controles Prenatales. Cuenca
2011.

Variable	N^{ro}	%
Controles		
Sin dato	4	1,2
0	11	3,3
1-4	118	39,4
5-9	191	56,5
10 o mas	14	4,1
Antirubeola previa		
Previa al emb.	0	0
No sabe	140	41,4
No se puso	172	50,9
Falta dato	1	0,3
Antitetánica		
No	52	15,4
Si	182	53,8
Sin dato	104	38,8
Examen Odontológico		
No	47	13,9
Si	291	86,1
Falta dato	0	0
Exploración de Mamas		
No	39	11,5
Si	289	88,5
Falta dato	10	3
Exploración de Cérvix/PAP		
Normal	38	8,3
No se hizo	292	86,4
Falta de dato	18	5,3
Bacteriuria menor de 20s		
No se hizo	175	51,8
Negativo	83	24,6
Positivo	52	15,4
Falta dato	28	8,3
Bacteriuria mayor de 20s		
No se hizo	149	44,1
Negativo	86	25,4
Positivo	77	22,8
Falta dato	26	7,7
Factor Rh		
Rh +	331	97,9
Rh -	3	0,9
Falta dato	4	1,2
Estreptococo B		
Negativo	1	0,3
Positivo	0	0
No se hizo	322	95,3
Falta de dato	15	4,4
Fe/Folatos		
No	52	15,4
Si	268	79,3
Falta de dato	18	5,5

Fuente Sistema Informático Perinatal.

Elaboración: los autores.

Nº de Controles Prenatales

De las mujeres que ingresan al Centro de salud Carlos Elizalde para dar a luz, un pequeño porcentaje no asistió a control prenatal, mientras que más de la mitad de gestantes se han realizado 5 controles o más, así la mayoría acudían al servicio portando su carnet.

La mitad de ellas (50.6%) no recibieron la vacuna Antirubeola previa al embarazo. Mientras que la vacuna antitetánica la recibieron más de la mitad (53.9%)

Controles Prenatales

Durante los controles del embarazo, las gestantes se someten a exámenes, obteniendo un óptimo control odontológico, y mamario, mientras que esto no ocurre con el examen de cérvix. En la mayoría de las madres atendidas tienen Factor Rh positivo, no se detectó caso positivo en los exámenes de VDRL y VHI. Alto porcentaje de embarazadas recibieron hierro y folatos.

Se detecta bacteriuria en las madres siendo mayor en las gestantes mayores a 20 semanas y con resultados positivos.

TABLA N° 4

Distribución de 338 mujeres atendidas por parto en el Centro de Salud Carlos Elizalde durante el año 2010, según Características del Parto. Cuenca 2011.

Variable	N ^{ro}	%
Carnet perinatal		
No	67	19,8
Si	266	78,7
Falta dato	5	1,5
Acompañante		
Pareja	14	4,1
Familiar	9	2,7
Ninguno	306	90,5
Otro	5	1,5
Sin dato	4	1,2
Posición del parto		
Sentada	7	2,1
Acostada	322	95,3
Cuclillas	4	1,2
Sin dato	5	1,5
Episiotomía		
Si	74	21,9
no	260	76,9
sin dato	4	1,2
Desgarros		
No	259	76,6
Sin datos	79	23,4
Grado		
I	56	16,6
II	15	4,4
III	0	0
Sin dato	267	79
Oxitócicos		
No	269	79,6
Si	66	19,5
Falta dato	3	0,9
Analges. Tranquilizante		
No	54	91,5
Si	5	8,5
Falta dato	0	0

Fuente Sistema Informático Perinatal.

Elaboración: los autores

Atención del Parto.

La posición para el parto predominante fue la posición acostada. No se realizó episiotomía en la mayoría (76.9%) de los casos. Se han presentado pocos casos de desgarros perineales, siendo más representativos los de grado I.

La administración de oxitocina se dio en el 19,5 % de los casos.

TABLA N° 5

Distribución de 338 mujeres atendidas por parto en el Centro de Salud Carlos Elizalde durante el año 2010, según Características del Recién Nacido. Cuenca 2011.

Variable	N°	%
Sexo RN		
Femenino	155	45,9
Masculino	182	53,8
Falta dato	1	0
Peso del RN		
Bajo	16	4,7
Normal	301	89,1
Sobrepeso	18	5,3
Falta dato	3	0,9

Fuente Sistema Informático Perinatal.

Elaboración: los autores

Situación de Salud del Recién nacido

Todos los niños nacieron vivos sin problemas y fueron atendidos por médicos y enfermeras. En su totalidad nacieron con un peso normal, las demás medidas antropométricas de los recién nacidos estuvieron dentro de los parámetros normales.

Aproximadamente la mitad los recién nacidos corresponden al sexo masculino.

TABLA No 6

**Diez Causas de Morbilidad Neonatal en el Centro de Salud Carlos Elizalde
durante el año 2010**

Orden	Código CIE 10	CAUSAS	No	%
1	P59	Ictericia Neonatal por otras causas y por las no especificadas	87	76
2	P01	Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo	10	8,77
3	P21	Dificultad Respiratoria del recién nacido	4	3,5
4	P21	Asfixia del Nacimiento	4	3,5
5	P70	Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y recién nacido	3	2,6
6	P21	Taquipnea Transitoria del recién Nacido	1	0,8
7	P36	Sepsis Bacteriana del Recién Nacido	1	0,8
8	P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	1	0,8
9	P61	Otros trastornos hematológicos perinatales	1	0,8
10		Otros	2	1,75
Total			114	100

Fuente: Libro partos del Centro de Salud Carlos Elizalde

Elaborado por: los autores.

En el Centro de salud Carlos Elizalde durante el año 2010 la causa más representativa y responsable de enfermedad neonatal es la hiperbilirribunemia (Ictericia Neonatal por otras causas y por las no especificadas) en 76%, como segunda causa se encuentra el riesgo y ó sospecha de sepsis en un 8,7%, en tercer y cuarto lugar respectivamente están el dificultad respiratoria y asfixia neonatal con el 3,5%, en quinto lugar está la hipoglicemia en 2,6%, en sexto, séptimo, octavo y noveno lugar están; Disnea transitoria del RN, bacteremia, Prematurez y policitemia; todas con el 0,8% y finalmente por otras causas encontramos el 1,75% de casos.

TABLA No 7

Causas de Morbilidad Materna en el Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2010 según Egresos Hospitalarios. Cuenca 2011.

Orden	Código	Causas	No.	%
1	O23	Infección de vías genitourinarias en el embarazo	62	76,54
3	O14.0	Preeclampsia moderada		0,00
4	O14.1	Preeclampsia severa	1	1,23
5	O14.9	Preeclampsia no especificada severa	1	1,23
6	P25	Desnutrición en el embarazo	17	20,99
TOTAL			81	100,00

Fuente: Departamento de Estadística del Centro de Salud Carlos Elizalde**Elaborado:** Los Autores.

Se han podido identificar 5 causas de morbilidad materna durante el año 2010 en el Centro de Salud Carlos Elizalde, como primera causa se encuentra la Infección de vías genitourinarias en el embarazo en el 73,8%, seguida por la desnutrición en el embarazo en el 20,2 % de las pacientes, luego está la preeclampsia moderada en el 3,5 % de casos y finalmente están la preeclampsia severa y la no especificada severa ambas en el 1,1% de pacientes.

TABLA N° 8
Control para el Monitoreo de la Calidad de la Atención Materno Neonatal del Centro de Salud N° 4 durante el año 2010. Cuenca 2011.

Estándares e Indicadores	Cumple con la norma		No cumple con la norma	
	Si	%	No	%
Control prenatal	335	93.1	25	6.9
Partos con partograma graficado y con control	305	96.8	10	3.2
Partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma	189	99.4	1	0.6
Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).	320	100	0	0
Post partos con control	316	98.7	4	1.3
RN en los que se realizó actividades de la norma	316	98.7	4	1.3
Partos atendidos por médico/a u obstetiz	320	100	0	0
RN atendidos por médico/a u obstetiz	320	100	0	0
Pacientes con preeclampsia y eclampsia	32	94.1	2	5.9
Hemorragias obstétricas manejadas	119	88.8	15	11.2
Infecciones obstétricas manejadas	-	-	-	-
Partos Pretérmino con Corticoides prenatales	5	100	0	0
Partos Pretérmino con Nifedipina como Uteroinhibidor	3	100	0	0
Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas	1	100	0	0
Recién Nacidos con infección	-	-	-	-
Recién Nacidos con Trastornos Respiratorios	1	100	0	0
Recién Nacidos con Prematurez	-	-	-	-

Fuente Sistema Informático Perinatal

Elaboración Autores

Partos: de manera general los estándares e indicadores de calidad evaluados en el Centro de Salud Carlos Elizalde durante el 2010 indican que existe un buen cumplimiento de las normas establecidas por el MSP, resultados reflejados, en que la mayor parte de porcentajes se encuentran sobre el 93%, a excepción del manejo de las hemorragias obstétricas con el 88.8%.

Recién Nacido: en cuanto a la atención del neonato se cumple la norma en el 100% de los casos. Además cuentan con instrumentos, insumos y medicamentos adecuados (Ver Anexo). Los estándares e indicadores relacionados con: Infecciones obstétricas manejadas, recién Nacidos con infección y Recién Nacidos con Prematurez no se pudieron evaluar porque no se registraron casos con dichas patologías.

PROPUESTA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION MATERNO-NEONATAL

Al culminar nuestro trabajo de investigación acerca de la morbilidad materna y neonatal en el Centro de Salud Carlos Elizalde, pudimos evidencia problemas tales como: incorrecto manejo del Sistema Informático Perinatal, un equipo de salud sin capacitación permanente y actualizada, carencia de un sistema de registro de egresos hospitalarios para mejoramiento continuo de todas las actividades a llevarse a cabo en el centro de salud. Por lo mencionado a continuación proponemos una propuesta de gestión basándonos en objetivos a cumplir para disminuir todas las falencias encontradas, además indicaremos nuestra estrategia para su realización.

METODOLOGÍA: Seminario Taller dirigido al personal que labora en el Centro de Salud Carlos Elizalde (interno rotativo, residentes asistenciales y rurales).

MATERIALES: retroproyector, Computador pizarra, marcadores, Material de escritorio. Programa básico de Excel para registro de egresos hospitalarios.

GUÍA DE TRABAJO: manual de estándares de Calidad de la Atención Materna Neonatal del MSP del Ecuador

TIEMPO: se dictarán charlas de 4 horas una vez al mes.

FINANCIAMIENTO: el financiamiento los solventaría el Hospital brindando sus instalaciones.

Temática a tratar:

- Patologías relevantes materno-neonatales.
- Llenado adecuado del formulario 051.
- Implementación y entrega de un sistema de registro de egresos materno-neonatales en el Centro de Salud Carlos Elizalde.

Objetivos:

1. Socializar los resultados obtenidos en nuestra investigación.
2. Realizar un taller de capacitación y actualización en el manejo del SIP.
3. Implementar un programa informático básico para registro de egresos hospitalarios, propuesto por los investigadores.
4. Plan tutorial de monitorización de: el SIP y del Sistema de egresos hospitalarios implementado.

Propuesta:

Aplicación del sistema de egresos hospitalarios creado por los autores, para complementar la información registrada en el SIP, para contar con una base de datos estadísticamente confiable y permanentemente actualizada acerca de la morbilidad materna y neonatal, la misma que se complementara con el plan tutorial de monitorización del manejo del sistema de estadística en el Centro de Salud Carlos Elizalde.

ESTRATEGIAS

1. Exposición de los problemas detectados en el Centro de Salud Carlos Elizalde.
2. Capacitación al personal del centro de salud mediante seminarios del manejo acerca del SIP y del nuevo sistema de egresos hospitalarios.
3. Implementación del sistema informático de egresos hospitalarios e instalación en el computador de registro principal).
4. Delegar responsabilidades al equipo de trabajo del Centro de Salud Carlos Elizalde

Para el cumplimiento y auditoria mensual de la propuesta planteada.

ACTIVIDADES

- 1) Exposición de los problemas que ocurren en el Centro Salud Carlos Elizalde, mediante charlas dirigidas a las autoridades y personal pertinente. En aproximadamente 2 horas una vez por mes.
- 2) La capacitación al personal del centro mediante seminarios del manejo del SIP y del sistema de egresos hospitalarios, a realizarse en dos horas, divididas en una hora para el SIP; basándonos en su guía y en una hora para el manejo del programa de egresos en Microsoft Excel; conocimientos básicos del programa.
- 3) Debido a que el registro manual de egresos maternos y neonatales no es ingresado en un sistema computarizado hemos diseñado dos modelos de registro, en el programa de Microsoft Excel, donde el primero llevará de manera ordenada número de pacientes, fecha de ingreso, edad, nombre, código de patología según CIE-10, patologías pre o postparto, tipo de parto, etc. Y posterior a ello ingresar dichos datos en un modelo de registro que abarcará la información de patologías clasificada por meses, porcentajes, tanto de la madre como del niño. De esta manera facilitar el envío al MSP, su posterior procesamiento y análisis. Además de un recuento de patologías, permitirá dar a conocer a los médicos, enfermeras y demás personal del Área No 4 las patologías más prevalentes y con ello llevar un control más adecuado poniendo énfasis en su prevención mediante la difusión de información acerca de cómo hacerlo.
- 4) Delegar a un médico residente y a la jefa de enfermería el control semanal del ingreso de datos y registro correcto tanto en el programa SIP como en el sistema de egresos hospitalarios, para de esta manera llevar ordenadamente la información, poseer un registro actualizado y con datos estadísticos fiables. (Mediante un consenso se designará responsabilidades a el médico y el jefe(a) de enfermería para que supervise el cumplimiento de registro y posterior entrega al departamento de estadística del subcentro).



RESPONSABLES

- Médicos residentes
- Jefe(a) de enfermería
- Director del centro de salud

RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados que se esperan obtener con esta base de información estadística constituirán una fuente de datos valiosa para el equipo de salud, para la toma de decisiones, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones operativas. Además permitirá la toma de decisiones para la vigilancia de la salud materno-neonatal, lo que constituye un apoyo no solo para el centro de salud Carlos Elizalde, sino como modelo de trabajo para el país con el cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio referentes a la reducción significativa de la mortalidad infantil y materna.

DISCUSIÓN

En el análisis de la edad materna, de las madres atendidas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, se encontró que la edad promedio de mujeres embarazadas fue de 19-35, que es un factor protector materno y neonatal, como lo muestra la evidencia revisada (15), (23) e indican que al ser la madre una adolescente existe mayor predisposición a bajo peso al nacer y graves problemas maternos durante y después del parto como son durante el parto mayor número de partos operatorios y de lesiones anatómicas en el canal del parto y en el puerperio prepondera la anemia y la endometritis.

Además se encontró que el 17,4 % embarazos fue en adolescentes, este hecho genera riesgos y complicaciones tanto para la madre como al niño, pues así lo confirma un estudio realizado en Argentina (23) que analiza las características del embarazo en la adolescente y los riesgos que podrían presentar posteriormente como son anemia, escasa ganancia de peso materno, infecciones urinarias frecuentes e hipertensión gestacional, y coincide con los resultados de las principales causas de morbilidad materna en el centro de salud Carlos Elizalde.

Al evaluar las patologías más frecuentes se encontró que la preeclampsia es la más representativa, correspondiendo a la 2da, 3era y 4ta causa de morbilidad materna, lo cual se relaciona con la manifestación de patologías de tipo infeccioso en el neonato, sobre todo de tipo respiratorio, que a su vez coincide con la segunda y tercera causa de morbilidad neonatal encontradas en este centro de salud, coincidiendo con un estudio realizado por Juliao J y colaboradores donde se analiza la morbi-mortalidad materno-neonatal y factores de riesgo (22).

La bacteriuria asintomática, es una patología importante por las complicaciones que conlleva si no existiere una detección y control oportuno. A manera de hallazgo es encontrada en el control gestacional de las madres en este Centro, presentándose un promedio de 19,1 %, lo cual indica riesgo para el niño como predisposición a bajo peso al nacer y prematuridad, y en la madre una futura tendencia a desarrollar pielonefritis, así lo manifiesta un estudio de Smaill y



Vázquez (26) en el cual enfatiza el control y tratamiento para evitar los índices de morbilidad materno-neonatal.

Al realizar el análisis de las causas más importantes de enfermedad neonatal, en nuestro centro de estudio, de mayor a menor se encontró hiperbilirrubinemia, riesgo de sepsis, distrés respiratorio, asfixia inicial grave e hipoglicemia, entre otros pudiendo estar relacionados con la prematurez neonatal como lo señala un estudio realizado en México (14) que muestra morbilidad semejante a las encontradas en este Centro de Salud, pero en nuestro caso no se puede constatar debido a que no hay un registro de niños con esta patología.

La hiperbilirrubinemia, patología neonatal más frecuente reportada en este estudio en 76%, es ocasionada por inmadurez hepática y que puede ser agravada por la prematurez y bajo peso, así lo indica un publicación en Cuba (17) que busca determinar el comportamiento de la hiperbilirrubinemia neonatal y sus factores determinantes, la mayoría es tratada con fototerapia al igual que en neonatos atendidos en este Centro de Salud.

CONCLUSIONES

En el centro de salud Carlos Elizalde se encontraron como causas de morbilidad materna a las siguientes patologías:

- Infección de vías genitourinarias (73,8%)
- Desnutrición (20,2 %)
- Preeclampsia moderada en el (3,5 %)
- Preeclampsia severa y la no especificada severa (ambas con 1,1%)

Como causas de morbilidad neonatal se encontraron:

- Hiperbilirrubinemia (76% de los casos)
- Riesgo y ó sospecha de sepsis (8,7%)
- Distrés respiratorio y asfixia inicial grave (3,5%)
- Hipoglicemia (2,6%)
- Disnea transitoria del RN, bacteriemia, Prematurez y policitemia; (todas con el 0,8%)
- Otras causas (1,75%).
- Los estándares de calidad en el Centro de Salud No 4 Yanuncay se cumplen en el 100% la norma establecida por el MSP.
- No se han presentado casos con respecto a la mortalidad materna y neonatal.

Gestión Hospitalaria:

Con nuestro trabajo de investigación concluimos indicando que los tres modelos europeos de gestión antes mencionados nos sirvieron para plantear nuestra propuesta de Gestión hospitalaria en el centro de salud Carlos Elizalde, los que denotan una adecuada organización ligada al paciente, liderazgo y participación del personal médico.

La gestión hospitalaria será efectiva si existe un adecuado análisis de los problemas que afectan al Centro de Salud, buscando un diagnóstico organizacional, regulando así las actividades para la obtención de un modelo de excelencia.

RECOMENDACIONES

- Capacitación del personal médico encargado del llenado del formulario 051.
- Actualización del programa SIP
- Establecer coordinación entre el personal de salud para el correcto, completo y puntual llenado del formulario 051.
- Concienciar al personal de salud la importancia del correcto llenado del formulario 051 para la obtención de datos estadísticamente confiables.

LIMITACIONES

Durante la realización de nuestra investigación en el Centro de Salud Carlos Elizalde, pudimos enfrentar algunas dificultades, en primera instancia y con relación al llenado adecuado del formulario 051la, encontramos cierta desinformación y registro retrasado de las historias clínicas por parte del personal médico, ya que repercutió en la falta de datos de las variables en estudio. Además conocemos que no se lleva un registro adecuado de la morbilidad materna y neonatal por parte del departamento de Estadística, puesto que impide la identificación de las enfermedades materno-neonatales predominantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cecchetto S, y Nico R. Devenir histórico de la mortalidad materna: una estimación de la patología natural del parto. Bolivia 2003. Citado el 20/05/2010 Disponible en:
<http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/rnabhm20020307.pdf>
2. Organización Mundial De La Salud. Mortalidad materna 2005. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>.
3. Instituto Nacional De Estadísticas Y Censos. INEC 2009. Citado: 29/03/2011. Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_sal/not_sal2
4. MNPI. Índice de esfuerzo de programa materno y neonatal. Citado: 06/05/2010. Disponible en: http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Ecuador_MNPI.pdf.
5. Instituto de Estudios de la Mujer “Norma Virginia Guirola de Herrera” (CEMujer). Práctica médica entre la ley y la vida el manejo de embarazos de alto riesgo en el marco de la reforma al código penal en el Salvador. Citado el: 06/07-2010. Disponible en:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ay1IMTyF5vcJ:www.ipas.org/Publications/asset_upload_file502_3547.pdf+mujeres+se+ven+afectadas+por+la+morbilidad+materna,+sufren+padecimientos+derivados+del+embarazo,+parto+o+posparto.&hl=es&gl=ec
6. Periago M. Reducir la mortalidad neonatal. Agosto 2007. Citado el 26/05/2010. Disponible en:
http://www.academiamexicanadepediatrica.com.mx/academia/noticias/anteriores/2006/nmayo_06.php

7. Robayo G, et all. Morbilidad neonatal después del parto de bajo riesgo y pautas de seguimiento. Revista Colombiana 2003. Citado el 28/06/10. Disponible en:
<http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pediatrica39204-morbilidad.htm>
8. Forney J, et all. Medición de la morbilidad materna. Citado el 20/06/2010. Disponible en:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PZUWfM35VrsJ:www.paho.org/spanish/hpp/hpf/rep/medicionmorbilidad.pdf+The+Base+of+the+Iceberg:+Prevalence+and+Perceptions+of+Maternal+Morbidity+in+Four+Developing+Countries&hl=es&gl=ar>
9. Symington A, Pinelli J. Atención orientada al desarrollo para promover el desarrollo y prevenir la morbilidad en recién nacidos prematuros. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007. Citado el 25/06/2010. Disponible en:
<http://apps.who.int/rhl/newborn/reviews/cd001814/es/index.html>
10. González Guzmán, Daniel. 2007. Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family CareInternational y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP. Quito, Ecuador. Citado: 18/02/2011. Disponible en:
http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Manual%20HACAP%20-%20FCI%20and%20QAP_optimized.pdf
11. Carralero R, et all. Comportamiento de la morbilidad neonatal en la policlínica "Pedro del Toro Saad". Holguín Cuba 2004. Citado 20/06/2010. Disponible en:
<http://www.cocmed.sld.cu/no124/pdf/n124ori5.pdf>
12. OPS. Mortalidad materna y neonatal en alc y estrategias de reducción, 2007. Disponible en:



http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

13. Sistema integrado de indicadores sociales del Ecuador. SIISE 2011.

Citado: 28/03/2011. Disponible en :
<http://www.siise.gov.ec/Principal.aspx>

14. Instituto nacional de estadísticas y censos. INEC 2009. Citado: 29/03/2011. Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/web/guest/publicaciones/anuarios/inv_soc/nac_def

15. Moreno H, Rangel H., et al. Morbilidad a corto plazo de recién nacidos en el periodo pretérmino tardío. Volumen 79, número 3, México Marzo 2011. Citado:

24-02-2011. Disponible en:
<http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2011/MARZO/FEMEGO%203.5%20MORBILIDAD.pdf>

16. Carralero R, Mastrapa C., et al. "Comportamiento de la morbilidad neonatal en la policlínica Pedro del Toro Saad". Holguín Cuba 2004. Citado

20-06-2010. Disponible en:
<http://www.cocmed.sld.cu/no124/pdf/n124ori5.pdf>

17. Kenyon S, Bouvain M, Neilson J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Citado:

16-02-2011. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001058>

18. Campo, A. et al. Hiperbilirrubinemia neonatal agravada. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa en los años 2007 a 2009. Citado

el 03/04.2001. disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol_82_03_10/ped02310.pdf



19. UNICEF. Salud materna. Citado el 18/06/10. Disponible en:
<http://www.unicef.org.co/0-saludmaterna.htm>
20. Organización mundial de la salud. 2011. Citado: 20/03/2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
21. Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita. Morbilidad materna. Citado el 26/03/2011. Disponible en:
http://www.ilcanet.org/publicaciones/pdf/wawas/wawas_23bibliografia.pdf
22. Juliao, J. et al. Morbimortalidad de los prematuros en la unidad de cuidado intensivo neonatal, de la clínica reina Sofía, Bogotá, Colombia. 2001-2006. Citado el 28/06/2010. Disponible en:
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:9tjCcLGF98kJ:www.unisantitas.edu.co/revista/17/articulos/Morbilidad.pdf+morbilidad+neonatal+2009+mundial&hl=es&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEESiDQ2Me2rvqA5u44UbviYHIBV55GzkzeaC83gazINVP0AMYkdKU-mxLxeYpeQHxfA0O9fU3p3RsR9bRSXL7MJeHKFgXvHJYfKPdDCGYNEiA-6iRGsksqbVA6sPKdf2yHbJqHXN6&sig=AHIEtbRpmDJFWrO2GOAJ0Qx2I7NJyeyrvA>
23. Nolasco M, Rodríguez L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 156 – Abril 2006 Pág. 13-18. Citado en 29/06/2010. Disponible en:
http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm.
24. UNFPA. El estado de la población mundial 2004 Morbilidad materna. Citado el 26/06/2010. Disponible en:
<http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch7/page3.htm>
25. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Citado el 19/06/10. Disponible en:



http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html

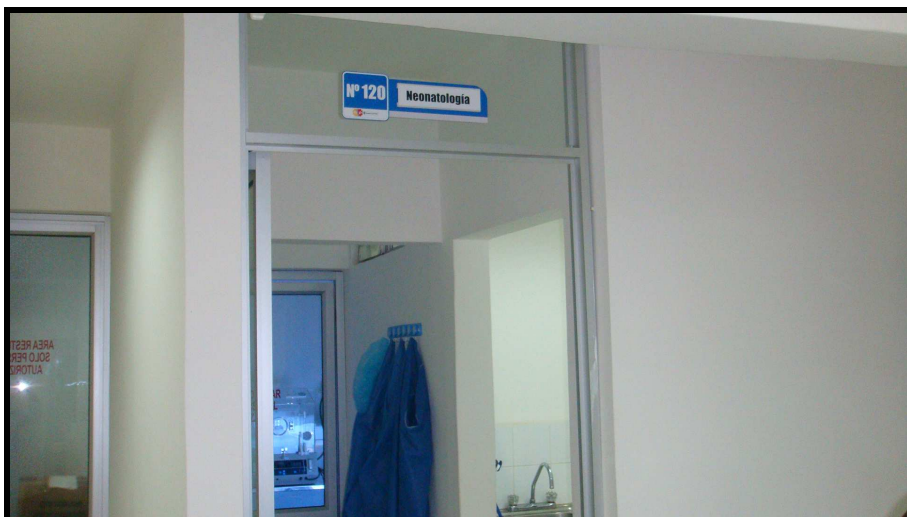
26. Smaill F, Vázquez JC. Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford. Citado el 30/03/2011. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000490>
27. Revista Medica Mexicana. Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México. 2003 a diciembre de 2007. Citado el 28/03/2011. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/volumen-78-num-3-marzo-2010/2068-factores-de-riesgo-asociados-con-preeclampsia-estudio-de-casos-y-controles.html>
28. García Roberto E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. Rev. méd. Chile. 2001 Jul [citado 2011 Jun. 15] ; 129(7): 825-826. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000700020&script=sci_arttext.
29. Dra. Chang C. MSP, Calidad de atención materno-infantil, manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna neonatal, MSP, CONASA. Ecuador Agosto 2008. Citado el: 22/03/2011. Disponible en: <http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/5.%20Manual%20de%20Estandares.pdf>.
30. González C, Informacion Médica Y Sistemas De Informacion. Santiago de Chile Mayo 2003. Citado el 29/09/11. Disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/infosiscgs.pdf>.
31. Ministerio de Salud Pública. Manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal. Citado el: 23/06/2010. Disponible en:

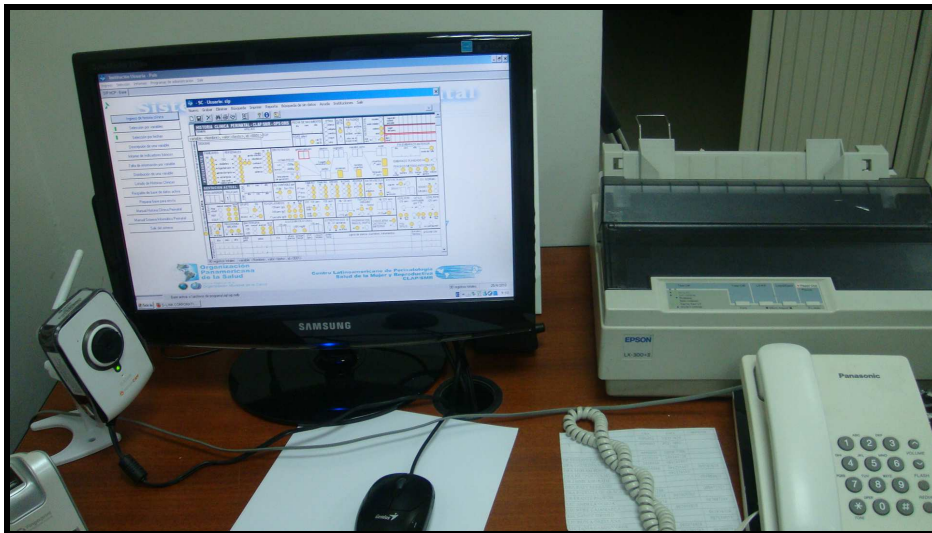
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:R0PdAsnlR7AJ:www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/5.%2520Manual%2520de%2520Estandares.pdf+Estándares+e+Indicadores+para+el+Monitoreo+de+la+Calidad+de+la+Atención+Materno+Neonatal&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec>

32. Mainero L; et all, Sistema informatico perinatal. Montevideo Uruguay 2010. Citado: 20/09/11. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201565.pdf.
33. AIEPI neonatal “Intervenciones basadas en la evidencia” Biblioteca sede OPS Washinton DC: OPS 2009. Citado el 22/10/11. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final_intervenciones.pdf.
34. Rebolled, G. Calidad y agregación de valor en información. Chile 2010. Citado el 10/06/2011. Disponible en: <http://b3.bibliotecologia.cl/portada.htm>
35. Gonzalez G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Panama, 6 Junio 2001. Citado el 31 julio del 2011 disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000600013&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Sept. 2011.
- 36.. Ministerio de salud de Perú. Documento técnico: modelo de gestión hospitalaria 2007. Citado el 20/09/2011. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/gestion-hospi/29102009_anteproyecto_2009.pdf.
37. Saturno, P. Modelo de gestión de la calidad aplicada a la atención primaria. Murcia España Junio 2005. Citado el 5/06/2011. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/microsites/opinion/opinion5/modelos.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1. CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE,







ANEXO 3. TABLA DE MATRIZ DE REPORTE DEL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MATERNO NEONATAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR																																						
MATRIZ DE REPORTE DEL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO PERI-NEONATAL																																						
Provincia: Azuay										Cantón: CUENCA		Área de Salud: Área 4 - Yanuncag, Jefatura de Área de Salud: Centro de Salud N°4 "Carlos Elizalde"										Unidad Operativa: Centro de Salud N°4										Año: 2010						
Número de Embarazadas Asignadas al Área de Salud para el año: 2480																				Responsable: Dr. Freddy Cárdenas																		
Proceso	Estándar	Indicador	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre			Diciembre		
			N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%			
Atención del Parto	1	% Insumos esenciales atención Materna y RN.			###							197	214	92								###				207	214	97										
	2	% Control prenatal atendido según norma.	28	30	93	28	30	93	29	30	97	28	30	93	25	30	83	30	30	100	30	30	100	29	30	97	29	30	97	25	30	83	26	30	87	28	30	
	3A	% Partos con partograma graficado y con control.	29	30	97	14	15	93	22	23	96	18	18	100	29	30	97	27	30	90	30	30	100	29	30	97	30	30	100	28	30	93	24	24	100	25	25	
	3B	% partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma.	2	2	100	20	20	100	23	23	100	18	18	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	29	30	97	30	30	100	###		100			100			
P-P	4	% Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).	30	30	100	20	20	100	23	23	100	18	18	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	2	2	100	0	0	100	3	3	100	2	2	
	5	% de post partos con control según la norma	29	30	97	19	20	95	23	23	100	18	18	100	30	30	100	28	30	93	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	24	24	100	25	25	
	6	% de RN en los que se realizó actividades de la norma.	29	30	97	19	20	95	21	23	91	18	18	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	24	24	100	25	25	
	7A	% Partos atendidos por médico/a u obstétrico/a.	30	30	100	20	20	100	23	23	100	18	18	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	24	24	100	25	25	
Atención Postnatal	7B	% de RN atendidos por médico/a u obstétrico/a.	30	30	100	20	20	100	23	23	100	18	18	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	30	30	100	24	24	100	25	25	
	8A	% de ppos con preeclampsia, eclampsia manejada	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	28	30	93	0	0	###	0	0	###	30	30	###	30	30	100	24	24	100	25	25	
	8B	% de Hemorragias Obstétricas manejadas según la norma.	0	0	###	0	0	###	25	30	83	0	0	###	25	30	83	27	30	90	10	11	91	29	30	97	1	1	100	1	1	100	1	1	100	###		
	8C	% de infecciones obstétricas manejadas según la norma.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###
Complicaciones Obstétricas	8D	% Partos Pretermino con Corticoides prenatales.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	2	2	100	###	###	100	3	3	100	###		
	8E	% Partos Pretermino con Mifedipina como Uteroinhibidor.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	###	###	100	3	3	100	###		
	8F	% Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	###	100	###	3	3	###	###		
	9A	% RN con infección, manejados de acuerdo a la norma.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	###	1	1	###	0	0	###		
Complicaciones Neonatales	9B	% RN con Trastornos Respiratorios, manejados de acuerdo a la norma.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	###	0	0	###	0	0	###		
	9C	% RN con Prematuros, manejados de acuerdo a la norma.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	###	1	1	###	0	0	###		
	10	Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas.																	###																		###	
	11	Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.			###			###			###			###			###			###			###			###	0	0	###			###			###			###
Estándares e indicadores de Salud	12	% de complicaciones obstétricas atendidas, de las esperadas	372	0		372	0		372	0		372	0		372	0		372	0		372	0		372	0		372	0		9	372	2	16	372	7	5	372	
	13	% de muertes maternas Investigadas			###			###			###			###			###			###			###			###	0	0	###	0	0	###	0	0	###			###

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE.

**ANEXO 4. TABLA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN DE PATOLOGÍAS NEONATALES**

CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE AREA DE SALUD N°4 YANUNCAY REGISTRO DE INFORMACION DE NEONATOS						
NO	No HISTORIA CLINICA	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	PATOLOGÍA ANTEPARTO	CODIGO CIE-10	PATOLOGÍA POSTPARTO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						



ANEXO 5. TABLA DE MATRIZ DE REPORTE DEL MONITOREO DE LA MORBILIDAD NEONATAL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE

Provincia:								Área de Salud:								Unidad Operativa:								Año:			
Número de Neonatos atendidos: en el Área:																		Responsable:									
Código	Patología	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	Hiperbilirrubinemia																										
	Distres Respiratorio																										
	Sospecha de Sepsis																										
	Policitemia																										
	Hipoglicemia																										
	Taquipnea Transitoria																										
	Prematurez																										
	Bacteriemia																										
	Hemangioma																										
	Quiste Dental																										
	Asfixia Inicial Grave																										
	Disnea Transitoria de RN																										
	Riesgo de Sepsis																										

**ANEXO 6. TABLA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN DE PATOLOGÍAS MATERNAS**

CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE AREA DE SALUD No4 YANUNCAY REGISTRO DE MORBILIDAD DE GESTANTES									
No	FECHA DE INGRESO	No HISTORIA CLINICA	NOMBRE	EDAD	PERÍODO ACTUAL DE GESTACIÓN	PATOLOGÍA ANTEPARTO	TIPO DE PARTO	CODIGO CIE- 10	PATOLOGÍA POSTPARTO
1							CESAREA		
2							EUTOSICO		
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									



ANEXO 5. TABLA DE MATRIZ DE REPORTE DEL MONITOREO DE LA MORBILIDAD MATERNA CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE

Provincia:								Área de Salud:								Unidad Operativa:								Año:			
Número de Neonatos atendidos en el Área:																		Responsable:									
Código	Patología	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
O23	Infección de vías genitourinarias en el embarazo																										
O14.0	Preeclampsia moderada																										
O14.1	Preeclampsia severa																										
O14.9	Preeclampsia no especificada severa																										
P25	Desnutrición en el embarazo																										
O24																											