



RESUMEN

Antecedentes: Este trabajo es parte del programa de investigación de “Tecnologías de Información y Comunicación” (TIC) para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios públicos.

Objetivo: Determinar las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño en el año 2010. Analizar el cumplimiento de los estándares de calidad según la norma del Ministerio de Salud Pública. Elaborar una propuesta de gestión para el mejoramiento de la calidad de la atención materna y neonatal.

Metodología: Es un estudio descriptivo, realizado con 315 mujeres atendidas por parto; en base al análisis de datos recolectados de fuentes indirectas: historias clínicas, egresos hospitalarios, historias clínicas perinatales (formulario 051), base de datos del SIP y calificación de los estándares de calidad.

Resultados: Las principales causas de morbilidad materna fueron: infección de vías urinarias (43%), anomalías de dinámica del trabajo de parto (22%), e hipertensión arterial inducida por gestación con proteinuria (7%). Las causas de morbilidad de los 316 neonatos fueron: ictericia neonatal por otras causas y por las no identificadas: (44%), enfermedades respiratorias (15%), neumonía (5%), sepsis (3%). No se registraron muertes maternas ni neonatales. En relación a la norma materna y neonatal se cumple en más 70%. Déficit del estándar de control de postpartos y gráfica del partograma.

Conclusiones: No se registró mortalidad materna ni neonatal. La principal causa de morbilidad materna es infección de vías urinarias y de morbilidad neonatal es ictericia neonatal. Los estándares de calidad no se cumplen en el 100% que exige la norma.

PALABRAS CLAVE: MORTALIDAD MATERNA, MORTALIDAD NEONATAL, INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD.



ABSTRACT

Background: This work is part of the "Of information and communication technologies" (ICT) research programme to improve the quality of maternal and neonatal care in the public services.

Objectives: The purpose of this research is to determine the major causes of morbidity and maternal and neonatal mortality in the Hospital Municipal de la Mujer y el Niño in 2010. We analyzed compliance with quality standards according to the standard of the Ministry of Public Health, which provide staff, infrastructure, equipment, supplies and satisfaction of women attending and developed a strategic proposal for improving perinatal care.

Methodology: A descriptive study, conducted at the Hospital Municipal de la Mujer y el Niño in 2010, 315 patients attended for childbirth, based on analysis of data collected from indirect sources: medical records, hospital discharges, perinatal histories (form 051), SIP database, qualifying standards.

Results: The main causes of morbidity are: urinary tract infection (43%), abnormalities of the dynamics of labor (22%), and hypertensive disorders of pregnancy with proteinuria (7%).

Neonatal morbidity, neonatal jaundice from other causes by unidentified: (44%), respiratory (15%), pneumonia (5%), sepsis (3%). Neonatal deaths are not recorded. With regard to maternal and neonatal standard is met in more than 70%. There is a shortage of standard control chart partogram postpartum.

Conclusions: There was no maternal or neonatal mortality. The main cause of maternal morbidity is urinary tract infection and neonatal morbidity of neonatal jaundice. Compliance with quality standards implemented by the MSP is insufficient.

KEYWORDS: MATERNAL MORTALITY, NEONATAL MORTALITY, HEALTH CARE QUALITY INDICATORS, INDICATORS OF MORBIDITY AND MORTALITY.



ÍNDICE DEL CONTENIDO

RESPONSABILIDAD	5
AGRADECIMIENTO.....	3
DEDICATORIA	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
1.-INTRODUCCIÓN	9
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3.-JUSTIFICACIÓN	12
4.-MARCO TEÓRICO	13
5.- OBJETIVOS	28
6.-MÉTODOS Y TÉCNICAS	29
7.-RESULTADOS.....	33
8.- CONCLUSIONES	51
9.-DISCUSIÓN:	53
10. REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS	55



Nosotras, María Cristina Castro Flores , Ivonne Estefanía Chulca Campoverde, 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 del Título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autoras.

Nosotras, María Cristina Castro Flores , Ivonne Estefanía Chulca Campoverde, certificamos que todas las ideas y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de las autoras.



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

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL, CALIDAD DE
ATENCIÓN EN EL “HOSPITAL MUNICIPAL DE LA MUJER Y EL NIÑO”
DEL SECTOR PATAMARCA, DURANTE EL AÑO 2010”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS: MARÍA CRISTINA CASTRO FLORES
 IVONNE ESTEFANÍA CHULCA CAMPOVERDE**

DIRECTOR: DR. JOSÉ ORTIZ SEGARRA

ASESOR: DR. XAVIER MOLINA

**CUENCA – ECUADOR
ABRIL 2012**



AGRADECIMIENTO

Principalmente a Dios, por habernos brindado la vida, sabiduría e inteligencia para cumplir una más de nuestras metas propuestas.

A nuestros padres, quienes constituyen el pilar fundamental de nuestra educación y quienes con amor y sacrificio han logrado inculcar en nosotros valores como la responsabilidad y honestidad necesaria para superarnos cada día.

Al distinguido Dr. Xavier Molina y Dr. José Ortiz directores del presente trabajo de investigación, nuestros más sinceros agradecimientos por su cooperación y guía, sin las cuales no habría sido posible llevar a cabo el presente informe.

Finalmente a nuestros colaboradores Dra. Tania Paola Prado e Ing. Gabriel Carpio.

Las Autoras.



DEDICATORIA

Primero agradezco a Dios por permitirme realizar este trabajo de forma exitosa, al igual que a mis hijas y mi esposo, que han sido mi inspiración para seguir adelante.

A mis padres y hermana por sus consejos que me permitieron enfrentarme a cada uno de los desafíos que se presentaban, para así culminar con éxito mi carrera.

Ivonne



DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a éste punto de mi carrera.

A mi hija y esposo, quienes han sido motivación y entrega cada día.

A mis padres y hermano, por su apoyo, guía y comprensión constante.

A mis suegros y cuñadas, con quienes he compartido sueños y esperanzas.

Cristina

1.-INTRODUCCIÓN

Este trabajo es parte del programa de investigación de “Tecnologías de Información y Comunicación” (TIC) para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios públicos de la provincia del Azuay Ecuador a través del manejo del Sistema Informático Perinatal (SIP) para el mejoramiento de la gestión de calidad de los servicios hacia la salud materna y neonatal.

En el transcurso de los últimos años se ha observado un avance de las condiciones de salud de la población ecuatoriana, sin embargo, se registran todavía tasas elevadas de mortalidad materna y neonatal. La estimación del número de muertes maternas que se producen anualmente en todo el mundo supera la cifra de 500.000. Por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo y el parto, hay otras 20 que padecen enfermedades relacionadas con el embarazo o que experimentan otras consecuencias graves. La muerte materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. La tasa de mortalidad materna en el Ecuador fue de 96,3 por 100.000 nacidos vivos en el año 2009 (1). La mortalidad neonatal es todo aquel fallecimiento que sucede durante el período que comienza con el nacimiento y termina hasta los primeros 28 días completos de vida. La tasa de mortalidad infantil en el Ecuador durante el 2009 fue de 15,19 por cada 1000 nacidos vivos (2). En el Hospital de la Mujer y el Niño se identifican problemas como ausencia de registro y calificación de los estándares de calidad del Ministerio de Salud Pública. Además existen deficiencias en cuanto al llenado de la historia clínica perinatal y del Sistema Informático Perinatal (SIP).

Realizamos un estudio descriptivo, en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño durante el año 2010, con 315 pacientes atendidas por parto, en base al análisis de datos recolectados a través de fuentes indirectas: egresos



hospitalarios, historias clínicas y perinatales, formulario 051, base de datos del SIP y calificación de estándares de calidad.

Los resultados nos muestran que la principal causa de morbilidad materna en la unidad de salud está relacionada con infección del tracto urinario, siendo la ictericia multifactorial la principal causa de morbilidad neonatal. Con respecto a los estándares de calidad, se cumplen en un 70%. Estos resultados nos permitieron la formulación de una propuesta de gestión factible para nuestra unidad de salud.

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño se encontró que el procesamiento y análisis de las causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal se registra de manera incompleta, puesto que constan los egresos hospitalarios y por ende las principales causas de mortalidad y morbilidad, pero no un cuadro guía de dichas causas.

Existe un mínimo cumplimiento de los estándares de calidad implementados por el MSP; en este hospital se realizan parcialmente actividades para el cumplimiento de las normas, repercutiendo en la calidad de atención a las usuarias que asisten a esta unidad.

Las tecnologías de información y comunicación (TICs) son muy importantes y dentro de ellas el sistema informático perinatal (SIP) es un instrumento valioso para evaluar las decisiones de salud en todos los niveles, pero no se lo llena en su totalidad, lo cual conduce a una inadecuada recolección de datos en la historia clínica perinatal.

El Hospital Municipal de la Mujer y el Niño no contaba con estudios para permitan determinar la morbilidad y mortalidad materna, lo cual con la implementación y aplicación del Sistema Informático Perinatal, ahora tenemos acceso a un registro que garantice la formulación de planes de atención hospitalaria para mejorar la calidad de atención.

A pesar de las gestiones realizadas por los directivos de la institución no cuentan con la dotación completa de insumos y suministros, lo cual impide el cumplimiento a cabalidad en los procesos de atención hacia las madres y los neonatos.

3.-JUSTIFICACIÓN

Ésta investigación se llevó a cabo ya que es de interés general y surge por la preocupación de cómo desarrollar un proyecto que genere conocimientos y capacitación para lograr una considerable reducción de la morbilidad y mortalidad materno-neonatal, con miras a un desarrollo sustentable, responsable y eficiente de los sistemas de salud aplicados a las mujeres gestantes y a los neonatos dentro de la provincia del Azuay.

La finalidad de la presente investigación es conocer las principales causas de morbilidad y mortalidad, el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención materna y neonatal, y formular estrategias a más de las ya existentes en dicha unidad de salud, para el mejoramiento de la atención perinatal con adecuada recolección de datos en la historia clínica perinatal y su ingreso a la base de datos del SIP

Los beneficiarios directos serán las autoridades de salud y los beneficiarios indirectos en un futuro serán las madres y los recién nacidos.

Los datos obtenidos serán de importancia para la identificación de débiles prácticas clínicas y causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, para realizar la formulación de estrategias que mejoren la calidad de atención, y registrar precedentes para futuras investigaciones epidemiológicas.

Los resultados serán difundidos en esta unidad de salud y en el proyecto de investigación Tecnologías de Información y Comunicación para mejorar la calidad de atención materna y neonatal en los servicios públicos del Azuay, de manera que se aportará y fortalecerá significativamente a los objetivos del mismo

4.-MARCO TEÓRICO

En éste capítulo se tratan temas relacionados con las causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, además de estándares de calidad y propuesta de gestión y subtemas necesarios para la comprensión de la investigación.

4.1.-Neonato, nacido vivo características y control

Es importante conocer estos términos ya que al hablar de neonato se trata de un recién nacido que se encuentre en los primeros 28 días de vida. A los primeros 7 días de vida se les llama período neonatal precoz. (3) En tanto que nacido vivo es el producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, que después de ser extraído del vientre materno respire o dé cualquier otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical y de que esté o no desprendida la placenta. (4)

4.1.1 Características físicas del recién nacido normal

- Peso al nacimiento entre 2500 y 4000 gramos, talla entre 47 y 54 cm, perímetro cefálico entre 34 y 36 cm.
- Apgar al minuto y a los 5 minutos de 8 a 10.
- Ausencia de signos indicadores de enfermedad o dismorfismo.

El recién nacido debe someterse a un breve examen físico inmediatamente después del nacimiento. El objetivo de este examen es verificar su recuperación posparto, apreciar en forma aproximada su edad gestacional, buscar signos de enfermedad como quejido, palidez, distensión abdominal, cianosis, apneas, malformaciones externas como fisura palatina, ano imperforado y defectos del tubo neural; detectar signos de trauma (falta de movimiento de una extremidad, hematomas). La presencia de meconio en piel informa sobre la posibilidad de niño asfixiado en forma aguda o crónica.

Examinar los genitales para determinar el sexo del recién nacido y descartar la presencia de arteria umbilical única que se asocia a una elevada incidencia de anomalías congénitas. La ausencia, presencia y calidad de los pulsos periféricos proporcionan información vital adicional. Igualmente observar y dejar consignado el paso de orina o meconio, como ocurre aproximadamente en el 20 % de los neonatos en la sala de partos. En este examen se hace evaluación antropométrica. La valoración de la vitalidad del neonato se efectúa con el método de apgar. (5)

4.1.2.- Control del Neonato

Para determinar salud o enfermedad en un neonato es imprescindible realizar controles con parámetros que incluyan el estado general, somatometría, constantes vitales y evaluación del ombligo, así como comprobación del inicio del calendario de vacunas, practicado normalmente en el propio hospital. La educación sanitaria es importante para evitar la morbilidad neonatal y debe hacerse en cada uno de los controles del niño, incluyendo la enseñanza y cuidados con respecto al baño, la lactancia materna, las técnicas de lactancia entre otras que favorecen el desarrollo mental, psicológico y físico del neonato. (6)

4.2.- Morbilidad y mortalidad neonatal y sus causas

Las enfermedades perinatales son las que ocurren en el nacimiento o alrededor de él, es decir, durante las 12 últimas semanas de gestación, el parto y la segunda semanas de vida extrauterina. Este grupo de enfermedades constituye la primera causa de muerte para los niños menores de 1 año en Latinoamérica. Por orden de frecuencia son: Bajo peso al nacer, hipoxia y anoxia al nacer, otras afecciones respiratorias, enfermedades mal definidas en el período perinatal. (5)

4.2.1.-Morbilidad Neonatal

Se define como la cantidad de neonatos de una población, comunidad o país, que están afectados por una determinada enfermedad, en relación con la población neonatal total. Dicha enfermedad es causante de la disminución

del estado de bienestar tanto físico como psicológico, y pueden ser crónicas o agudas.

El mayor índice de morbilidad se da en los prematuros, con crecimiento intrauterino retardado, anoxias y malformaciones. (4)

La morbilidad perinatal relacionada con intervención quirúrgica no obstétrica es atribuible a la enfermedad en si más que a los efectos adversos de la operación y la anestesia. Las tasas de muertes fetales y mal formaciones congénitas son similares en embarazos con o sin intervención quirúrgica, sin embargo hay una incidencia aumentada de peso bajo al nacer y partos pretérmino, así como de muertes neonatales en mujeres en quienes se practica una intervención. (5).

4.2.2.-Mortalidad Neonatal e infantil a nivel Mundial:

La morbilidad y mortalidad por infección es importante, pero las predicciones de la OMS señalan que las infecciones como causa destacada de mortalidad para el año 2020 deben desaparecer. El problema a nivel global consiste en que cientos de millones de neonatos y niños padecen de malnutrición y hasta 11 millones mueren cada año por causas evitables y la situación tiende a perpetuarse por el círculo vicioso desnutrición-enfermedad-pobreza-desnutrición, mientras se admite que la desnutrición conduce a un problema de retraso de las características antropométricas y desarrollo psíquico. Se concluye que la nutrición materna durante el embarazo es básica para el correcto nacimiento y desarrollo del neonato. (9)

4.2.3- Mortalidad Neonatal en Ecuador:

Es todo aquel fallecimiento que sucede durante el período que comienza con el nacimiento y termina hasta los primeros 28 días completos de vida. La tasa de mortalidad infantil en el Ecuador durante el 2009 es de 15,19 por cada 1000 nacidos vivos. (2)

4.2.4.- Causas de Mortalidad Neonatal en Ecuador en el año 2009:

Los principales son: prematuridad y bajo peso al nacer, problemas respiratorios del recién nacido, neumonía, sepsis bacteriana del recién nacido, otras malformaciones congénitas del corazón, otras malformaciones congénitas no clasificadas, dificultad respiratoria del recién nacido, hipoxia intrauterina, síndromes de aspiración neonatal, asfixia del nacimiento, bronquitis aguda, malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, hidrocefalo congénito, trastornos cardiovasculares originados en el período perinatal. (13)

Seguido se tratará sobre la morbilidad y mortalidad materna y sus causas.

4.3.-Morbilidad materna

La cobertura de los servicios de salud en el País no abastece las necesidades la población de manera particular en las zonas rurales, por los que eventos como el nacimiento de un niño no cuentan con atención profesional; realizándose en forma empírica un elevado porcentaje aumentando la frecuencia de morbilidad y mortalidad en la madre y el niño. (34)

La morbilidad materna se genera por factores internos y externos que condicionan un conjunto de signos y síntomas capaces de llevar a la madre a un estado patológico el cual puede ser prevenido o manejado para recuperar el bienestar materno.

4.3.1.-Muerte Materna

Se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (7)

4.3.2.- Mortalidad Materna a nivel Mundial

Del total estimado de 536 000 defunciones maternas en el mundo en 2005, el 99% (533 000) correspondía a países en desarrollo. La región del África subsahariana registró algo más de la mitad de las defunciones maternas (270 000) y Asia meridional fue la siguiente en cifras (188 000). Ambas regiones contabilizaron el 86% de la mortalidad materna mundial. (8)

4.3.3.-Mortalidad Materna en Ecuador

En Ecuador la tasa de mortalidad materna fue 96,3 por 100.000 nacidos vivos, en el año 2009, las causas principales son hemorragia 30 %, enfermedad hipertensiva 29% y sepsis 7 %. (1)

4.3.4.- Causas de Mortalidad Materna a nivel Mundial

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensión del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. (12).

Las causas de muerte materna más frecuentes en Colombia son: hipertensión inducida por el embarazo (32%), hemorragia (25%), shock séptico (10.7%).



A continuación se tratará sobre los indicadores y estándares de calidad:

4.4.- Indicadores y estándares de calidad

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas.

La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios". (16)

Estándar es un medidor, que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia. (17). En tanto que la calidad es una cualidad o propiedad inherente de las cosas, que permite que éstas sean comparadas con otras de su misma especie. (18.1)

Dentro de los tipos de calidad tenemos una externa que corresponde a la satisfacción de los clientes, para su logro se requiere proporcionar productos o servicios que satisfagan las expectativas del cliente para establecer lealtad y de ese modo mejorar la participación en el mercado. Y la calidad interna que corresponde al mejoramiento de la operación de una compañía. El propósito de la calidad interna es implementar los medios para permitir la mejor descripción posible de la organización, detectar y limitar los funcionamientos incorrectos. Los beneficiarios de la calidad interna son la administración y los empleados de la compañía. (18.2).

4.4.1.- Estándar de Calidad

Es el que reúne los requisitos mínimos en busca de la excelencia dentro de una organización institucional. (18)

En el año 2005, se conformó un equipo conductor del mejoramiento continuo de la calidad y de los cuidados obstétricos esenciales en el nivel central del MSP, integrado por funcionarios de Normatización del Sistema Nacional de

Salud de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y apoyo técnico bajo la conducción de este equipo, son 13 las provincias que trabajan mejorando sus procesos de atención mediante la medición de la calidad y aplicando técnicas de mejoramiento continuo. Bajo acuerdo ministerial V se declaró al Plan Nacional de la reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la agenda pública nacional.

4.4.2.- Estándares e indicadores para el monitoreo de la calidad de la atención materno neonatal

1.- Porcentaje de Insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a.

2.- Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma.

3A.- Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma graficado correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical de la paciente, y además se controló y registró la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardiaca fetal.

3B.- Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma.

4.- Porcentaje de partos vaginales atendidos en el hospital en los que se administró a la parturienta 10 UI. de oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a, como parte del manejo activo del tercer período de parto y se registró en la historia clínica perinatal.

5.- Porcentaje de post partos inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica perinatal en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas las actividades seleccionadas según la norma.

6.- Porcentaje de recién nacidos/as a término en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal por lo menos 11 actividades seleccionadas de la Norma.

- 7A.- Porcentaje de partos atendidos por profesional capacitado (médico/a u obstetriz).
- 7B.- Porcentaje de recién nacidos/as atendidos/as por profesional capacitado (médico/a u obstetra.)
- 8.- Porcentaje de pacientes con Preeclampsia, Eclampsia y Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma.
- 8A.- Porcentaje de pacientes con Preeclampsia y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a la norma.
- 8B.- Porcentaje de pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejados de acuerdo a la norma.
- 8C.- Porcentaje de pacientes con Infección / Fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis que fueron manejadas de acuerdo a la norma.
- 8D.- Porcentaje de partos pretérmino en los que se administró a la madre corticoides y se registró en la historia clínica perinatal / Historia Clínica única, la inducción de maduración fetal pulmonar.
- 8E.- Porcentaje de partos pretérmino en los que se administró a la madre Nifedipina como Útero inhibidor y se registró en la historia clínica perinatal / Historia Clínica única.
- 8F.- Porcentaje de embarazadas con ruptura prematura de membranas que fueron manejadas de acuerdo a la norma.
- 9^a.- Porcentaje de Recién Nacidos con infección sistémica, que fueron manejados de acuerdo a la norma.
- 9B.- Porcentaje de RN con trastornos respiratorios, que fueron manejaos de acuerdo a la norma.
- 10.- Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas.
- 11.- Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.
- 12.- Porcentaje de complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades del Área de salud de las esperadas.
13. Porcentaje de las muertes maternas ocurridas en el Área de salud/hospital que tienen un proceso de investigación epidemiológica de la muerte materna. (30). (Ver anexo 3)

4.5.- Sistema Informático Perinatal (SIP)

El SIP está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP), el Carné Perinatal (CP) y el Sistema Computarizado con programas para el procesamiento de la información.

El SIP cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen, a modo de hoja de ruta, la información mínima indispensable para la adecuada atención de mujer gestante y el recién nacido. Dispone de programas de procesamiento de datos, permitiendo que la información pueda ser usada en la propia institución en donde se realizó la atención. (15)

La historia clínica perinatal constituye la fuente de datos con que cuenta el equipo de salud, para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar investigaciones operativas. Para esto, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por los propios proveedores de salud.

El CLAP/SMR como respuesta a esta necesidad, ha elaborado la propuesta de sistema informático perinatal. Está constituido por la historia clínica perinatal (HCP), el carné Perinatal (CP) y el sistema computarizado con programas para el procesamiento de la información.

El procesamiento tradicional de datos proporciona estadísticas anuales, que raramente llegan al propio personal de salud y cuando llegan, frecuentemente la oportunidad en que esto ocurre no responde a las necesidades del proveedor, no beneficiándolo de la “retroalimentación” indispensable para evaluar y mejorar sus acciones de salud.

Ante estas dificultades, el Sistema Informático Perinatal dispone de programas de procesamiento de datos, permitiendo que la información pueda ser usada en la propia institución en donde se realizó la atención.

El procesamiento de los datos tiene como resultado una serie de documentos que resumen la actividad de la institución en un período dado y pueden ser también elementos de investigación más específica. (35)

4.5.1.- Componente Informático.

El Sistema Informático Perinatal (SIP) ideado por el CLAP/SMR en 1983, 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; está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP) el partograma, el Carné Perinatal (CP) y los programas para computadores personales.

Los programas del Sistema Informático Perinatal permiten el ingreso de Historias Clínicas Perinatales y su almacenamiento en bases de datos para su posterior procesamiento. 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. (36)

4.6- Práctica Perinatales Beneficiosas basadas en la experiencia científica:

Las prácticas perinatales beneficiosas con base científico para el desarrollo de la atención adecuada a las gestantes y neonatos se fundamentan: contribuir a la uniformidad, definir la competencia, determinar el entorno favorable necesario, definir las norma profesionales, reducir la duplicación innecesaria de las tareas de los profesionales de la asistencia sanitaria y establecer una base para el diálogo beneficioso entre diferentes grupos profesionales. (18)

4.6.1.- Suplementos de micronutrientes múltiples durante el embarazo

Existe una reducción de los recién nacidos con bajo peso al nacer y pequeños para la edad Gestacional, así como de la anemia materna, en madres con suplementos de micronutrientes. (19)

4.6.2.- Efectos y seguridad de la administración preventiva de suplementos de hierro por vía oral con o sin ácido fólico a embarazadas

Estudios concluyen que el uso de suplementos de hierro con o sin ácido fólico se asoció con una reducción del riesgo de anemia y de la deficiencia de hierro en el embarazo y que la administración diaria de suplementos de hierro se asoció con un aumento del riesgo de hemoconcentración al término. (20)

4.6.3.- Suplementos de calcio durante el embarazo para la prevención de los trastornos hipertensión y problemas relacionados

El riesgo de hipertensión se reduce al utilizar suplementos de calcio, (RR: 0,70), (IC: 95%: 0,57 a 0,86). También hubo una reducción en el riesgo de preeclampsia, que se asoció con los suplementos de calcio (RR 0,48); (IC del 95%: 0,33 a 0,69). El efecto es mayor para las mujeres con alto riesgo (RR 0,22); (IC del 95%: 0,12 a 0,42).

Se reduce la muerte materna o morbilidad grave (RR 0,80; 0,65 a 0,97). Los suplementos de calcio reducen casi a la mitad el riesgo de preeclampsia (21)

4.6.4.- Corticoides y embarazo

Los efectos beneficiosos de los corticoides sobre el feto son que administrados en el período perinatal disminuyen la mortalidad y la morbilidad a largo plazo. Además, reducen en un 50% el riesgo de síndrome de distrés respiratorio neonatal. Sin embargo, la evidencia clínica sugiere que la administración de corticoides a la mujer embarazada tiene una serie de efectos indeseables sobre el desarrollo cerebral, alteraciones del comportamiento y malformaciones vasculares. Se desconoce el mecanismo

de producción de estos efectos adversos de los corticoides administrados exógenamente porque los corticoides endógenos, producidos por el feto, intervienen y son necesarios para la maduración cerebral. Los esteroides también disminuyen la frecuencia cardiaca en el feto y su movimiento y, secundariamente, producen una disminución de la cantidad de líquido amniótico. (22)

4.6.5 Amniotomía más oxitócina intravenosa para la inducción del trabajo de parto

La amniotomía y la oxitocina intravenosa provocaron más partos vaginales a las 24 horas que la amniotomía sola, (RR: 0.03), (IC: 95%). Los resultados secundarios la amniotomía y la oxitocina intravenosa provocaron que menos mujeres tuvieran partos vaginales instrumentales. La amniotomía y la oxitocina intravenosa provocaron más hemorragia postparto que las prostaglandinas vaginales (RR 5.5, IC 1.26-24.07). (24)

4.6.6.- Tratamiento para la hemorragia postparto primaria

Las opciones de tratamiento precoz incluyen fármacos para aumentar las contracciones musculares (como ergometrina, oxitocina y prostaglandinas). Pero el tratamiento con el fármaco misoprostol rectal mostró un beneficio en comparación con la combinación estándar de ergometrina y oxitocina. (25)

4.6.7.- Efecto del uso de partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término

Los partogramas son útiles tanto en ámbitos con acceso más limitado a los recursos de asistencia sanitaria, como a condiciones que dispongan de recursos sanitarios, estudios realizados en México y África mostraron cierta reducción de las tasas de cesáreas con el uso de partogramas y la intervención temprana para el progreso retrasado del trabajo de parto. (26)

4.6.8.- Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños

El retraso en el pinzamiento del cordón umbilical, el contacto piel a piel inmediato, y el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, son tres prácticas simples que además de proveer un beneficio inmediato al recién nacido, pueden tener un impacto a largo plazo en la nutrición y la salud de la madre y del bebé y, posiblemente, el desarrollo del niño mucho más allá del periodo neonatal y del puerperio. (27)

4.6.9.- - Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna e infantil

1: Reducir la mortalidad en la infancia:

Metas Indicadores

1.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

1.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

1.2 Tasa de mortalidad infantil

1.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

2: Mejorar la salud materna:

Metas Indicadores

2.A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

2.1 Tasa de mortalidad materna

2.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

2.B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

2.3 Tasa de uso de anticonceptivos

2.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes

2.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)

2.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. (31)

A continuación se hablará de gestión y estrategia hospitalaria:

4.7.1.- Gestión Hospitalaria

Consiste en realizar diligencias y estrategias que conduzcan a alcanzar recursos e insumos para un hospital, o cualquier cosa que mejore la calidad de éste. (32), para lo cual es necesario el empleo de estrategias que son programas generales de acción que llevan consigo compromisos de énfasis y recursos para poner en práctica una misión básica. Son patrones de objetivos, los cuales se han concebido e iniciado de tal manera, con el propósito de darle a la organización una dirección unificada. (33)

4.7.2.-Gestión de la calidad.

Es el conjunto de actividades de la función general de la dirección que determinan la política de la calidad, los objetivos, las responsabilidades, y se implantan por medios tales como la: planificación de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y la mejora de la calidad dentro del marco del sistema de calidad.

La gestión de calidad es una estrategia organizativa y un método de gestión que hace participar a todos los empleados y pretende mejorar continuamente la eficacia de una organización en satisfacer el cliente.

La gestión de la calidad será el modo en que la dirección planifica el futuro, implanta los programas y controla los resultados de la función calidad con vistas a una mejora permanente. (18.3)

4.7.3.- Modelo de Gestión Hospitalaria.

El Ministerio de Salud según estipula la Ley 27657, es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del Sistema nacional de Salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias y expectativas de la población. Con el objetivo de que se disponga de un marco conceptual y operativo que defina la forma de regular la gestión hospitalaria por el Estado, a fin de contribuir a mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de los procesos clínicos y administrativos.

El Documento Técnico partiendo de un análisis de la situación desarrolla un Modelo de Gestión sobre la base de Lineamientos de Gestión Hospitalaria, definiendo un enfoque de descripción en una dimensión de tres niveles de gestión, Macrogestión, Mesogestión y Microgestión hospitalaria, con el fin de tener coherencia integralidad y mayor impacto en las intervenciones.

En el marco de esos tres niveles, el Modelo de Gestión Hospitalaria se define en 10 componentes, que vienen a ser las líneas de intervención necesarias para modificar los procesos de gestión en el hospital. Los componentes del modelo son:

- 1) Gestión Clínica
- 2) Gestión Administrativa
- 3) Gestión de Recursos Humanos
- 4) Gestión de Recursos Tecnológicos
- 5) Gestión del Sistema de Información
- 6) Investigación y Docencia
- 7) Financiamiento y Mecanismo de Pago
- 8) Plataforma Organizativa 9) Plataforma Estratégica
- 9) Plataforma Jurídica. (34).



5.- OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL:

- Describir las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal y la calidad de la atención en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño en el año 2010.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar las 10 principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal en el año 2010.
2. Analizar el cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad según la norma del Ministerio de Salud Pública, en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, que contemplan personal, infraestructura, equipos, medicamentos, insumos y satisfacción de las mujeres atendidas.
3. Elaborar una propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención materna y neonatal del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño.

6.-MÉTODOS Y TÉCNICAS

6.1.-Tipo de Estudio

La presente investigación es parte del programa de “Tecnologías de Información y Comunicación” (TIC) para la aplicación de prácticas beneficiosas a través del manejo del Sistema Informático Perinatal (SIP). El estudio es de tipo descriptivo documental, realizada en el período del año 2010, sobre la base al análisis del Sistema Informático Perinatal y los estándares de calidad.

6.2.-Área de Estudio

El estudio fue realizado con la revisión y análisis de las historias clínicas y formularios 0-51 de las pacientes materno-neonatos del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño (ver anexo 1), que es una institución de derecho privado, de beneficio social, con patrimonio propio y personería jurídica, que brinda atención de salud ambulatoria y de internación, está ubicado en el sector de Patamarca vía al Camal Municipal. (ver anexo 2)

6.3.-Población de Estudio

Se trabajó con base a la información del formulario 0-51 y base de datos del SIP de 315 Mujeres atendidas por parto vaginal y cesárea durante el año 2010 en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño y los recién nacidos atendidos en este centro de salud. La unidad de análisis fue el formulario 051.

6.4.-Fuentes de Información

- Formulario 051: se utilizó para recolección de información (Ver Anexo)
- Sistema Informático Perinatal (SIP): Software elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) para la recolección, análisis, procesamiento de los datos que constan en el formulario 051.
- Historia Clínica: de las mujeres atendidas por partos y sus recién nacidos.

- Formularios de Estándares e Indicadores de Calidad: medida de obtención de datos de los insumos que debe tener en una unidad operativa
- Reportes Estadísticos del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño de las atenciones de partos y recién nacidos.

6.4.-Criterios de inclusión

Expedientes clínicos que contengan información del formulario 051 e historias clínicas de mujeres atendidas por parto vaginal y cesárea durante el año 2010 y neonatos nacidos en el año 2010.

6.5.-Criterios de exclusión

Formularios 051 que fueron hospitalizados en el área de neonatología del Hospital Municipal de La Mujer y el Niño del sector Patamarca en el año 2010.

Historias clínicas y expedientes de mujeres que fueron transferidas a otras instituciones de salud, que presentaron complicaciones antes y durante el labor de parto, desconociendo la continuidad en la atención brindada.

6.6.-Consideraciones éticas

Nos comprometimos a guardar confidencialidad de los datos y solo fueron empleados para el trabajo. Además se presentó a la directora del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño la doctora Juana Vélez un oficio como instrumento de aprobación para la investigación con su respectivo consentimiento informado explicándole sobre el estudio.

6.7.-Variables

Este trabajo se trata de un estudio descriptivo donde no se busca variación causal, se utilizaron variables cualitativas continuas y discontinuas. (ver anexo 5)

6.8.-Procedimientos para la recolección de información, instrumentos y métodos para el control y calidad de los datos

Instrumentos

SIP, Historias Clínicas, formulario de estándares e indicadores de calidad, partes diarios.

Autorización

Se contó con la autorización de la directora del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño y el apoyo y ayuda del personal del área de Gineco-Obstetricia y Estadística. (ver anexo 4)

6.9.-Fuentes de Información:

- Historia Clínica Perinatal: Formulario 051 (Ver Anexo 6)
- Sistema Informático Perinatal (SIP): Software elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP)
- Historias Clínicas y Notas de Evolución: de las mujeres atendidas en esta unidad de salud.
- Formularios de Estándares e Indicadores de Calidad: evaluación de la calidad de atención materna y neonatal, así como también los insumos con los que cuenta esta unidad operativa.
- Egresos Hospitalarios: Departamento de Estadística del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño.

6.10- Recolección de la información:

1. Ubicación del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño y reconocimiento de la zona.
2. Presentación a los directivos, personal médico, enfermera y estadística.
3. Presentación de oficio de solicitud para la realización de este estudio en dicho hospital.

4. El departamento de estadística nos facilitó el acceso a las historias clínicas de las pacientes atendidas.
5. Revisión bibliográfica que nos permitió obtener la información correspondiente de la prevalencia de morbi - mortalidad materna y neonatal, sus factores de riesgo y manejo del recién nacido.
6. La recolección de datos se realizó en base a las historias clínicas obtenidas mediante el formulario 051 que es llenado por los internos que laboran en el hospital.
7. Se aplicó los estándares de calidad de acuerdo a las normas de atención materno infantil.
8. Se realizó una propuesta de gestión para la obtención de materiales e insumos hacia este hospital, para el mejoramiento de la calidad de atención.

6.11.- Plan de Análisis

Las variables que constan en el formulario 051 fueron analizadas mediante el procesador estadístico del SIP con pruebas estadísticas descriptivas.

Para el análisis descriptivo de los estándares e indicadores de calidad de la atención materna y neonatal se utilizó el programa Excel de Office 2007.

7.-RESULTADOS.

Características Demográficas

Tabla 1. Distribución de 315 mujeres atendidas por parto vaginal y cesárea en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño durante el año 2010, según Características Demográficas. Cuenca 2011.

<i>Variable</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Alfabeta</i>		
Si	311	98,70
No	1	0,30
Sin dato	3	1,00
<i>Edad materna</i>		
(0 - 14)	1	0,30
(15 - 19)	68	21,60
(20 - 34)	221	70,20
(35 - 43)	25	7,90
sin dato	0	0,00
<i>Estado civil</i>		
Casada	201	63,80
Unión estable	46	14,60
Soltero	67	21,30
Otro	1	0,30
Sin dato	0	0,00
<i>Estudios</i>		
Ninguno	1	0,30
Primaria	83	26,30
Secundaria	178	56,50
Universidad	53	16,80
Sin dato	0	0,00
<i>Etnia</i>		
Blanca	0	0,00
Indígena	2	0,60
Mestiza	303	96,20
Negra	10	3,20
Otra	0	0,00
Sin dato	0	0,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal

Elaborado por: Las autoras



Del total de mujeres atendidas por parto en el Hospital Municipal de la Mujer y el niño el 98.70% son alfabetas, en contraste con un escaso analfabetismo representado por 0,30%. La gran mayoría se caracterizaban por presentar una edad adecuada dentro de edades recomendables para la gestación, comprendida entre 20 a 34 años, sin embargo se encuentran embarazos a temprana edad en un porcentaje muy considerable se observan embarazos a edad temprana (21.60%) y un porcentaje menor pero representativo embarazos tardíos (7.90%), constituyendo un riesgo tanto de la madre como de su hijo, predominando en este grupo la etnia mestiza (96,20%), y la instrucción secundaria (56,50%). En relación al estado civil predominaron las mujeres casadas (66,80%) y en unión libre (14,60%).

Antecedentes Familiares y Personales.**Tabla 2. Distribución de 315 mujeres atendidas por parto vaginal y cesárea en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño durante el año 2010, según Antecedentes Personales y Familiares. Cuenca 2011.**

<i>Variable</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Gestas Previas</i>		
(0 - 0)	8	2,50
(1 - 3)	286	90,80
(4 - 20)	21	6,70
<i>Abortos</i>		
0	285	90,50
1 a 3	30	9,50
Sin dato	0	0,00
<i>Antecedentes Personales</i>		
TBC	0	0,00
Diabetes	4	1,30
HTA	7	2,20
Preclampsia	8	2,53
Otros	5	1,60
Ninguno	291	92,38
<i>Antecedentes Familiares</i>		
TBC	0	0,00
Diabetes	45	33,33
HTA	37	27,40
Preclampsia	3	2,22
Otros	3	2,22
Ninguno	47	34,81
<i>Embarazo Planeado</i>		
No	174	55,20
Si	141	44,80
Sin dato	0	0,00
<i>Cesáreas</i>		
0	227	72,10
1 a 2	83	26,32
Sin dato	5	1,58
<i>Fracaso Método Anticonceptivo</i>		
No usaba	241	76,50
Barrera	38	12,10
Hormona	2	0,65
Natural	31	9,80
Sin dato	3	0,95

Fuente: Sistema Informático Perinatal**Elaborado por:** Las autoras



En relación a los antecedentes personales y familiares de las mujeres atendidas en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño durante el año 2010, podemos observar que el mayor porcentaje corresponde a mujeres que han tenido antecedentes de 1 a 3 gestas previas (90.80%), ningún antecedentes de cesárea (72,10); y ningún aborto (90,50%).

En lo que se refiere a antecedentes patológicos personales observamos que mayoritariamente aunque con una mínima diferencia corresponde a preeclampsia (2.5%) y le sigue en orden descendente la Hipertensión Arterial (2.2%) y la Diabetes (1.3%). Como podemos observar en la tabla no existe ningún caso de antecedentes de tuberculosis.

Además podemos observar que un 44,80% de embarazos se realizaron de una manera planificada y por lo tanto deseada y en un porcentaje similar este se dio como un evento no programado (55,20%).

Como dato significativo apreciamos que el 76,50% de las usuarias refirieron no haber utilizado ningún método anticonceptivo antes de su embarazo (76,50%).

Características de la gestación actual.
Tabla 3. Distribución de 315 mujeres atendidas por parto en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño durante el año 2010, según Características de la Gestación Actual. Cuenca 2011.

<i>Variable</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>EG Confiable</i>		
Por FUM	270	85,71
Por ECO	43	13,65
Sin dato	2	0,63
<i>Antirubéola</i>		
Previa al embarazo	57	18,10
No sabe	235	74,60
En el embarazo	0	0,00
Sin dato	2	0,60
No se puso	21	6,70
<i>Antitetánica</i>		
No	40	12,70
Si	275	87,30
Sin dato	0	0,00
<i>Examen odontológico normal</i>		
Sin dato	0	0,00
No	59	18,70
Si	256	81,30
<i>Examen mamas normal</i>		
No	31	9,80
Si	284	90,20
Sin dato	0	0,00
<i>Cervix PAP</i>		
Normal	223	70,80
Anormal	1	0,30
No se hizo	91	28,90
Sin dato	0	0,00
<i>Bacteriuria menor a 20 semanas</i>		
Normal	192	61,00
Anormal	90	28,60
No se hizo	33	10,50
Sin dato	0	0,00
<i>Bacteriuria >=20 sem.</i>		
Normal	126	40,00
Anormal	139	44,10
No se hizo	50	15,90
Sin dato	0	0,00
<i>Rh</i>		
Rh +	310	98,40
Rh -	2	0,60
sin dato	3	1,00
<i>Tamizaje Antenatal - Estreptococo B</i>		
Negativo	11	3,50
Positivo	0	0,00
No se hizo	304	96,50
Sin dato	0	0,00
<i>Folatos</i>		
Si	211	66,98
No	95	30,15
Sin dato	9	2,85

Fuente: Sistema Informático Perinatal

Elaborado por: Las autoras



En relación a características de la gestación actual podemos observar que en el mayor porcentaje de las mujeres en estudio ingresaron para su labor de parto de acuerdo con la fecha de la última menstruación (FUM) y el 59,70% lo hicieron solo con ecografía (ECO).

Notoriamente gran parte de las madres gestantes no tienen conocimiento sobre si recibieron o no la vacuna antirubeola (74,60%); en contraste de una cuantiosa cantidad de madres que recibieron la vacuna antitetánica (87,30%).

En relación al control odontológico, de mamas y cérvix podemos observar que son normales en su mayoría.

En lo que se refiere a la detección de bacteriuria; en embarazos menores a 20 semanas predominan los exámenes normales (61,00%); en contraste con los exámenes realizados en gestantes de más de 20 semanas en las que los porcentajes de exámenes normales (40%) y patológicos (44,10%) tienen una mínima diferencia.

No se registró caso positivo alguno en los exámenes de tamizaje prenatal para estreptococo B.

La gran mayoría de mujeres presentan factor RH+ y recibieron ácido fólico durante el embarazo como una medida para prevenir defectos del tubo neural.

Características de los partos.**Tabla 4. Distribución de 315 mujeres atendidas por parto vaginal y cesárea en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño durante el año 2010, según Características de los Partos. Cuenca 2011.**

<i>VARIABLE</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Consultas Prenatales</i>		
(0 - 0)	2	0,60
(1 - 1)	10	3,20
(2 - 4)	67	21,30
(5 - 9)	202	64,10
(10 - 99)	33	10,50
Sin dato	1	0,30
<i>Carné Prenatal</i>		
No	93	29,50
Si	219	69,50
Sin dato	3	1,00
<i>Acompañante en el Parto</i>		
Pareja	84	26,70
Familiar	47	14,90
Otro	176	55,90
Ninguno	1	0,30
Sin dato	7	2,20
<i>Posición parto</i>		
Sentada	2	0,60
Cuclillas	0	0,00
Acostada	313	99,40
Sin dato	0	0,00
<i>Episiotomía</i>		
No	223	70,80
Si	89	28,30
Sin dato	3	1,00
<i>Ocitócicos en TDP</i>		
No	171	54,30
Si	143	45,40
Sin dato	1	0,30
<i>Analgesia</i>		
No	72	22,90
Si	243	77,10
Sin dato	0	0,00
<i>Antibióticos</i>		
No	173	54,90
Si	142	45,10
Sin dato	0	0,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal**Elaborado por:** Las autoras



En relación a características del parto de las mujeres atendidas en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, podemos observar que predominan las usuarias que se han realizado de 5 a 9 controles prenatales durante todo su embarazo y han acudido al servicio portando el carnet prenatal (69,50%).

En un gran porcentaje han sido acompañados por otra persona que no sea su pareja o familiar en el momento del parto (55,90%).

La posición acostada fue la de elección, casi en su totalidad (99,4%) y apenas un mínimo porcentaje lo realizaron en posición sentada. (0,6%).

No se realizó episiotomía en la mayoría de los casos.

Durante el parto si se administraron evidentemente los medicamentos correspondientes según los requerimientos: Oxitócicos (45,4%), Analgésicos (77,1%) y Antibióticos (45,1%).

Características del Recién Nacido.
Tabla 5. Distribución de los recién nacidos de las 315 mujeres atendidas por parto vaginal y cesárea en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño durante el año 2010, según sus características. Cuenca 2011.

<i>Variable</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Recién Nacido Sexo</i>		
Femenino	136	43,2
Masculino	179	56,8
Sin dato	0	0
<i>Recién Nacido Peso para Edad Gestacional</i>		
Adecuado	288	91,4
Pequeño	20	6,3
Grande	6	1,9
Sin dato	1	0,3
<i>Perímetro cefálico</i>		
Microcefalia	0	0
Adecuado	315	100
Macrocefalia	0	0
Sin dato	0	0
<i>Apgar 1er. Minuto</i>		
(0 a 3)	1	0,3
(4 a 6)	7	2,2
(7 a 10)	307	97,5
Sin dato	0	0
<i>Apgar 5to. Minuto</i>		
(0 a 3)	1	0,3
(4 a 6)	0	0
(7 a 10)	314	99,7
Sin dato	0	0
<i>Reanimación</i>		
No	307	97,46
Aspiración	0	0
Estimulación	1	0,3
Masaje	0	0
Mascara	0	0
Oxígeno	7	2,2
Tubo	0	0
<i>Defectos congénitos</i>		
No	312	99
Menor	2	0,6
Mayor	1	0,3
<i>Egreso RN</i>		
Vivo	311	98,7
Fallece	0	0
Traslado	0	0
Sin dato	4	1,3
<i>Atendió RN</i>		
Medico	315	100
Empírica	0	0

Fuente: Sistema Informático Perinatal

Elaborado por: Las autoras



En relación a características del recién nacido podemos observar que la totalidad fueron atendidos por médicos y/o enfermeras, nacieron con un perímetro cefálico adecuado y ninguno falleció al momento del egreso.

El 43,2% de los recién nacidos fueron del sexo femenino y el 56,8% fueron de sexo masculino.

Además podemos evidenciar claramente que en su gran mayoría nacieron con un peso adecuado para la edad Gestacional (91,4%).

En lo que se refiere a APGAR tanto en el primero como en el quinto minuto apenas el 2.2% de los recién nacidos presentaron Insuficiencia Respiratoria Moderada requiriendo oxígeno y los demás recién nacidos nacieron con una vitalidad adecuada. En el APGAR a los 5 minutos solamente un neonato (0,3%) presentó Insuficiencia Respiratoria Grave, requiriendo ser reanimado mediante estimulación.

Un altísimo porcentaje de recién nacidos nacieron sin defectos congénitos (99%).

Principales causas de morbilidad materna**Tabla 6****Diez causas de Morbilidad Materna en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, durante el año 2010, según egresos hospitalarios**

Orden	Código CIE 10	Causas	Nº	%
1	O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	93	42.66
2	O62	Anormalidades de la Dinámica del trabajo de parto	48	22.08
3	O14.9	Hipertensión Inducida por la Gestación con proteinuria significativa	17	7.79
4	O82.9	Dilatación estacionaria	11	5.04
5	O42.9	Ruptura de Membranas	10	4.58
6	P01.8	Amenaza de parto pretérmino	9	4.12
7	O13	Hipertensión Gestacional, sin proteinuria significativa	8	3.66
8	O99	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	5	2.29
9	O72	Hemorragia postparto	4	1.83
10	O32.5	Embarazo Gemelar	3	1.37
		Otras	10	4.58
Total			218	100

Fuente: Egresos Hospitalarios del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño

Elaborado por: Las Autoras



Tras el análisis de las 10 causas principales de morbilidad materna en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, durante el año 2010, según egresos hospitalarios de un total de 218 mujeres atendidas por parto vaginal y cesárea que presentaron morbilidad, encontramos que la primera causa es Infección de las vías genitourinarias en el embarazo con un elevado porcentaje (42.66%) lo cual pone de manifiesto considerándose importante los controles prenatales para detectar y realizar el seguimiento de ésta patología que conlleva a su vez a complicaciones fetales, mientras que la causa que se presentó en menor medida fue la hemorragia postparto con (1.83%). Además se observan otras causas que corresponden a un 4.58% como son: polihidramnios, oligohidramnios entre otras.

Principales causas de morbilidad neonatal

Tabla 7

Diez causas de Morbilidad Neonatal en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, durante el año 2010, según egresos hospitalarios

Orden	Código CIE 10	Causas	Nº	%
1	P59	Ictericia neonatal por otras causas y por las no identificadas.	46	43.80
2	P28	Problemas respiratorios del recién nacido	16	15.23
3	J19.9	Neumonía	5	4.76
4	P22.1	Taquipnea transitoria	5	4.76
5	P22	Dificultad Respiratoria del Recién Nacido	3	2.85
6	A41.9	Sepsis	3	2.85
7	P05	Retardo del Crecimiento fetal y Desnutrición Fetal	3	2.85
8	E16.2	Hipoglicemia	3	2.85
9	P07.3	Prematuro	2	1.90
10	Q43	Otras malformaciones congénitas del Intestino	1	0.95
		Otras	18	17.14
Total			105	100

Fuente: Egresos Hospitalarios del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño

Elaborado por: las autoras

Del total de recién nacidos el 33.33% presentan complicaciones durante el parto y en sus primeros días de vida, encontrándose como primera causa de morbilidad la ictericia neonatal.



En relación a las 10 causas principales de morbilidad neonatal en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, durante el año 2010, según egresos hospitalarios de un total de 105 neonatos que presentaron morbilidad, observamos que la primera causa es ictericia neonatal por otras causas y por las no identificadas. (43.80%) mientras que la causa de morbilidad que menos se presentó fue malformación congénita del intestino (0.95%). Además de otras causas como son meningitis, paladar hendido, membrana hialina, que corresponden al (17.14%)

**Calidad de atención materna y neonatal****Tabla 8**

Estándares e indicadores para el monitoreo de la calidad de la atención materna y neonatal en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño. Patamarca 2010.

Estándares e indicadores para el monitoreo de la calidad de la atención materno neonatal	Cumple con la Norma		No cumple con la Norma	
	Si	%	No	%
Control prenatal	134	74.44	46	25.55
Partos con partograma graficado y con control	19	10.55	161	89.44
Partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma	58	32.22	122	67.77
Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).	123	68.33	57	31.66
Post partos con control	35	19.44	145	80.56
RN en los que se realizó actividades de la norma	180	100	0	0
Partos atendidos por médico/a u obstetrix	180	100	0	0
RN atendidos por médico/a u obstetrix	180	100	0	0
Pacientes con preeclampsia y eclampsia	180	100	0	0
Hemorragias obstétricas manejadas	180	100	0	0
Infecciones obstétricas manejadas	180	100	0	0
Partos Pretérmino con Corticoides prenatales	180	100	0	0
Partos Pretérmino con Nifedipina como Uteroinhibidor	180	100	0	0
Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas	180	100	0	0
Recién Nacidos con infección	180	100	0	0
Recién Nacidos con Trastornos Respiratorios	180	100	0	0
Recién Nacidos con Prematurez	180	100	0	0

Fuente: Egresos Hospitalarios del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño

Elaborado por: las autoras



En la tabla podemos observar que en un porcentaje muy superior se cumple con los controles prenatales (74.44%), lo cual contrasta con los registros del partograma que se cumplen en un mínimo porcentaje (10.55%), al igual que las decisiones que se toman frente a las desviaciones de esta (32.22%).

En relación a los partos en los que se administro oxitocina vemos que en su mayoría se cumple adecuadamente con la norma establecida.

La totalidad de partos y recién nacidos son atendidos por un médico u obstetrix y siguiendo las normas del MSP.



7.1.- Propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de la calidad de atención materna y neonatal del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño.

La atención de salud que ofrece el Hospital de la Mujer y el Niño a sus pacientes es realizada con el fin de brindar beneficio a los mismos, sin embargo en ocasiones debido a la falta de atención a ciertos factores que forman parte del servicio, pueden ocurrir eventos adversos que impiden brindar una atención de calidad. Para evitar esto, a continuación presentamos las siguientes propuestas de gestión:

- Indicar al personal de salud la importancia de brindar una atención de calidad a los pacientes, ya que la retroalimentación recibida de estos últimos en lo referente a tiempos de espera para la consulta y exámenes complementarios, ha sido insatisfactoria.
- Implementación de cursos óptimos de capacitación sobre elaboración de historias clínicas y manejo del SIP, además de continuidad de los mismos.
- Mejorar la supervisión de las historias clínicas elaboradas por parte de las autoridades del establecimiento para conseguir un mejor seguimiento del paciente.
- Cumplimiento estricto y completo de los estándares de calidad de atención al paciente del Hospital de la Mujer y el Niño por parte de los internos de Medicina.
- Implementación de un mejor programa de manejo de inventarios en la farmacia del hospital de medicamentos, insumos y materiales necesarios para los pacientes y para los procesos de atención.
- Elaboración de una propuesta convincente dirigida a las altas autoridades del gobierno para la implementación de las especialidades con las que no cuenta el hospital, para así lograr una atención completa a los pacientes.

OBJETIVOS:

- Mejorar la calidad del llenado de registros del formulario 051 y por ende del SIP mediante capacitación a las personas encargadas de esta actividad.



- Realización de programas de supervisión a través de tutores que posean conocimientos referentes al tema y gestión con las autoridades del MSP para la supervisión periódica de un cumplimiento adecuado de las actividades planteadas.

ESTRATÉGIAS:

- Difusión más ampliada de problemas detectados en el hospital.
- Análisis y gestión de recursos para que estos se repartan de manera más equitativa.
- Incentivos a través de pagos, reconocimientos, facilidades para accesos a becas y asistencia a congresos.
- Preparación de módulos coordinando conjuntamente con docentes.
- Charlas sobre manejo correcto del SIP y llenado del formulario 051

ACTIVIDADES:

- Charlas con los señores internos, quienes son los encargados de llenar el formulario 051.
- Realizar una capacitación, para realizar mes a mes el llenado de los estándares de calidad.
- Reportar a la directora, Dra. Juanita Vélez los resultados y conclusiones de éste trabajo, para que se tomen las medidas correspondientes.
- Incorporar a la práctica diaria los estándares de calidad y familiarizar al personal.
- Comprometer a las autoridades del hospital a realizar verificaciones y controles periódicos, del adecuado llenado de la hoja del CLAP.
- Garantizar una atención basada en normas uniformes que mantengan un rango similar y que nos permitan ejercer la práctica médica de manera precisa, organizada y libre de iatrogenia.

RESPONSABLES:

Supervisores del MSP, tutores, docentes.



8.- CONCLUSIONES

8.1.-Dentro de las causas principales de morbilidad materna encontradas en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño tras la recolección, llenado, procesamiento, tabulación e interpretación de los datos tenemos:

- Infección de vías urinarias (43%).
- Anormalidades de la dinámica en el trabajo de parto (22%)
- Preeclampsia moderada (7%).
- Dilatación estacionaria (5%)
- Ruptura prematura de membrana (4,5%).
- Amenaza de parto pretérmino (4,5%)
- Hipertensión gestacional sin proteinuria significativa (3%)
- Otras enfermedades maternas especificadas en otra parte (2%)
- Hemorragias (2%)
- Embarazo gemelar (1%)
- Otras enfermedades (5%).

8.2.-Dentro de las causas principales de morbilidad neonatal encontradas en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño tenemos:

- ✓ Ictericia Neonatal por otras causas y por las no identificadas. (44 %).
- ✓ Trastornos respiratorios del recién nacido (15%)
- ✓ Neumonía (5%)
- ✓ Taquipnea transitoria (5%)
- ✓ Sepsis (3%).
- ✓ Retardo en el crecimiento intrauterino fetal y desnutrición (3%)
- ✓ Hipoglicemia (3%)



- ✓ Prematurez (2%)
- ✓ Malformaciones del intestino (1%).
- ✓ Otras (17%).

No se reportan casos con respecto a la mortalidad materna y neonatal.

8.3.- Estándares de calidad:

En el Hospital Municipal de Mujer y el Niño no son registrados mes a mes, ni enviados al Ministerio de Salud. Hemos realizado nosotras los estándares de calidad del año 2010 y se observa que no existe un cumplimiento en su totalidad, sino que corresponde al 70% de los parámetros establecidos por el MSP.

En relación al cumplimiento del llenado del SIP en nuestra unidad de salud no es llenado de manera adecuada, por parte de los internos que son los encargados de esta actividad, a los cuales consideramos se debe orientar mediante charlas y capacitación, para de ésta manera obtener un correcto uso de ésta herramienta de trabajo que nos resume los datos más importantes para el estudio de la gestante y del recién nacido. Hemos visto que el error radica desde el llenado del formulario 0-51, ya que no se colocan todos los aspectos que éste solicita, existiendo datos que se pierden en cada historia clínica perinatal, hecho que altera la atención hacia la madre y al neonato. Las variables en las que encontramos mayor cantidad de "sin dato" son: fin del embarazo anterior; en la sección de parto: acompañante, trabajo de parto, placenta (completa o retenida), ligadura de cordón precoz; en la sección de recién nacido: existe ausencia de datos en: defectos congénitos, tamizaje neonatal y puerperio.

9.-DISCUSIÓN:

En primer lugar, vamos a establecer que la muerte materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. La tasa de mortalidad materna en el Ecuador fue de 96,3 por 100.000 nacidos vivos en el año 2009 (1), lo cual indica que existen deficiencias dentro del manejo de la mujer embarazada en cuanto a la calidad de atención por parte de las unidades de salud, comparando con lo establecido se ha evidenciado que durante el año 2010 no se ha registrado ninguna muerte materna en el hospital Municipal de la Mujer y el Niño. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro principales son hemorragias intensas, las infecciones, los trastornos hipertensivos del embarazo y el parto obstruido. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, en tanto que en el Ecuador las causas principales de mortalidad materna son: hemorragia, enfermedad hipertensiva y sepsis, En cuanto a la morbilidad materna en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño encontramos las siguiente causas; Infección de vías urinarias (43%). Anormalidades de la dinámica en el trabajo de parto (22%). Preeclampsia moderada (7%). Dilatación estacionaria (5%) Ruptura prematura de membrana y amenaza de parto pretérmino (4,5%). Hipertensión gestacional sin proteinuria significativa (3%).

Es importante indicar que la tasa de mortalidad infantil en el Ecuador durante el 2009 es de 15,19 por cada 1.000 nacidos vivos, Las principales causas de mortalidad infantil a nivel mundial son: prematurez y bajo peso al nacer, problemas respiratorios del recién nacido, neumonía, sepsis bacteriana del recién nacido, otras malformaciones congénitas del corazón, otras malformaciones congénitas no clasificadas, dificultad respiratoria del recién nacido, hipoxia intrauterina, síndromes de aspiración neonatal, mientras que en el Hospital de la Mujer y el Niño no se reportan casos con respecto a la mortalidad durante el año 2010; encontrándose como causas de morbilidad Ictericia Neonatal por otras causas y por las no identificadas. (44 %). Trastornos respiratorios del recién nacido (15%). Neumonía y taquipnea transitoria (5%). Sepsis, retardo en el crecimiento intrauterino fetal y desnutrición e hipoglicemia (3%), lo cual manifiesta



una necesidad de mejorar los procesos de atención al neonato, al tiempo que se corrija la realización de las normas dictadas sobre la base científica del Ministerio de Salud Pública. En definitiva, el estudio realizado permite conocer las fortalezas y las debilidades de la unidad de salud sobre la cual se trata para contribuir con una guía para el mejoramiento continuo de la institución en la calidad de atención hacia la mujer embarazada y al neonato. Pero además, pensamos que dicho mejoramiento puede darse a través propuestas de gestión que promuevan suministros para el avance en procedimientos de salud.



10. REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

1.- INEC. Tasa de mortalidad materna. Ecuador 2009. Citado el 05 de Junio del 2010. Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def

2.- INEC. Tasa de mortalidad neonatal. Ecuador 2009. Citado el 05 de Junio del 2010. Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def

3.- CIFUENTES X, VENTURA P. Recién Nacido, citado el 10 de octubre del 2011. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnconcep.html>

4.- ZULATE, J., LONDOÑO J., Análisis individual de la muerte perinatal. Antioquia, 2005. Citado el 05 de Junio del 2010. Disponible en:

<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/definiciondeterminos.pdf>

5.- CORREA, J., Generalidades y neonatología . 3ra. Ed. Medellín. Científico Médica 2007. Pags.: 11, 399-400.

6.- AGUILAR, M., Tratado de enfermería infantil. 3ra Ed. Madrid. Científico Médica 2006. Pags.: 3, 5-6

7.- CUNNINGHAM, G., et all. Obstetricia de Williams. 22ava Ed. México 2007. Científico Médica. Pags.: 975

8.- LARREA, J., RIOFRIO, J., Aspectos metodológicos DEFUNCIÓN Y NACIMIENTOS Ecuador, 2008. Citado el 05 de Junio del 2010. Disponible en:

http://www.inec.gov.ec/c/document_library/get_file?folderId

9.- OMS, UNICEF, NFPA, y el Banco Mundial. Mortalidad materna. Suiza 2008. Citado el 06 de Junio del 2010. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf.

10.- CRUZ, M. Tratado de Pediatría. 4ta Ed. Barcelona, 2007. Pag: 7

12.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Mortalidad materna. Ginebra 2005. Citado el 07 de Junio del 2010. Disponible en;

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



13.- INEC, Principales causas de mortalidad infantil. Ecuador 2009. Citado el 08 de Junio del 2010. Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def

15.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Sistema informático perinatal. 2007. Citado el 08 de Junio del 2010. Disponible en: www.clap.ops-oms.org/web_2005/.../sip2007.htm

16.- RADA, G. Indicadores en salud. Chile 2007. Citado el 08 de Junio del 2010. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>

17.- PULLIDO, H., Estándares de calidad. Nariño 2005. Citado el 09 de Junio del 2010. Disponible en:

www.udenar.edu.co/.../ESTÁNDARES%20DE%20CALIDAD.doc

18.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional. 1ra Ed. Washington 2006. Págs.: 91-92.

18.1.- CONCEPTO DE CALIDAD. 2010. Citado el 26 de Mayo. Disponible en: <http://definicion.de/calidad/>

18.2.- FENAN, D. Tipos de calidad. 2009. Citado el 26 de Mayo. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Tipos-De-Calidad/80993.html>

18.3.- GESTIÓN DE LA CALIDAD. 2009. Citado el 26 de Mayo. Disponible en: <http://www.administración y gestión.com/ensayos/ /80009.html>

19.- HAIDER, BA. Suplementos de micronutrientes múltiples para mujeres durante el embarazo. 2008. Citado el 26 de Mayo del 2011. Disponible en:

<http://www2.cochrane.org/reviews/es/ab004905.html>.

20.- REGIL L, FERNÁNDEZ A, DOWSWELL T, PEÑA J. Efectos y seguridad de la administración preventiva de suplementos de hierro por vía oral con o sin ácido fólico a embarazadas. 2009. Citado el 26 de Mayo del 2011. Disponible en: <http://www2.cochrane.org/reviews/es/ab004736.html>

21.- TORRES, R. . Suplementos de calcio durante el embarazo para la prevención de los trastornos hipertensivos y problemas relacionados. 2008 Citado el 26 de Mayo del 2011. Disponible en:

<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=preeclampsia&lang=pt>



22.- HIPERFOCAL, S. Corticoides y Embarazo. 2008. Citado el 26 de Mayo del 2011. Disponible en:

http://www.estarsana.com/noticia_1416_corticoides_y_embarazo.html

23.-KELSON, G. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. 2008. Citado el 26 de Mayo del 2011. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034

74342006000400007&lang=pt

24.- DEREKH, L. Amniotomía más oxitocina intravenosa para la inducción del trabajo de parto. 2008. Citado el 26 de Mayo del 2011. Disponible en:

<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=ruptura%20and%20prematura%20and%20de%20and%20membranas&lang=pt>

25.- MOUSA, HA. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria. U.S.A. 2008. Citado el 26 de Mayo del 2011. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

26.- LAVENDER, T. Efecto del uso de partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término. 2008. Citado el 27 de Mayo del 2011. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

27.- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Washington D.C. Citado el 27 de Mayo del 2011. Disponible en:

http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/CA_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf

28.- POWER, J. et al. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención del embarazo. 2008. Citado el 27 de Mayo del 2011. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

29.- MARMOLEJO, G. Infección urinaria transgestacional asociada a sepsis neonatal. 2008. Citado el 30 de Mayo del 2011. Disponible en:

http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/sanidad_militar/infeccion%20urinaria.pdf

30.-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Estándares e Indicadores de calidad para el monitoreo de la Atención Materna Y Neonatal. 2010. Citado el 31



de Mayo del 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/estandares.-calidad.publications/2008/9789243596211_spa.pdf.

31.- VENEMAN A. Objetivos de Desarrollo del Milenio Relativos a la Salud Materna e Infantil. 2009. Citado el 01 de Junio del 2011. Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>

32 Definición.ed 2008. Citado el 11 de Junio del 2011. Disponible en: [http://definicion.de/gestion hospitalaria/](http://definicion.de/gestion%20hospitalaria/)

33.-KOONTZ, H. Estrategia, planificación y control. 2006. Citado el 11 de Junio del 2011. Disponible en:

<http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/34/estrategia.htm>

34.-PLAZAS, L. Modelo de Gestión Hospitalaria. 2008. Citado el 30 de Noviembre de 2011. Disponible en: http://www.google.com.ec/#sclient=psy-ab&hl=es&rlz=1R2TSNG_esEC455&source=hp&q=gestion%20hospitalaria%20ecu&pbx

34 TORRES, T. Morbilidad materna en Ecuador. 2007. Citado el 30 de Noviembre 2011. Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5113/1/CC_07-08_13.pdf

35.- Organización Mundial de la Salud. 2001. Advancing Safe Motherhood through Human Rights. Disponible en

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR_01_5_advancing_safe_motherhood/RHR_01_05_table_of_contents_en.html

ANEXOS

ANEXO # 1

IMÁGENES DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE LA MUJER Y EL NIÑO:



Imagen de la entrada del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño.



Imagen de la sala de espera del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño.



ANEXO # 2

Marco institucional.

El Hospital Municipal de la Mujer y el Niño de Cuenca, fué construido el 2 de junio del año 2004; es una Institución perteneciente a la Ilustre Municipalidad del Cantón Cuenca, como organismo de derecho privado, sin fines de lucro, con domicilio en la ciudad de Cuenca.

Inicialmente estuvo orientado al servicio del binomio madre-niño, que es el mayor riesgo en el Ecuador, pero en su accionar se ha visto obligado a receptar la necesidad de la comunidad, de servicios de buena calidad a bajo costo para toda la familia, por lo que ha debido reestructurar su direccionalidad inicial hacia un más amplio espectro de prestaciones, que involucran atención a todos los miembros de la familia, y ampliar sus servicios desde las áreas médicas de ginecología - obstetricia y pediatría hacia las emergencias clínicas y quirúrgicas y a algunas sub.- especialidades médicas.

Como parte de la Municipalidad, esta institución tiene su primordial función que es la de servicio a la comunidad cuencana y azuaya, enfocando su accionar hacia los estratos más necesitados. Bajo estos parámetros, el hospital comenzó su trabajo sustentándose en una categorización de los usuarios y planteando un subsidio institucional de los costos de atención, a todos los rangos, el mismo que va desde el 30 % a las categorías más altas, hasta el 100% a las más limitadas.

Existe la expectativa de poder implementar a futuro una nueva categoría, que siendo capaz de pagar todo el costo de la atención, pueda subsidiar a las otras categorías. Al observar las curvas de tendencia de las atenciones brindadas por el hospital, se puede deducir que el más alto porcentaje de uso de estas, se ha dado en las categorías intermedias. De esto se desprende que nuestro servicio ha tenido su impacto en la población de recursos limitados. La misión: "Somos una empresa social, proveniente del gobierno local, que brinda servicios de salud, e intenta responder a las necesidades de atención de la población tanto en medicina preventiva cuanto curativa de primer y segundo nivel." La visión:



“Constituirnos en un hospital eficaz y eficiente, en donde por la calidad humana y técnica brindada se amplíe nuestra cobertura a las clases pudientes y que esto permita subsidiar la demanda de las clases más necesitadas. En este hospital el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales será máximo y con un solo fin, el servicio. Igualmente el único referente de la Institución será la calidad ofertada. El hospital será el segundo nivel de atención en la Red de Servicios Municipales, que reciba la referencia de los centros de primer nivel de esta Red, y que trabaje en un sistema de referencia y contrarreferencia, que permita a la colectividad identificar a los servicios municipales como servicios organizados que están cumpliendo su rol social”.

**ANEXO # 3**

Estándares e Indicadores para el Monitoreo de la Calidad de la Atención Materno Neonatal	Cumple con la Norma		No cumple con la norma	
	No	%	No	%
Control prenatal				
Partos con partograma graficado y con control				
Partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma				
Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).				
Post partos con control				
RN en los que se realizó actividades de la norma				
Partos atendidos por médico/a u obstetrix				
RN atendidos por médico/a u obstetrix				
Pacientes con preeclampsia y eclampsia				
Hemorragias obstétricas manejadas				
Infecciones obstétricas manejadas				
Partos Pretérmino con Corticoides prenatales				
Partos Pretérmino con Nifedipina como Uteroinhibidor				
Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas				
Recién Nacidos con infección				
Recién Nacidos con Trastornos Respiratorios				
Recién Nacidos con Prematurez				



ANEXO # 4



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

Cuenca, 15 de Febrero del 2010

Dra. Juanita Vélez.

Directora del Hospital Municipal de la Mujer y el Niño.

Su Despacho.

Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Nosotras, María Cristina Castro Flores e Ivonne Estefanía Chulca Campoverde, estudiantes del Quinto año de medicina, saludamos a Ud. cordialmente, a la vez que haciendo uso de la presente le solicitamos de la manera más comedida nos autorice la realización de la tesis que lleva por título **MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL, CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE LA MUJER Y EL NIÑO** del sector Patamarca, durante el año **2011**, bajo la asesoría y dirección del doctor José Ortiz Segarra.

Esperamos contar con su colaboración.

Atentamente.

.....
María Cristina Castro Flores
CI: 0104551015

.....
Ivonne Estefanía Chulca C
CI: 0301413316



ANEXO # 5

VARIABLES MATERNAS Y NEONATALES:

VARIABLES MATERNAS.

Definición de variable	Dimensión	Indicador	Escala
Datos Generales Constituyen las condiciones de edad, etnia, estado civil, alfabeta, localidad.	Edad Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	En años de vida	< 15 >35
	Etnia Grupo racial al que pertenecen	blanca, indígena, mestiza, negra, otra	blanca, indígena, mestiza, negra, otra
	Estado civil Condición que caracteriza a una persona por sus vínculos personales con individuos de otro sexo	Casada, soltera, unión estable, divorciada, otro	Casada, soltera, unión estable, divorciada, otro
	Alfabeta Que sabe leer y escribir	Si No	Si No
	Localidad Lugar o pueblo	Urbana Rural	Urbana Rural
Antecedentes Familiares, personales y personales obstétricos.	Familiares Condición patológica de cualquier pariente directo. Personales Condición patológica de la paciente	Tuberculosis, Diabetes, hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, cirugía genito-urinaria, Cardiopatía, Nefropatía.	Si No
	Personales Obstétricos: Condición patológica de la gestante, relacionados con partos/abortos anteriores.	gestas previas, abortos, partos, vaginales, cesáreas, nacidos vivos, viven, nacidos muertos, muertos 1ra semana, muertos después de 1ra semana, embarazo	Si No



		planeado: anticoncepción	
Gestación actual: Peso, talla, paciente fumadora, fumadora pasiva, antitetánica, factor Rh, bacteriuria, VIH, fe/folatos.	Peso: Cantidad de masa corporal.	En kilogramos	50 – 60 61 – 70 71 – 80 81 – 90
	Talla: Estatura o altura de las personas	En metros	1,40 – 1,50 1,51 – 1,60 1,61 – 1,70
	Fumadora: Que tiene costumbre de fumar	Si No	Si No
	Fumadora pasiva: Persona que no fuma, pero respira el humo producido por quienes fuman a su alrededor.	Si No	Si No
	Antitetánica Toxina atenuada del tétanos	Si No	Si No
	Factor Rh: proteína integral de la membrana aglutinógena, presente en todas las células	+ -	+ -
	Bacteriuria: número significativo de bacterias en orina que ocurre sin síntomas usuales	Normal Anormal No se hizo	Normal Anormal No se hizo
	VIH virus de la inmunodeficiencia humana	+ - No se hizo	+ - No se hizo
	Fe/Folatos: Micromineral u oligoelemento	Si No	Si No
Parto: se refiere al carnet, consultas prenatales, inicio del parto y RPM.	Carnet: documento donde se hallan datos médicos	Si No	Si No
	Consultas prenatales Controles con ginecólogo durante la gestación	# de consultas	3 – 5 6 - 9 10 – 13



	Inicio del parto: Según contracciones, dilatación o programado.	espontáneo, inducido, cesárea electiva	espontáneo, inducido, cesárea electiva
	Rotura de membranas anteparto: cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del parto	>37 semanas < 18 horas	>37 semanas < 18 horas



Variables Neonatales

Definición de la variable	Dimensión	Indicador	Escala
Características físicas del Recién Nacido Constituyen las condiciones de edad, sexo, antropometría y el estado general	Edad En semanas de gestación	S. de gestación registradas en el formulario # 051	< 37 37 a 41 > 41
	Sexo Por el fenotipo	Órganos sexuales externos registrado en el formulario # 051	Masculino Femenino No definido
	Antropometría Peso en gramos <2500 g o si es ≥4000 g.	Peso en gramos registrado en el formulario # 051	Adecuado Pequeño Grande
	Longitud: Tamaño fetal en cm. en relación con su EG	Adecuación de la longitud en cm	Si No
	Estado general: el puntaje de Apgar al 1er y 5º minuto de vida	Test de APGAR registrado en el formulario # 051	1 m (1 a 10) 5 m (1 a 10)
Condición al nacer Fallece en sala de partos: El estado del neonato nacido, durante su estadía en la sala de partos.	Apariencia física de la condición de vida	Condición de vida del RN que se registra en el formulario # 051	Si No
Referido: Destino del recién nacido luego de su recepción en sala de partos.	Lugar del envío	Formulario # 051	Alojamiento conjunto Neonatología Otro hospital
Atención Se refiere a la persona que atendió el parto a la mujer y al neonato, pudiendo ser Médico, Enfermera u Obstetra, Auxiliar de enfermería, Estudiante o Empírica u Otra persona.	Parto Persona que atendió el parto a la mujer	Médico Obstetra Auxiliar Estudiante o Empírica Otro	Médico Obstetra Auxiliar Estudiante o Empírica Otro
	Neonato Persona que atendió al recién nacido	Médico Obstetra Auxiliar Estudiante o Empírica Otro	Médico Obstetra Auxiliar Estudiante o Empírica Otro
Diagnóstico de laboratorio Resultados de exámenes de laboratorio que pueden ser realizados a los neonatos durante su hospitalización en el servicio de neonatología.	Valores en sangre PH	PH en sangre, anotado en el libro de registro	Normal Alto Bajo
	Glicemia	Glucosa en sangre en mg, anotado en el libro de registro	Normal Hiperglucemia Hipoglucemia
	Cultivo	Número de colonias en +, anotado en el libro de registro	Tipo de germen