



RESUMEN

Objetivo. Describir las principales causas de morbilidad y mortalidad materna neonatal y la calidad de atención en el Hospital de Paute en el primer semestre del año 2010.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se trata de un estudio descriptivo realizado en la Unidad de atención materna y de neonatología del Hospital Cantonal de Paute. Los datos se obtuvieron del formulario 051, y la base de datos del SIP, del primer semestre del año 2010. Obtuvimos una base de datos, con las causas de morbimortalidad materna neonatalidad, además el Cumplimiento de Normas de Atención Perinatales en el Hospital Paute durante el primer semestre del año 2010, según Estándares e Indicadores para el Monitoreo de la Calidad de Atención Materno Neonatal, para que los organismos de control actúen en beneficio de la salud.

Resultados

No se encuentran casos de mortalidad. La morbilidad materna corresponde a: partos distócicos (31%), cesárea por sufrimiento fetal agudo (9.5%), cesárea por desproporción céfalo pélvica (9.5%), amenaza de parto pre término (9.5%), aborto incompleto (8.2%), ITU (8.2%), amenaza de aborto (6.8%), cesárea por pre eclampsia grave (6.8%), vulvo vaginitis (5.5%), hiperémesis gravídica (4.1%). Cumplimiento del control prenatal en un 81% y partograma en el 95%; los partos son atendidos por médicos en un 97%. La morbilidad neonatal registrada, reporta lo siguiente: trastornos respiratorios (33.7%), ictericia multifactorial (20.9 %), incompatibilidad ABO (12.7%), hiperbilirrubinemias (9%), ITU (4.6%), riesgo de sepsis (4.6%), Crisis convulsivas (4.6%), RCIU (3.4%), asfixia y mal formaciones (2.3%) cada una. El 99% de recién nacidos fueron atendidos por médicos.



Conclusiones

Se identificó las principales causas de morbilidad materna que corresponde a: partos distócicos, cesárea por sufrimiento fetal agudo, cesárea por desproporción céfalo pélvica, amenaza de parto pre término, aborto incompleto, ITU, amenaza de aborto, cesárea por pre eclampsia grave, vulvo vaginitis, hiperémesis gravídica, y neonatal: trastornos respiratorios, ictericia multifactorial, incompatibilidad ABO, hiperbilirrubinemias, ITU, riesgo de sepsis, Crisis convulsivas, RCIU, asfixia y mal formaciones. No se presentó casos de mortalidad materna y neonatal

Los estándares de calidad establecidos por la norma del MSP se cumplen en el 95%.

PALABRAS CLAVES: MORBILIDAD, MORTALIDAD, MATERNA, NEONATAL, PAUTE, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, CLAP, SIP.

DeCS: MORTALIDAD MATERNA; MORTALIDAD NEONATAL; MORBILIDAD; ENFERMEDADES RESPIRATORIAS-EPIDEMIOLOGÍA; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA; HOSPITALES PÚBLICOS-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; PAUTE-ECUADOR



SUMMARY

Objective. Describe the main causes of neonatal morbidity and maternal mortality and quality of care at the Hospital of Paute in the first half of 2010.

DESIGN METHODOLOGY

This is a descriptive study conducted at the Department of maternal and neonatal Paute of Cantonal Hospital. The data were obtained from 051, and the database of the SIP, the first half of 2010. We obtained a database, the causes of maternal morbidity and mortality Neonatal, also the Compliance Perinatal Care at the Hospital of Paute in the first half of 2010, as Standards and Indicators for Monitoring the Quality of Maternal and Neonatal Care, for control agencies to act in the interests of health.

Results

No, there are cases of mortality. Maternal morbidity corresponds to: dystocia (31%), cesarean section for acute fetal distress (9.5%), cesarean section for cephalopelvic disproportion (9.5%), threat of preterm delivery (9.5%), incomplete abortion (8.2%), UTI (8.2%), threatened abortion (6.8%), caesarean section for severe preeclampsia (6.8%), vulvo vaginitis (5.5%), hyperemesis gravidarum (4, %). Compliance with prenatal care by 81% and partograph in 95% of births are attended by doctors at 97%. Neonatal morbidity recorded, reports the following: respiratory disorders (33.7%), multifactorial jaundice (20.9%), ABO incompatibility (12.7%), hyperbilirubinemias (9%), UTI (4.6%), risk of sepsis (4.6%), seizures (4.6%), IUGR (3.4%), asphyxia and malformations (2.3%) each. 99% of infants were attended by physicians.

Conclusions

We identified the main causes of maternal morbidity corresponding to: dystocia, cesarean delivery for acute fetal distress, cesarean delivery for cephalopelvic disproportion, threatened preterm delivery, incomplete abortion, ITU, threatened abortion, caesarean section for severe preeclampsia, vulvo



vaginitis , hyperemesis gravidarum, and neonatal respiratory disorders, multifactorial jaundice, ABO incompatibility, hyperbilirubinemias, ITU, risk of sepsis, seizures, intrauterine growth retardation, asphyxia and malformations. No cases showed maternal and neonatal mortality.

The quality standards set by the standard compliance MSP in 95%.

KEYWORDS: MORBIDITY, MORTALITY, MATERNAL, NEWBORN, PAUTE, RESPIRATORY DISEASES, CLAP, SIP.

DeCS: MATERNAL MORTALITY; NEONATAL MORTALITY (PUBLIC HEALTH); MORBIDITY; RESPIRATORY TRACT DISEASES-EPIDEMIOLOGY; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE; HOSPITALS, PUBLIC-STATISTICS & NUMERICAL DATA; PAUTE-ECUADOR



INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
AGRADECIMIENTO	8
1. INTRODUCCION.....	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
3. JUSTIFICACION	13
4. MARCO TEÓRICO	14
5. DISEÑO METODOLOGICO	25
a. TIPO DE ESTUDIO	25
b. AREA DE ESTUDIO	25
c. UNIVERSO DEL ESTUDIO	25
d. CRITERIOS DE INCLUSION.....	25
e. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
f. VARIABLES.....	25
6. PROCEDIMIENTOS TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	37
a. RECOLECCION DE LA INFORMACION	37
b. RECOLECCION DE DATOS	37
c. AUTORIZACION	37
8. DISCUSION.....	58
9. CONCLUSIONES.....	59
10. RECOMENDACIONES.....	60
11. LIMITACIONES	60
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
13. ANEXOS.....	66



Nosotros, Diego Marcelo Iglesias Argudo, Jairo Sebastian Araujo Crespo, 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 Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autores.

Nosotros, Diego Marcelo Iglesias Argudo, Jairo Sebastian Araujo Crespo, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de los autores



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

**“MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN EL
HOSPITAL DE PAUTE, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO
2010”**

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

**AUTORES: DIEGO MARCELO IGLESIAS ARGUDO
 JAIRO SEBASTIAN ARAUJO CRESPO**

DIRECTOR: DR. JOSÉ ORTIZ SEGARRA

CUENCA–ECUADOR

2012



AGRADECIMIENTO

Al finalizar una labor ardua como el desarrollo de un trabajo de investigación es inevitable expresar nuestros más sinceros agradecimientos a quienes hicieron posible la realización de este proyecto, en las personas de: Dr. José Ortiz Segarra, por apoyarnos con su dirección y asesoría, al Ing. Gabriel Carpio, por su asesoramiento informático, a la Dra. Tania Prado, por brindarnos su apoyo incondicional para la culminación de nuestro trabajo investigativo, y por último, también queremos agradecer a los directivos y docentes de la Escuela de Medicina por habernos brindado los conocimientos básicos para ponerlos en práctica en este trabajo de investigación y en todos los actos de nuestra vida personal y profesional.



DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico a Dios y a mi familia, a mis padres, hermana, abuelos, y sobre todo a mi hija, ya que ellos son el centro de mi existencia y el incentivo para cumplir mis objetivos de vida

Diego



DEDICATORIA

Este trabajo de investigación se lo dedico a toda mi familia y amigos pero de manera especial a mis padres quienes con esfuerzo, sacrificio y sobre todo con su ejemplo de responsabilidad y dedicación han logrado que este sueño de cumplir con éxito este proyecto se haga realidad, a mis hermanos por su apoyo incondicional, y a Dios por darme la vida y la sabiduría necesarios para cumplir a cabalidad con la consecución de este trabajo de investigación.

Jairo



1. INTRODUCCION

Realizamos un estudio descriptivo, sobre la depuración, ingreso y análisis de datos recolectados a través de SIP, Estándares de Calidad de atención Perinatal y egresos hospitalarios, la presente investigación es parte del programa 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” tiene por objetivo Implementar operaciones con el uso de Tecnologías de Información y Comunicación para la capacitación del personal de salud en aplicación de prácticas beneficiosas y corrección de errores en la atención de los problemas de salud perinatal, manejo del Sistema Informático Perinatal (SIP) para la vigilancia epidemiológica, mejoramiento de la gestión de calidad de los servicios, difusión de indicadores, procesos, resultados y desarrollo de módulos educativos para una mejor calidad de la salud materna y neonatal, donde el hospital de Paute, como parte del proyecto se ha integrado también al trabajo del mismo durante el primer semestre del año 2010.

En nuestro país, cada dos días muere una mujer por causas del embarazo, parto y puerperio (96.3 x 100 mil nacidos vivos) y 10 niños menores de un año cada día (18.1 x mil nacidos vivos) (INEC 2009), en la provincia del Azuay la tasa de mortalidad supera a la tasa nacional (139.7 x 100 mil nacidos vivos) como consecuencia de inequidades económicas, sociales, culturales, carencia de recursos en salud y deficiente calidad en la atención, además de la falta de conocimiento sobre las principales causas de morbilidad y mortalidad materno y neonatal, de las cuales no está excepto en el cantón Paute.

El principal problema de morbilidad materna en el hospital cantonal de Paute, se relaciona con causas que impiden el normal progreso del trabajo de parto, y siendo los trastornos respiratorios la principal causa de morbilidad en recién nacidos. No se han presentado casos con respecto a la mortalidad materna y neonatal durante el periodo de la investigación. En



relación al cumplimiento de estándares de calidad, todos los evaluados presentan un desempeño adecuado, establecido por el MSP. Estos resultados están desarrollados en el capítulo de resultados en las tablas correspondientes, esto nos permite elaborar una propuesta de gestión enmarcada en la capacitación continua, y con responsabilidad social.

Por consiguiente la presente investigación pretende conocer las principales causas de morbilidad y mortalidad, así como calidad de la atención materna y neonatal, de manera que proporcionen fuentes de análisis con priorización de las mismas para mejorar la cobertura y calidad de atención.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital cantonal de Paute, no se conocen las principales causas de morbilidad materna y neonatal a pesar de contar con registros de egresos de los mismos, lamentablemente, estos no son procesados adecuadamente y por lo tanto carecen de una base de datos confiable. Se ha evidenciado también, la falta de capacitación entre el personal de salud, en temas relacionados con las principales causas de mortalidad y morbilidad, un carente, análisis, monitoreo y priorización de las mismas, de manera que sobre esta base, no se establecen los cuidados obstétricos y neonatales más adecuados. Además existe una carencia en infraestructura para la adecuada atención a la creciente población. En cuanto a los indicadores y estándares de calidad se debería fortalecer su cumplimiento.

A pesar de la utilización de un sistema de información interconectado que acompaña y evalúa las decisiones de salud en todos los niveles como el Sistema Informático Perinatal de la OMS/OPS no se pueden generar estadísticas locales confiables y con ello no se planifica propuestas de gestión, debido a la deficiencias en la recolección de datos, evidenciado en un elevado porcentaje de falta de datos, teniendo como premisa el desconocimiento o inadecuado manejo de éste para la vigilancia epidemiológica.



3. JUSTIFICACION

Con la presente investigación se busca conocer las principales causas de morbimortalidad así como la calidad de la atención materna y neonatal, durante el primer semestre del año 2010, de manera que proporcionen fuentes de análisis con priorización de las mismas para mejorar la cobertura y calidad de atención.

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

Los datos obtenidos luego de una depuración de las bases de datos del SIP serán de provecho a nuestra realidad local, porque generaran estadísticas confiables que servirán de base para verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias, planificar la atención perinatal, categorizando los problemas así como también sentar la base para la realización de propuestas de gestión en función de optimizar la calidad de atención perinatal, además con la posibilidad de registrar precedentes para futuras investigaciones epidemiológicas.

Los resultados serán entregados al Hospital de Paute y al proyecto de investigación Tecnologías de Información y Comunicación y difundidos a través de la página web www.investigacionsalud.com de manera que se aportara y fortalecerá significativamente al cumplimiento de los objetivos del mismo.



4. MARCO TEÓRICO

Mortalidad neonatal

La Organización Mundial de Salud (OMS), define a la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento (niño que después de la expulsión completa de la madre, independientemente de la edad gestacional respire o dé alguna señal de vida) hasta los 28 días de vida.

Siendo las principales causas de mortalidad neonatal según el ministerio de salud pública del Ecuador: enfermedades infecciosas (se estima que el 24% es debido a infecciones respiratorias como neumonías, y 7% por tétanos, diarreas, nacimientos prematuros con el 27%; y, las asfixias con el 23%). Es importante señalar que el 99% de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en vías de desarrollo. (1, 2)

Definición de la mortalidad materna

Se refiere a aquellas defunciones a consecuencia de complicaciones causadas por el embarazo y el parto, o pueden ocurrir hasta 42 días después (3, 4)

Entre algunas de las causas médicas directas de mortalidad materna se encuentran la hemorragia, infección, aborto en condiciones de riesgo, preeclampsia y eclampsia. Otras causas incluyen el embarazo ectópico, embolia, y riesgos relacionados con el uso de anestesia, según el MSP.(5)

Condiciones médicas tales como la anemia, diabetes, hipertensión, collagenopatías, malaria, infecciones de transmisión sexual, y otras también pueden aumentar el riesgo de las complicaciones a que está expuesta una mujer durante el embarazo y el parto y que, por tanto, son causas indirectas de mortalidad y morbilidad maternas (6,7).

Según la evidencia, existe reducción estadísticamente significativa en el riesgo de reposo para preeclampsia con 4 6 horas de reposo al día (RR



0.05 IC 95% 0.00 a 0.83) pero no en hipertensión gestacional(RR0.25, IC 95% 0.03 a 2.00) comparado con actividad física normal. El reposo por 30 minutos por día más complementos nutricionales se asoció con una reducción en el riesgo de preeclampsia (RR 0.13, IC 95% 0.03 a 0.51) y también para hipertensión gestacional (RR 0.15, IC 95% 0.03 a 0.63) (8)

Además evidencia muestra que El riesgo de hipertensión arterial persistente es mayor para el nimodipino comparado con el sulfato de magnesio RR 0,84; IC del 95%: 0,76 a 0,93. El nimodipino también se asoció con un mayor riesgo de eclampsia (RR 2,24; IC del 95%: 1,06 a 4,73) y dificultades respiratorias (RR 0,28; IC del 95%: 0,08 a 0,99), pero menos efectos secundarios (RR 0,68; IC del 95%: 0,54 a 0,86) y menor hemorragia postparto (RR 0,41; IC del 95%: 0,18 a 0,92) que el sulfato de magnesio.

Instituciones internacionales señalan que cada año se suceden más de 10 millones de muertes infantiles en niños menores de 5 años; 3,9 millones ocurren en el período neonatal, la mayoría por causas prevenibles y casi todas en países pobres(9,10)

La mortalidad neonatal clásicamente ha sido una preocupación fundamental en el ejercicio del neonatólogo y el pediatra; sin embargo, el análisis epidemiológico conlleva a que en gran medida las razones etiológicas la vamos a encontrar en el periodo antenatal y otras en el neonatal. Pero hay más, no todo está relacionado al médico, calidad de asistencia y recursos disponibles, tenemos el entorno ecológico, familiar, educación familiar y motivación sanitaria la mortalidad perinatal en el ecuador es de 45 por cada 1000 nacidos vivos en el 2009.(11,12)

Las variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los RN son la prematuridad, infecciones neonatales, traumatismos durante el parto y el bajo peso de nacimiento. Se calcula que en el mundo nacen cada año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2500 g. (10 a 20% de los RN vivos), de los cuales un 40 a un 70%



son prematuros. Alrededor de un 30 a un 60% de las muertes neonatales corresponden a niños de menos de 1500 g. (13,14)

En el mundo muere un niño menor de cinco años cada tres segundos por causas diversas, entre ellas desnutrición, enfermedades o maltrato.

Los mayores éxitos en la reducción de la mortalidad y morbilidad perinatales, han provenido de los avances estructurales, diagnósticos y terapéuticos en la medicina neonatal. Entre los primeros merece enfatizarse el papel desempeñado por las UCI neonatales, cuya generalización en la década de los 70 promovió la difusión de los avances técnicos. En estas unidades se ha introducido la terapia con surfactante, la ecografía rutinaria, el tratamiento farmacológico, entre otros. (15, 16)

Si todos los países del continente americano, mejoraran sus condiciones de salud como Canadá, las defunciones maternas se reducirían 47 veces, y se podría evitar el 85% de las defunciones maternas. (17)

La evidencia demuestra, que la suplementación con folato periconcepcional tuvo un significativo efecto en reducir la incidencia de Defectos del Tubo Neural(OR 0.28, IC 95% de 0.15 a 0.53), no así la suplementación con multivitaminas solamente. (25)

La tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos en Argentina es de 69, en EEUU es de 8, Canada 4, Chile 41, Bolivia 332, Colombia 100 mientras que en nuestro país es de 99, en el 2009.(18, 19)

ABORTOS.- Expulsión antes de las 20 semanas del producto de la gestación muerto o con un peso menor a 500 gramos, talla menor a 25 cm e índice rabadilla coronilla menor a 18cm.

NACIDOS VIVOS.- Si el recién nacido muestra cualquier signo de vida (respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios) después de la expulsión o la extracción



completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

NACIDOS MUERTOS.- El recién nacido no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

MUERTOS 1ra SEMANA.- Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos).

MUERTOS DESPUES DE 1ra SEMANA.- Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más), no hay límite superior.

FIN EMBARAZO ANTERIOR.- Día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto.

EMBARAZO PLANEADO.- Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno.

FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE EMBARAZO ACTUAL.-Fallo del método anticonceptivo.

CONSULTAS PRENATALES TOTAL.- Número total de consultas prenatales.

HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO.- Internación en un hospital durante el periodo de embarazo, por razones diferentes al parto.(20)

Un significativo porcentaje de casos de mortalidad y complicaciones de salud relacionados con el parto podría reducirse si se tomaran medidas de prevención durante el embarazo, o bien si se manejaran en forma efectiva algunas dificultades que se presentan durante y después del alumbramiento.



A estas conclusiones llegó el equipo liderado por el doctor Karolinski, coordinador del Centro de Investigación en Salud Poblacional del Hospital G. A. Carlos G. Durand, luego de analizar 106 casos que incluyeron 26 muertes maternas y 80 casos de enfermedad grave, en 20 hospitales de Argentina y 4 de Uruguay.

De acuerdo con el estudio, las principales causas de mortalidad y morbilidad materna severa (que concentran casi el 90 por ciento de los casos) fueron los trastornos hipertensivos (50 %), hemorragia (26,4%) e infecciones (9,4 %). Cabe destacar que en este estudio quedaron excluidas las complicaciones de abortos, ya que la investigación que se efectuó excluía los embarazos menores a 22 semanas de gestación.

El estudio tuvo como objetivo principal determinar la tasa de uso de intervenciones que tuvieron un beneficio probado en la reducción de la mortalidad materna y la enfermedad o morbilidad severa en la madre. "Para las principales causas de mortalidad materna y morbilidad materna severa, se observó que la tasa de uso global de intervenciones efectivas fue del 58 %. Esto implica que el 42 % de las mujeres que murieron o se enfermaron gravemente no recibieron alguna de las intervenciones efectivas"

Específicamente, para cada causa principal de mortalidad materna y morbilidad materna severa se evaluó el uso de determinadas intervenciones. En relación con las mujeres que sufrieron una hemorragia aguda, el 91 % recibieron transfusión sanguínea. "Se efectuó una cesárea oportuna (menos de 30 minutos desde el diagnóstico de la hemorragia aguda) en el 75 % de los casos y se hizo un manejo activo del alumbramiento (administración profiláctica de ocitocina -un potente retractor uterino- inmediatamente después del nacimiento del bebé para prevenir hemorragia posparto) en el 25 % de los casos"

Por otra parte para las mujeres que tuvieron trastornos hipertensivos, el 58,3 % de las mujeres que desarrollaron eclampsia recibieron sulfato de magnesio para su tratamiento. "Asimismo el 33,3 % de las mujeres que



presentaron preeclampsia recibieron sulfato de magnesio para prevenir la aparición de una eclampsia"

"La razón de mortalidad materna intrahospitalaria fue de 47,8 por 100 mil nacidos vivos, y la razón de morbilidad materna severa fue de 3,4 por mil nacidos vivos.

Este estudio muestra una baja tasa de uso de intervenciones efectivas para reducir mortalidad materna y morbilidad materna severa en hospitales públicos de Argentina y de Uruguay

Existen muchas oportunidades para aplicar estas intervenciones teniendo en cuenta que en la Argentina el 99 por ciento de los nacimientos ocurren en hospitales y cerca del 83 por ciento de las mujeres tiene al menos una visita de control prenatal. (20)

Estándares de calidad

"la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o Calidad, servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión "

Se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores

El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadamente, pero si no satisfizo las necesidades del paciente, quien considerara un servicio de mala calidad

En salud sabemos que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy



espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más. El concepto de calidad para ambas, simplemente es diferente.

“Calidad técnica” es el cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico, es decir, con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados desde la óptica técnico-científica.

“la calidad funcional” es la manera como es brindado el servicio”, como la persona percibe que es atendida. (21)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Nacional de Normatización, en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos², el Plan de Reducción Acelerada de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal³ y las prioridades gubernamentales definidas en el Plan Nacional de Desarrollo, implementa desde hace tres años un proceso Colaborativo de Mejora Continua de la Calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial, con el apoyo técnico del Proyecto de Mejora de la Atención en Salud.

A través de este proceso, entre 65 y 70 unidades de salud, en su mayoría hospitales cantonales de once provincias del País, han establecido equipos que miden y mejoran la atención a madres y recién nacidos. El MSP ha logrado avances importantes en estas unidades, tales como la implementación del uso regular del partograma, la introducción del manejo activo de la tercera etapa del parto, la mejora de la atención prenatal y del puerperio inmediato, la atención inmediata del recién nacido bajo criterios de calidad, un currículo y experiencias en capacitación clínica en CONE, entre muchos otros.

El Ministerio de Salud Pública ha puesto en marcha un sistema de MCC (monitoreo de control de calidad) y ha publicado herramientas importantes



tales como el Manual de Estándares e Indicadores para el MCC, bases de datos para el reporte y análisis de indicadores de calidad en los diferentes niveles del sistema el MSP se encuentra fortaleciendo estos procesos a través de la actualización de las normas y estándares de salud materno-neonatal y la inclusión de nuevos estándares de calidad

El MSP ha decidido aprovechar las lecciones aprendidas en las once provincias iniciales que desarrollaron el proceso de MCC y expandirlo a todas las provincias y unidades operativas del País convirtiendo la mejora continua de la calidad y la gestión del cumplimiento de la Norma, en una política de alcance nacional. (21)

SIP

El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para uso en los servicios de gineco/obstetricia y neonatología. Estos instrumentos son la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el formulario de aborto, el partograma, hospitalización neonatal, enfermería neonatal y los programas de captura y procesamiento local de datos

Contiene los Programas para el procesamiento de la información. El SIP permite 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 (22)

En más de 25 años de su desarrollo recoge las lecciones aprendidas en su implementación en todos los niveles de atención de la mujer embarazada y el recién nacido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Su validación es el resultado de un largo proceso de adopción y uso mantenido en cientos de instituciones. Su sustentabilidad se basa en capacitación de personal, que CLAP/SMR ha iniciado en la mayoría de los servicios públicos de atención perinatal y que forma parte de la currícula de



enseñanza en numerosas escuelas de medicina, enfermería y partería de la Región.

Esto ha dado muy buenos resultados por esta razón este sistema ha sido implementado en la mayoría de países de la región.(23)

Estrategia de gestión

Son guías para orientar la acción, previsión, visualización y empleo de los recursos y esfuerzos a los fines que se desean alcanzar, la secuencia de actividades que habrán de realizarse para lograr objetivos y el tiempo requerido para efectuar cada una de sus partes y todos aquellos eventos involucrados en su consecución. Los tipos de gestión son: Gestión tecnológica, gestión social, gestión de proyecto, gestión de conocimiento, gestión ambiente, gestión estratégica, gestión administrativa, gestión gerencial, gestión financiera, gestión pública.

La estrategia para reducir la mortalidad materna, y el mejoramiento de la calidad de atención

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos. La estrategia CONE consiste en asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad. Los CONE llegan a las madres y recién nacidos a través de los servicios que ofrece una red de CONE.

La estrategia CONE está basada en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales que en su mayoría no pueden ser prevenidas y por lo tanto necesitan cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir



morbilidad a largo plazo. Un número de niños nacerá con problemas relacionados con asfixia, bajo peso, prematurez y otros que habiendo nacido sanos, en los primeros 28 días de vida desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos que ponen en riesgo su vida y a los que habrá que brindarles cuidados neonatales esenciales en base a la mejor evidencia científica

Cantón Paute

Pertenece a Azuay Ecuador, está clasificado como: Región administrativa (División administrativa de segundo orden)

El hospital cantonal de Paute consta de las cuatro especialidades básicas para la atención a sus pacientes, además de contar con 15 camas, 12 médicos, 10 enfermeras, 8 auxiliares, y seis internos, en su área de ginecología obstetricia se realizan al año 277 partos vaginales, y 75 cesáreas.

(Departamento de Estadística del Hospital Cantonal Paute. Producción Hospitalaria Paute. 2009.).



OBJETIVOS

a. Objetivo General:

Describir las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, la calidad de atención en el Hospital de Paute en el primer semestre del año 2010.

b. Objetivos Específicos:

5..2.1 Determinar las diez primeras causas de morbilidad materna y neonatal en el Hospital de Paute en el primer semestre del año 2010.

5.2.2 Analizar el cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad según la normas de Ministerio de Salud Pública de la Atención Materna y Neonatal del hospital de Paute, que contemple: personal, infraestructura, equipos, medicamentos, insumos y satisfacción de las mujeres atendidas.

5..2.3 Elaborar una propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de calidad de la atención materna y neonatal en el Hospital de Paute.



5. DISEÑO METODOLOGICO

a. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó empleando un estudio descriptivo, de las principales causas de morbilidad materno neonatal en el hospital de Paute durante el primer semestre del año 2010.

b. AREA DE ESTUDIO

El área de estudio lo conformó la Unidad de atención materna y de neonatología del Hospital Cantonal de Paute

c. UNIVERSO DEL ESTUDIO

El universo lo constituyeron el formulario 051 y la base de datos del SIP del Hospital de Paute, en el primer semestre del año 2010.

d. CRITERIOS DE INCLUSION

Formulario 051.

Pacientes mujeres que ingresaron para parir por vía natural o cesárea, en el primer semestre del año 2010.

Pacientes menores a 28 días, nacidos en el Hospital de Paute, en el primer semestre del año 2010.

e. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes mujeres, pero que no estuvieron en estado de gestación.

Pacientes mayores a 28 días, nacidos en el Hospital de Paute, en el primer semestre del año 2010.

f. VARIABLES

Anexo



Variables de morbilidad materna

NOMBRE – APELLIDO.- Nombre y apellidos paterno y materno de la embarazada.

DOMICILIO – LOCALIDAD.- Residencia habitual de la embarazada.

TELÉFONO.- Número de teléfono del domicilio habitual o un número de teléfono alternativo que permita la comunicación del establecimiento con la familia.

FECHA DE NACIMIENTO.- Día, mes y año del nacimiento de la embarazada.

EDAD (años).- Cantidad de tiempo que ha pasado desde el nacimiento de la embarazada, hasta el presente.

ETNIA.- Población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, comprende los factores culturales (nacionalidad, afiliación tribal, religiosa, fe, lengua, o tradiciones) y biológicos de un grupo humano.

ALFABETA.- Aprendizaje del sistema lingüístico.

ESTUDIOS.- Estudios cursados en el sistema formal de educación.

AÑOS EN EL MAYOR NIVEL.- El año más alto que haya sido aprobado en los estudios cursados.

ESTADO CIVIL.- Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.

LUGAR DEL CONTROL PRENATAL.- Casa de salud donde se realizó el control prenatal.

LUGAR DEL PARTO.- Establecimiento en el que se asistió el parto.



NÚMERO DE IDENTIDAD.- Corresponde al número de identificación de la embarazada, de la historia clínica o del documento de identidad.

ANTECEDENTES FAMILIARES.- Hecho o circunstancia del pasado referente a patología de la pareja, padres o hermanos.

ANTECEDENTES PERSONALES.- Hechos o circunstancias del pasado referente a patologías propias de la embarazada.

GESTAS PREVIAS.- Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual.

PARTOS / VAGINALES – CESÁREAS.- Se refiere al número de partos.

ABORTOS.- Expulsión antes de las 22 semanas del producto de la gestación muerto o con un peso menor a 500 gramos.

NACIDOS VIVOS.- Si el recién nacido muestra cualquier signo de vida (respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios) después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

NACIDOS MUERTOS.- El recién nacido no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

VIVEN.- Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

MUERTOS 1ra SEMANA.- Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos).



MUERTOS DESPUES DE 1ra SEMANA.- Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más), no hay límite superior.

FIN EMBARAZO ANTERIOR.- Día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto.

EMBARAZO PLANEADO.- Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno.

FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE EMBARAZO ACTUAL.- Fallo del método anticonceptivo.

PESO ANTERIOR.- Se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual.

TALLA (cm).- Estatura en centímetros de la madre.

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM).- Día, mes y año de la última menstruación.

FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP).- Día, mes y año de calculada para el parto.

CONFIABILIDAD DE LA EDAD GESTACIONAL (EG confiable por FUM, Eco<20s).- Evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECOGRAFÍA.

FUMADORA ACTIVA.- Se refiere a si la gestante está fumando al momento de la consulta.

FUMADORA PASIVA.- Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo.



DROGAS.- Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras.

ALCOHOL.- Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido.

VIOLENCIA.- Agresión física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación.

ANTIRUBEOLA.- El estado de vacunación anti-rubéola durante el control prenatal.

ANTITETÁNICA.- Registro del número y el intervalo entre dosis de la vacuna antitetánica.

EXAMEN ODONTOLOGICO Y DE MAMAS.- Revisión de cavidad oral y mamas.

CERVIX.- Examen vaginal con espéculo, se registra en tres aspectos: Inspección Visual, Papanicolaou, Colposcopia.

GRUPO Rh.- Clasificación de la sangre de acuerdo con las características presentes o no en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre.

TOXOPLAMOSIS.- Enfermedad infecciosa ocasionada por un protozoo parásito que se llama *Toxoplasma gondii*.

INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH).- Certificación mediante una prueba de infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida.

PRUEBA DE HEMOGLOBINA (Hb).- Análisis de laboratorio que registra la concentración de hemoglobina en la sangre.



Fe/FOLATOS Indicados.- Si hubo suplemento de de hierro y folatos durante el embarazo.

VDRL/RPR SIFILIS CONFIRMADA POR FTA.- Pruebas de detección de infección por sífilis.

CHAGAS.- Infección por tripanosoma cruzi.

PALUDISMO / MALARIA.- Infección por el parásito plasmodium.

BACTERIURIA.- Colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas.

GLUCEMIA EN AYUNAS.- Valor de la glucemia en sangre obtenida en ayunas.

ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas.- Infección por Estreptococo grupo B

PREPARACIÓN PARA EL PARTO.- Informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; preparar un plan de parto; entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros.

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA.- Entrega reglada y oportuna de información sobre: beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial, formas de amamantar, los cambios en la leche materna después del parto y discutir las dudas y preguntas de la gestante.

CONSULTAS ANTENATALES.- Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad o mortalidad materna y perinatal.



PARTO – ABORTO.- Si la expulsión del producto fue vivo o muerto.

FECHA DE INGRESO.- Día-mes-año que corresponde al ingreso de la gestante a la maternidad u hospital.

CARNÉ.- Se refiere a si la gestante presenta o no el Carné Perinatal al momento de la hospitalización para el parto o el aborto.

CONSULTAS PRENATALES TOTAL.- Número total de consultas prenatales.

HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO.- Internación en un hospital durante el periodo de embarazo, por razones diferentes al parto.

CORTICOIDES ANTENATALES.- Si la gestante recibió dos dosis de 12 mg de betametasona por vía intramuscular administradas cada 24 horas; o cuatro dosis de 6 mg de dexametasona por vía intramuscular administradas cada 12 horas.

INICIO.- Se refiere al inicio del trabajo de parto.

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO.- Pérdida de líquido amniótico antes que haya empezado el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional.

EDAD GESTACIONAL AL PARTO.- Edad gestacional, en semanas completas y días al momento del parto

PRESENTACIÓN / SITUACIÓN.- Se refiere al tipo de presentación, cefálica, “pelviana” o “transversa” diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto.

TAMAÑO FETAL ACORDE.- Correspondencia entre el tamaño fetal estimado por maniobras clínicas y las semanas de edad gestacional.



ACOMPañANTE (APOYO CONTINUO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO).- Presencia durante el trabajo de parto y/o parto de una persona (familiar, amigo o personal de salud) que ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort, en forma continua e individualizada a la gestante.

TRABAJO DE PARTO - DETALLES EN PARTOGRAMA.- Cuando se ha usado el partograma con curvas de alerta de CLAP/SMR u otro partograma.

PARTOGRAMA.- Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto.

NACIMIENTO.- Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto.

FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO.- Registro de la hora y minutos del nacimiento, así como el día, mes y año.

MÚLTIPLE (NACIMIENTO MÚLTIPLE).- Nacimiento de más de un producto de la misma madre en el mismo embarazo.

TERMINACIÓN.- Manera en la que culminó el parto: espontánea, cesárea, fórceps, vacuum u otra.

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO.- Causa o causas por las que se indicó la inducción, cesárea, fórceps, o vacuum.

POSICIÓN PARTO.- La posición de la paciente durante el período expulsivo: sentada, acostada o en cuclillas.

EPISOTOMÍA.- Corte que se realiza en la fase final del parto, ampliando el canal del parto, y que sirve para facilitar el nacimiento del bebé.



DESGARROS (Grado 1 a 4).- Lesiones que se presentan durante el proceso del parto, varían de extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

OCITÓCICOS.- Fármacos que estimulan la contracción del miometrio. Se usan en el Prealumbramiento y Postalumbramiento.

PLACENTA.- Órgano de estructura vascular, materna y embrionaria, que se desarrolla en el interior del útero durante el embarazo, y a través del cual el embrión recibe de la madre oxígeno y sustancias nutritivas, y elimina productos de desecho y dióxido de carbono. Verificar si la placenta se ha expulsado completa o ha quedado retenida.

LIGADURA DEL CORDÓN PRECOZ.- Cuando la ligadura ha ocurrido mientras el cordón está turgente y pulsando del lado placentario.

MEDICACIÓN RECIBIDA.- Medicación administrada durante el trabajo de parto o parto. No incluye la administración de oxitocina en el alumbramiento.

ATENDIÓ.- Se refiere al tipo de personal que atendió (médico, obstétrica, enfermera, auxiliar, estudiante, empírica, otro) a la madre (PARTO) y al recién nacido (NEONATO).

ENFERMEDADES (PATOLOGÍAS MATERNAS).- Patologías ocurridas en el embarazo, parto y puerperio.

EGRESO MATERNO.- Se refiere al estado de la mujer al momento del alta (viva o fallece) y la fecha al alta.

ANTICONCEPCIÓN.- Método, sustancia o medio que impide el embarazo de una mujer.

CONSEJERÍA.- Consejos sobre anticoncepción que se debe dar a la mujer antes del alta.



MÉTODO ELEGIDO.- Método seleccionado por la mujer luego de la consejería para una adecuada anticoncepción.

Variables de morbimortalidad neonatal

SEXO.- Conjunto de características que distingue entre individuos: Femenino, Masculino o No definido.

PESO AL NACER.- Valor del peso al nacer en gramos.

PERÍMETRO CEFÁLICO.- Registra la medida del perímetro de la cabeza de un niño en su parte más grande en centímetros.

LONGITUD.- Longitud del recién nacido en centímetros.

PESO EG (PESO PARA EDAD GESTACIONAL).- Peso del recién nacido en relación a su edad gestacional.

APGAR (min).- Primer examen que se realiza al recién nacido, evalúa rápidamente la condición física de los recién nacidos después del parto (1er y 5to minuto de vida).

REANIMACIÓN.- Procedimientos que pueden ser utilizados durante la recepción/reanimación del recién nacido para asegurar el aporte de sangre oxigenada al cerebro cuando fallan los mecanismos naturales. (Estimulación, aspiración de boca y nariz, máscara, oxígeno, masaje cardíaco, intubación endotraqueal).

FALLECE EN LUGAR DE PARTO.- Cuando el neonato nació vivo pero falleció en la sala de partos.

REFERIDO.- Se refiere al destino del recién nacido luego de su recepción en sala de partos.



DEFECTOS CONGÉNITOS.- Presencia o ausencia de malformaciones congénitas.

ENFERMEDADES.- Otras enfermedades distintas a los defectos congénitos.

TAMIZAJE NEONATAL.- Pruebas que se realizan al neonato y sirven para detectar a recién nacidos portadores de alguna patología endocrina, infecciosa o errores del metabolismo, antes de que la enfermedad se manifieste.

MECONIO.- Materia fecal viscosa y espesa de color verde oscuro tirando a negro que se acumula en el colon fetal durante la gestación. Son las primeras heces.

PUERPERIO.- Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pre-gestacionales.

ANTIRUBEOLA POSTPARTO.- Administración de la vacuna antirubeólica en el posparto en mujeres con historia que no han sido inmunizadas previamente.

EGRESO DEL RECIÉN NACIDO.- El estado del recién nacido (vivo o fallece), su peso, edad y fecha al alta, o si fue derivado a otro servicio o institución diferente.

ALIMENTO AL ALTA.- Alimentación que el niño ha recibido durante su estadía en la institución.

BOCA ARRIBA.- Si la madre ha recibido información sobre los beneficios de colocar al recién nacido boca arriba cuando se encuentra en la cuna.

BCG.- Vacuna que protege de la tuberculosis.



PESO AL EGRESO.- Peso del recién nacido en gramos al momento del alta de la institución.

CERTIFICADO RECIEN NACIDO.- Número de certificado de nacimiento otorgado.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO.- Número de historia clínica otorgado por el establecimiento.

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO.- Nombre y apellidos completos del recién nacido elegido por los padres.

RESPONSABLE.- Nombre del médico responsable del alta.

(Operacionalización de las variables ver anexos 1)



6. PROCEDIMIENTOS TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

a. RECOLECCIONE DE LA INFORMACION

Visitamos el área de estadísticas del Hospital de Paute, para obtener las historias clínicas del primer semestre del año 2010. Realizamos una revisión bibliográfica que nos permita obtener la información correspondiente de la prevalencia de morbilidad materna y neonatal, sus factores de riesgo y manejo del recién nacido.

b. RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos fue en base a las historias clínicas obtenidas mediante el formulario 051, en el área de estadísticas del Hospital de Paute durante el primer semestre del año 2010. (Ver anexo 2). Se aplicó los estándares de calidad de acuerdo a las normas de atención materna infantil. También se depuro la base de datos del SIP.

c. AUTORIZACION

La investigación se realizó con la autorización del director del hospital de Paute, DR. Galo Ochoa, del jefe del área maternidad y neonatología DR. Patricio Beltrán, así como del personal médico del hospital, y del jefe de estadística



7. RESULTADOS Y ANALISIS

Tabla N°1

Distribución de 184 mujeres atendidas por parto y cesárea en el Hospital Cantonal de Paute entre enero y junio del 2010, según Características Generales. Cuenca 2011

Variable	N^{ro.}	%
Edad en años		
< 15	0	0
15 a 35	165	89.7
> 35	17	9.3
Sin dato	2	1.1
Raza		
Blanca	0	0
Indígena	1	0.5
Mestiza	178	96.7
Negra	3	1.6
Sin dato	2	1.1
Alfabetismo		
Si	177	96.2
No	3	1.6
Sin dato	4	2.2
Estado civil		
Casada	96	52.2
Unión estable	68	37
Soltera	14	7.6
Otro	0	0
Sin dato	6	3.3
Estudios		
Ninguno	6	3.3
Primaria	92	50
Secundaria	70	38
Universidad	13	7.2
Sin dato	3	1.6
Vive sola		
Si	30	16.3
no	150	81.5
Sin dato	4	2.2

Fuente: Sip

Autores: Iglesias D., Araujo J.



Datos generales

Con respecto a los datos generales una importante cantidad de mujeres atendidas tienen edades comprendidas entre los 15 y los 35 años (87.9%), y son de raza mestiza.

La mayor parte son alfabetas (96.2%)

La mitad de las madres son casadas (52.2%) y un porcentaje considerable en unión estable (37%)

La gran mayoría tiene algún tipo de instrucción ya sea primaria o secundaria

Tan solo un pequeño grupo de madres viven solas (16%)

Tabla # 2

Distribución de las 10 primeras causas de morbilidad materna en el Hospital Cantonal de Paute durante el primer semestre del año 2010, según egresos hospitalarios. Cuenca 2011

MORBILIDAD MATERNA

Código CIE 10	Causa de Morbilidad	N^{ro.}	%
O66		23	31
	Parto distócico		
O68		7	9.5
	Cesárea por sufrimiento fetal agudo		
O33		7	9.5
	Cesárea por desproporción céfalo pélvica		
O47	Amenaza de parto pre término	7	9.5
O03	Aborto incompleto	6	8.2
O23	ITU	6	8.2
O020	Amenaza de aborto	5	6.8
O14.1	Cesárea por pre eclampsia grave	5	6.8
O23.5	Vulvovaginitis	4	5.5
O21	Hiperémesis gravídica	3	4.1
Total		73	100

Fuente: Egresos hospitalarios del departamento de estadística hcp 2010
Autores: Iglesias D., Araujo J



Las diez primeras causas de morbilidad materna registradas en el Hospital de Paute son: partos distócicos (31%), cesárea por sufrimiento fetal agudo, cesárea por desproporción céfalo pélvica, y amenaza de parto pre término (9.5%) cada una, aborto incompleto, e ITU (8.2%) cada una, amenaza de aborto y cesárea por pre eclampsia grave (6.8%) cada una, además vulvovaginitis (5.5%) e Hiperémesis gravídica (4.1%).

No se registraron muertes maternas en este periodo de estudio.



Tabla # 3

Distribución de las 10 primeras causas de morbilidad neonatal en el Hospital Cantonal de Paute durante el primer semestre del año 2010, según egresos hospitalarios. Cuenca 2011

MORBILIDAD NEONATAL

Código CIE 10	Causa de Morbilidad	N^{ro.}	%
P28	Trastornos respiratorios	29	33.7
P59	Ictericia multifactorial	18	20.9
P55.1	Incompatibilidad ABO	11	12.7
P59.9	Hiperbilirrubinemia	9	10.4
P00.1	ITU	4	4.6
P36.9	Riesgo de sepsis	4	4.6
P91	Crisis convulsivas	4	4.6
P05	RCIU	3	3.4
P21	Asfixia	2	2.3
Q86	Defectos congénitos	2	2.3
Total		86	100

Fuente: Egresos hospitalarios del departamento de estadística hcp 2010
Autores: Iglesias D., Araujo J



Las diez primeras causas de morbilidad neonatal registradas en el Hospital de Paute son; trastornos respiratorios (33.7%), ictericia multifactorial (20,9%), incompatibilidad ABO (12.7%), hiperbilirrubinemia (10.4%), ITU, riesgo de sepsis y crisis convulsivas (4.6%) cada una, restricción del crecimiento intrauterino RCIU (3.4%) asfixia y mal formaciones (2.3%) cada una.

No se registraron muertes neonatales en este periodo de estudio.

Tabla # 4

Distribución de Porcentajes de Cumplimiento de Normas de Atención Perinatales en el Hospital Cantonal de Paute durante el primer semestre del año 2010, según Estándares e Indicadores para el Monitoreo de la Calidad de Atención Materno Neonatal. Cuenca 2011.

Estándares e Indicadores para el Monitoreo de la Calidad de la Atención Materno Neonatal	Cumple con la norma		No cumple con la norma	
	N ^{ro.}	%	N ^{ro.}	%
2 Control prenatal	149	81	35	19
3a Partos con partograma graficado y con control	175	95	9	5
3b Partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma	184	100	0	0
4. Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).	184	100	0	0
5. Post partos con control	174	94	10	6
6. RN en los que se realizó actividades de la norma	184	100	0	0
7a Partos atendidos por médico/a u obstetriz	178	97	6	3
7b RN atendidos por médico/a u obstetriz	182	99	2	1
8a Pacientes con preeclampsia y eclampsia		0		0
8b Hemorragias obstétricas manejadas		0		0
8c Infecciones obstétricas manejadas		0		0
8d Partos Pretérmino con Corticoides prenatales		0		0
8e Partos Pretérmino con Nifedipina como Uteroinhibidor		0		0
8f Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas		0		0
9a. Recién Nacidos con infección		0		0
9b Recién Nacidos con Trastornos Respiratorios		0		0
9c Recién Nacidos con Prematurez		0		0

Fuente: Matriz de reporte del monitoreo de la calidad de la atención materno peri-neonatal paute

Autores: D. Iglesias, J. Araujo

Partos: en esta tabla observamos que el 81% cumple con la norma con relación al control prenatal y el partograma graficado y con control lo cumple el 95%, además vemos que existe un 100% de partos con oxitocina



cumplen la norma, el 94% cumple con el posparto con control y el 97% de los partos fueron atendidos por médico u obstetriz.

Recién Nacido: el 99% de los recién nacidos fueron atendidos por médicos y en el 100% de los casos se realizó actividades de lo norma. Además cuentan con instrumentos, insumos y medicamentos adecuados (Ver Anexo 3).. Los estándares e indicadores relacionados con: 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 no se pudieron evaluar porque no se registraron casos con dichas patologías.



Tabla N° 5

Distribución de 184 mujeres atendidas por parto y cesárea en el Hospital Cantonal de Paute entre enero y junio del 2010, según Antecedentes. Cuenca 2011

Variable	N ^{ro}	%
Gestación previa		
nulíparas	65	35.3
1 a 3	98	53.3
Múltiparas	21	11.4
Abortos		
0	158	85.9
1 a 3	25	13.6
sin dato	1	0.5
Embarazo planeado		
si	93	50.5
no	84	45.7
Sin dato	7	3.8
Cesáreas previas		
0	165	89.7
1 a 2	12	6.5
Sin dato	7	3.8
Fracaso anticonceptivo		
No usaba	158	85.9
Barrera	2	1.1
DIU	2	1.1
Hormonal	11	6
Natural	2	1.1
Sin dato	9	4.5
Antecedentes personales		
A nefropatía		
si	0	0
A preeclampsia		
Si	2	1.1
A eclampsia		
si	1	0.5
A diabetes		
si	0	0
A hipertensión		
si	2	1.1
A tuberculosis		
si	0	0
Sin dato	2	1.1
Antecedentes familiares		
A preeclampsia		
si	3	1.6
A eclampsia		
si	0	0
A diabetes		
si	3	1.6
A hipertensión		
Si	5	2.7
A tuberculosis		
Si	0	0

Fuente: Sip

Autores: Iglesias D., Araujo J



Antecedentes

En relación a los antecedentes obstétricos observamos que la mayoría fueron mujeres multíparas (53.3%), que en general presentaron escasos abortos previos (13.6%) y una importante cantidad de mujeres (89.7%) que presentan cesáreas previas. Casi la mitad de las gestantes planificaron su embarazo (50.5%), en su gran mayoría (85.9%) no utilizaban método anticonceptivo, y cuando lo usaban el predominante fue anticonceptivos tipo humoral (6%).

En cuanto a los antecedentes de enfermedades es escaso, predominado el antecedente de hipertensión arterial crónica en 5 casos y un porcentaje menor en preclampsia e hipertensión arterial crónica con 3 casos respectivamente.

La cantidad de subregistros de datos es pequeña con el 3.8% de historias clínicas sin datos.

Antecedentes familiares.

No se encontraron casos con antecedentes familiares de eclampsia ni de tuberculosis, mientras que un bajo porcentaje de madres presentaron antecedentes familiares de preclampsia (1.6%), diabetes (1.6%), y de hipertensión arterial (2.7%).

Tabla N° 6

Distribución de 184 mujeres atendidas por parto y cesárea en el Hospital Cantonal de Paute entre enero y junio del 2010, según Gestación Actual y Controles Prenatales. Cuenca 2011

Variable	N^{ro}	%
EG confiable		
Por FUM	162	88
Por ECO	13	7
Falta dato	9	4.9
Antirubeola previa		
Previa al emb	16	8.7
Embarazo .	2	1.1
No sabe	103	56
No se puso	61	33.2
Sin dato	2	1.1
Antitetánica		
No	17	9.2
Si	165	89.7
Sin dato	2	1.1
Examen Odontológico		
No	52	28.3
Si	131	71.2
Sin dato	1	1.1
Exploración de Mamas		
No	59	32.1
Si	123	66.8
Sin dato	2	1.1
Exploración de Cervix/PAP		
Normal	77	41.8
anormal	1	0.5
no se hizo	99	53.8
Falta de dato	7	3.8
Bacteriuria menor de 20s		
No se hizo	76	41.3
Negativo	85	46.2
Positivo	16	8.7
Sin dato	7	3.8
Bacteriuria mayor de 20s		
No se hizo	76	41.3
Negativo	77	41.8
Positivo	24	13
Sin dato	7	3.8
Factor Rh		
Rh +	179	97.3
Rh -	2	1.1
Sin dato	3	1.6
Estreptococo B		
Negativo	23	12.5
Positivo	0	0
No se hizo	152	82.6
Sin de dato	9	4.9
Fe		
No	2	1.1
Si	174	94.6
Sin dato	8	4.3
Folatos		
No	6	3.3
Si	169	91.8
Sin de dato	9	4.9

Fuente: Sip

Autores: Iglesias D., AraujoJj



Gestación actual

Según gestación actual la mayor parte ingresaron calculando su tiempo de gestación según FUM (88%), cerca de la mitad de las pacientes no saben si recibieron la vacuna Antirubeola (56%), mientras que la gran mayoría se han administrado la vacuna antitetánica (89.7%)

Controles Prenatales

En los controles prenatales, la mayor parte se realizó los exámenes odontológicos (71.2%), exploración de mamas (66.8%) mientras que el examen de cérvix no se realizaron más de la mitad (53.8%)

Cerca de la mitad se realizó Las pruebas para la detección de bacteriuria (54.9%), casi todas fueron RH positivo.(97.3%)

Una cantidad importante refiere no haberse realizado el examen de Estreptococo B.(82.6%) y de aquellas en las que si se realizó este examen el 12.5% fue negativo. La gran mayoría recibieron hierro y folato.

Tabla N° 7

Distribución de 184 mujeres atendidas por parto y cesárea en el Hospital Cantonal de Paute entre enero y junio del 2010, según Características de Parto. Cuenca 2011

Variable	N°	%
Consultas prenatales		
0	3	1.6
1	4	2.2
2-4	33	17.9
5-9	117	63.6
10-99	25	13.6
Sin dato	2	1.1
Carnet perinatal		
No	79	42.9
Si	104	56.6
Falta dato	1	0.5
Acompañante		
Pareja	12	6.5
Familiar	83	45.1
Ninguno	86	46.7
Sin dato	3	1.6
Posición del parto		
Sentada	1	0.5
Acostada	181	98.4
Cuclillas	0	0
Sin dato	2	1.1
Episiotomía		
no	148	80.4
si	33	17.9
sin dato	3	1.6
Desgarros		
No	148	80.4
Si	36	19.6
Grado desgarro		
I	28	15.2
II	6	3.2
III	2	1.1
Ocitócicos en TDP		
No	149	81
Si	33	17.9
Sin dato	2	1.1
Analges. tranquilizante		
No	153	83.2
Si	30	16.3
Sin dato	1	0.5
Antibióticos		
No	154	83.7
Si	28	15.2
Sin dato	2	1.1
Amenaza parto preterm		
	182	97.8
No	1	0.5
Si	1	0.5
Sin dato		

Fuente: Sip

Autores: Iglesias D., Araujo J



Controles Prenatales

Una importante cantidad de las mujeres se han realizado entre 5 y 9 controles prenatales (63.3%) El 59% de las pacientes portaban su carnet perinatal.

Atención del Parto.

Tan solo la mitad estuvieron con algún tipo de acompañante al momento del ingreso.

Siendo la posición acostada la predominante en los partos realizados (98.4%), en los cuales solo a una pequeña cantidad Se realizó episiotomía (17.9%), además solamente un grupo pequeño presento algún tipo de desgarró, de los cuales el más común fue de tipo 1 (15%)

La mayor parte no recibió medicación en TDP

Tabla N° 8

Distribución de 184 mujeres atendidas por parto y cesárea en el Hospital Cantonal de Paute entre enero y junio del 2010, según Características del Recién Nacido. Cuenca 2011

Variable	N°	%
Sexo RN		
Masculino	88	47.8
Femenino	96	52.2
Sindato	0	0
Peso RN		
Adecuado	168	91.1
Pequeño	13	7.1
Grande	3	1.6
Longitud RN		
Adecuado	170	92.4
Pequeño	13	7.1
Grande	1	0.5
Perímetro cefálico		
Microcefalia	1	0.5
Adecuado	177	96.1
Macrocefalia	2	1.1
sin dato	4	2.2
AFGAR 1er minuto		
0 a 3	0	0
4 a 6	6	3.3
7 a 10	175	95.1
Sin datos	3	1.6
AFGAR 5to minuto		
0 a 3	0	0
4 a 6	0	0
7 a 10	181	98.4
Sin datos	3	1.6
Reanimación		
No	159	86.4
si	25	13.6
Aspiración	4	2.2
Estimulación	5	2.7
Masaje	3	1.6
Mascara	6	3.3
Oxígeno	5	2.7
Tubo	2	1.1
Edad gestacional		
Aborto	0	0
Pretermino	5	2.7
Termino	171	92.9
Posttermino	6	3.3
Sin dato	2	1.1
Defectos congénitos		
No	180	97.8
Menor	1	0.5
Mayor	1	0.5
Sin dato	2	1.1
Referido		
Alojamiento Conjunto	174	94.6
Neonatología	2	1.1
Otro hospital	2	1.1
Sin dato	6	3.3
Atención al RN		
Medico	182	98.8
Estudiante	2	1.1
Otros	0	0

Fuente: Sip

Autores: Iglesias D., AraujoJj



Características del recién nacido

Aproximadamente la mitad de recién nacidos fueron de sexo masculino y la otra mitad femenino.

La gran mayoría nacieron con peso, longitud, y perímetro cefálico adecuado.

El APGAR en su mayoría tuvo una puntuación de 7 a 10 en el primer y quinto minuto. Tan solo una pequeña cantidad de recién nacidos recibieron una reanimación de algún tipo (13.6%)

Se encontró que la gran mayoría de los recién nacidos fueron a término (92.9%)

Casi la totalidad no presento defectos congénitos.(97.8), siendo referidos a alojamiento conjunto, de igual manera cerca de la totalidad fueron atendidos por médicos.



Tabla # 9

Distribución de 184 mujeres atendidas por parto y cesárea en el Hospital Cantonal de Paute entre enero y junio del 2010, según Egreso del Recién Nacido. Cuenca 2011

Variable	N ^{ro.}	%
Alimentación al alta		
Lact.	174	94.6
exclusiva	2	1.1
Parcial	8	4.3
Sin dato		
BCG		
No	103	56
Si	76	41
Sin dato	5	2.7
Egreso del RN		
Vivo	165	89.7
Fallece	0	0
Traslado	5	2.7
Sin dato	14	7.6

Fuente: Sip

Autores: Iglesias D., Araujo J



Egreso del recién nacido

Al momento del alta de los recién nacidos tuvieron una alimentación a base de lactancia exclusiva casi en su totalidad.

A un porcentaje algo cercano a la mitad se les administro la vacuna BCG, un bajo porcentaje fue trasladado a otro centro hospitalario, mientras que la mayoría egresaron vivos.



Tabla # 10

**Distribución de 184 mujeres atendidas por parto y cesárea en el
Hospital Cantonal de Paute entre enero y junio del 2010, según Egreso
Materno. Cuenca 2011**

Variable	N^{ro.}	%
Anticoncepción consejería		
No	9	4.9
Si	175	95.1
Metodo anticonceptivo elegido		
DIU	2	1.1
Barrera	7	3.8
Hormonal	34	18.5
Ligadura tubaric	18	9.8
Natural	0	0
Otro	8	4.3
Ninguno	107	58.2
Sin dato	8	4.3
Traslado		
Si	8	4.3
No	175	95.1
Sin dato	1	0.5

Fuente: Sip

Autores: Iglesias D., Araujo J



Egresos maternos

Se dio consejería materna en temas de anticoncepción a la mayoría de las madres que egresaron.

Se aplicó algún método anticonceptivo a cerca de la mitad de egresadas siendo el hormonal el de mayor elección. Tan solo bajo porcentaje fue trasladado a otro centro hospitalario (4%)



8. DISCUSION

Los objetivos de este trabajo de investigación fueron, determinar las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, así como analizar el cumplimiento de los indicadores de calidad y la elaboración de una propuesta de gestión para el mejoramiento de la calidad de atención materna y neonatal. El estudio incluyó 184 mujeres atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital cantonal de Paute.

No se encontraron casos de muerte materna ni neonatal en el periodo de realización de este trabajo de investigación, pero se pudo evidenciar que las principales causas de morbilidad materna son parto distócico, cesárea por sufrimiento fetal agudo, cesárea por desproporción céfalo pélvica y amenaza de parto pretermo, a diferencia de otros países como Argentina y Uruguay en donde las principales causas de morbilidad son las enfermedades hipertensivas, hemorragias e infecciones. En cuanto a morbilidad neonatal se pudo observar que los trastornos respiratorios, ictericia multifactorial, incompatibilidad ABO, hiperbilirrubinemias, RCIU, e ITU fueron las principales causas, mientras que en países como México son la prematuridad, el bajo al nacer y las infecciones encontrando algunas similitudes.

A cerca de los estándares e indicadores de calidad en la atención brindada a los pacientes atendidos en este centro hospitalario, pudimos comprobar que en su mayoría los servicios tanto de consulta externa como de quirófanos cumplen con los estándares de calidad establecidos por el MSP (95%), de igual manera a nivel nacional el MSP ha conseguido grandes avances a través del proceso de MCC para el control de calidad aplicado en 11 provincias del país especialmente en hospitales cantonales.

A nivel nacional el MSP cuenta con programas como el de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos, esperamos que con esta investigación se pueda mejorar estos programas o generar nuevos para disminuir la morbi mortalidad materna y neonatal en nuestro país.



9. CONCLUSIONES

Las diez primeras causas de morbilidad materna registradas en el Hospital de Paute son:

- Partos distócicos (31%)
- Cesárea por sufrimiento fetal agudo (9.5%)
- Cesárea por desproporción céfalo pélvica (9.5%)
- Amenaza de parto pre término (9.5%)
- Aborto incompleto (8.2%)
- ITU (8.2%)
- Amenaza de aborto (6.8%)
- Cesárea por pre eclampsia grave (6.8%)
- Vulvovaginitis (5.5%)
- Hiperémesis gravídica (4.1%).

Las diez primeras causas de morbilidad neonatal registradas en el Hospital de Paute son:

- ✓ Trastornos respiratorios (33.7%)
- ✓ Ictericia multifactorial (20,9%)
- ✓ Incompatibilidad ABO (12.7%)
- ✓ Hiperbilirrubinemia (10.4%)
- ✓ ITU (4.6%)
- ✓ Riesgo de sepsis (4.6%)
- ✓ Crisis convulsivas (4.6%)
- ✓ RCIU (3.4%)
- ✓ Asfixia (2.3%)
- ✓ Mal formaciones (2.3%)



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

Los estándares de calidad en el Hospital cantonal de Paute en el primer semestre del 2010 se cumple en un 95% la norma establecida por el MSP.

10.RECOMENDACIONES

- Promover la atención materna y perinatal de calidad, según los estándares e indicadores de salud, tratando de abarcar a la mayor parte de la población.
- Enfocar el control prenatal en los aspectos de: completo e integral, precoz, enfoque intercultural, periódico, y afectivo
- Capacitar y concientizar al personal de salud sobre el correcto llenado del formulario 051, y el ingreso de las fichas en el Sistema Informático Perinatal, para obtener datos reales.

11.LIMITACIONES

Se presentaron dificultades en el llenado del formulario 051 por parte del personal que labora en el Centro de Salud, ya sea incompleto o mal llenado

La computadora presento fallas técnicas en reiteradas ocasiones, por lo que nos impidió ingresar los datos en el sistema varias veces



12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Botero J. Jubiz A. Guillermo H. Obstetricia y Ginecología séptima edición. Bogotá Colombia, edición QuebecorWorld, 2004
2. T.V.N. PersuadEmbriologia Clínica, mal formaciones congénitas octava edición. Toronto Canadá, edición ISBS edición original 978-1-4160-3706-4 Barcelona España, 2008
3. Berek J. Ginecología de Novakdecima tercera edición, Editorial McGraw-Hill; Los Angeles California, 2005
4. Emblad P. Plantz S. Levin R et all, Pediatría Board review, terceraedicionEditorial McGraw-Hill, Angeles California, 2006
5. Jijon A. Sacoto M. Cordova A Alto riesgo ostetrico primera edición editorial Ecuaooffset, Quito Ecuador, 2006
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Anual de la Red de Monitoreo/Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos, 2004 (Brasilia, Brasil 27 al 29 de julio, 2005) (citado el 25/05/2010) disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-030610/es/index.html>
7. FANEITE, Pedro. Mortalidad materna y perinatal. Tendencias 1969-2004.*RevObstetGinecolVenez.* [online]. jun. 2006, vol.66, no.2 [citado 15 Junio 2010], p.75-80. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.
8. FANEITE, Pedro. Mortalidad materna en la región bolivariana de Latinoamérica: área crítica.*RevObstetGinecolVenez.* [online]. mar. 2008, vol.68, no.1 [citado 03 Junio 2010], p.18-24. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.
9. DONOSO S, Enrique y OYARZUN E, Enrique. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN CHILE, CUBA Y ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2004, vol.69, n.1 [citado 2010-06-02], pp. 14-18 . Disponible en:



<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. doi: 10.4067/S0717-75262004000100004

10. Donoso S Enrique. TRAS EL CUMPLIMIENTO DEL 5º OBJETIVO DEL MILENIO: MORTALIDAD MATERNA, CHILE 2007. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2010 Jun 25] ; 75(1): 1-2. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000100001&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262010000100001.
11. REGO, Maria Albertina Santiago; FRANCA, Elisabeth Barboza and AFONSO, Deise Campos Cardoso. Avaliação da qualidade da informação do Sistema de Informação Perinatal (SIP-CLAP /OPAS) para monitoramento da assistência perinatal hospitalar, Belo Horizonte, 2004. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2009, vol.9, n.3 [cited 2010-06-23], pp. 275-284 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1519-3829. doi: 10.1590/S1519-38292009000300006
12. Velázquez G. ¹, Vega M. PhD², Martínez M. PhD ³ MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL ASOCIADA A LA DIABETES GESTACIONAL versión On-line ISSN 0717-7526 REV CHIL OBSTET GINECOL 2010; 75(1): 35 . citado el 19/05/2010 disponible en www.scielo.org
13. FANEITE, Pedro, LINARES, Milagros, FANEITE, Josmery et al. **Mortalidad neonatal: gran reto.** Rev Obstet Ginecol Venez. [online]. sep. 2004, vol.64, no.3 [citado 18 Junio 2010], p.129-132. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322004000300002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732
14. Grandi Carlos, Tapia José L., Marshall Guillermo. Evaluación de la severidad, proporcionalidad y riesgo de muerte de recién nacidos de muy



- bajo peso con restricción del crecimiento fetal: análisis multicéntrico sudamericano. *J. Pediatr. (Rio J.)* [serial on the Internet]. 2005 June [cited 2010 June 05] ; 81(3): 198-204. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000400005&lng=en. doi: 10.1590/S0021-75572005000400005.
15. Caro M José, Flores H Gerardo, Ortiz F Erika, Anwandter Sen Carlos, Rodríguez A Daniel. PRONÓSTICO NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO DE MUY BAJO PESO: HOSPITAL REGIONAL DE PUERTO MONTT, 2000-2005. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. 2007 [citado 2010 Jun 05] ; 72(5): 283-291. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000500002&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262007000500002.
16. Rodríguez-Weber Miguel Angel, López-Candiani Carlos, Arredondo-García José Luis, Gutiérrez-Castrellón Pedro, Sánchez-Arriaga Felipa. Morbilidad y mortalidad por sepsis neonatal en un hospital de tercer nivel de atención. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. 2003 Apr [cited 2010 June 25] ; 45(2): 90-95. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000200004&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36342003000200004.
17. Gomes Flávia Azevedo, Nakano Ana Márcia Spanó, Almeida Ana Maria de, Matuo Yuriko Kanashiro. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2006 Mar [cited 2010 June 25] ; 40(1): 50-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100007&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342006000100007
18. FANEITE, Pedro. **Mortalidad materna: evento en desarrollo.** *Rev Obstet Ginecol Venez.* [online]. ene. 2007, vol.67, no.1 [citado 25 Junio 2010], p.1-3. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.



19. Royston E. Armstrong S. Prevención de la mortalidad materna, primera edición editorial Organización Mundial de la Salud, España, 2000
20. Gallardo; Robles C; Hernández., Mortalidad neonatal y factores asociados, Macuspana, Tabasco, México., *Print version* ISSN 0864-3468 Rev. cub. salud pública vol.35 no.1 La Habana Jan./Mar. 2009 citado el 19/05/2010 disponible en www.scielo.org.
21. Castillo C. Loyola E. Vidaurre M. et all, Sistemas de Información Geografica en Salud, primera edición, editorial organización panamericana de la salud, Washington DC, 2003
22. Programa SIP de la OPS. Concepto y funcionalidad del SIP (citado el 17 de junio del 2010)
23. Organización Mundial de la Salud Manual Clínico AIEPI Neonatal, primera edición, editorial Organización Mundial de la Salud Washington DC, 2005
24. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).
25. <http://www2.cochrane.org/reviews/es/ab000951.html>
26. Meher S, Duley L. Reposo durante el embarazo para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones en mujeres con presión arterial normal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue .Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).
27. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000899.htm> Actualizado: 2/21/2010



28. Tan BP, Hannah ME. Oxitocina para la rotura prematura de membranas a término o cerca del término (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).
29. Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S. Fármacos para el tratamiento la hipertensión grave durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).



13. ANEXOS

ANEXO 1

Operacionalización de las Variables maternas

Definición de la variable	Dimensión	Indicador	Escala
Identificación Constituyen la edad, etnia, estudios, estado civil	Edad Años Cumplidos	Tiempo que ha vivido una persona	< 15 años > 35 años
	Etnia Razas	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.	Blanca Indígena Mestiza Negra Otra
	Estudios Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación.	Conjunto de materias que se estudian para obtener cierta titulación.	Ninguno Primaria Secundaria Universidad
	Estado Civil Se registrará si vive sola o no.	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Casada Unión Estable Soltera Otro
Antecedentes Constituyen los familiares, personales y obstétricos	Familiares Se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos. Están: TBC, diabéticos, hipertensión, preclampsia, eclampsia, otras	Conjunto de personas emparentadas que tienen alguna condición o tendencia común.	Si No
	Personales Se refieren a los antecedentes propios de la embarazada; familiares mas (cirugía genito urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía y violencia).	Perteneciente o relativo a la persona.	Si No



	Obstétricos Se refieren a los antecedentes durante la gestación, parto y puerperio		Médico Enf. Obstetriz Auxiliar Estud. o Empírica Otro Médico Enf. Obstetriz Auxiliar Estud. o Empírica Otro
	Gestas Previas Número de gestaciones sin incluir el embarazo actual.	Periodo de desarrollo desde la fecundación hasta el nacimiento	00 si es 1er embarazo
	Partos / Vaginales – Cesáreas Número De Partos.	Expulsión o extracción del niño en el nacimiento	Partos Vaginales Cesáreas
	Abortos Espontáneos – Inducidos Embarazo ectópico	Expulsión antes de 22 semanas del producto de gestación muerto o con un peso menor a 500 gramos	
	Nacidos Vivos Numero de nacidos vivos	Recién nacido que muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre	
	Nacidos Muertos Numero de nacidos muertos	Recién nacido que no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre	
	Viven Número de hijos que están vivos al momento de la consulta.	Hijos que poseen signos vitales	
	Muertos 1ra Semana Numero de los que murieron entre los 6 días, 23 horas, 59 minutos después del parto	recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y el séptimo día	
	Muertos después De 1ra Semana Numero de los que murieron entre los 7 días o mas después del parto	Recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida	



	Fin Embarazo Anterior Fecha inmediata anterior al actual	Fecha de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual	día, mes y año
	Embarazo Planeado	Embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno	Si No
	Fracaso Método Anticonceptivo Métodos Anticonceptivos	Procedimiento o técnica utilizado para evitar la concepción	No usaba Barrera DIU Hormonal Emergencia Natural
Gestación Actual Constituye el registro de todos los datos relacionados con el embarazo actual.	Talla La técnica de medida la gestante de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallómetro	Estatura o altura de las personas.	En centímetros
	Peso Se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual	Magnitud física que expresa la cantidad de materia que contiene un cuerpo.	En Kilogramos
	Fecha de la última menstruación (FUM)	Dato que permite estimar la edad gestacional y la fecha probable de parto.	Día-mes-año de la FUM
	Fecha Probable de Parto (FPP)	Fecha que se puede estimar como conclusión del <u>embarazo</u> .	Día-mes-año de la FPP



	Confiabilidad De La Edad Gestacional (Eg Confiable Por Fum, Eco<20s)	Es la evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por la FUM o por ECOGRAFÍA.	
	Fumadora Activa (Fuma Act)	Se refiere a si la gestante está fumando al momento de la consulta.	Si No
	Fumadora Pasiva (Fuma Pas)	Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo.	Si No
	Drogas.	Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia	Si No
	Alcohol	Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido	Si No
	Violencia	Comportamiento deliberado que puede provocar daños durante la gestación actual, involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual. El agresor puede ser la pareja actual, parejas previas, padres, u otras personas.	Si No
	Antirubeola	Vacuna para la eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC).	Si No
	Antitetánica	Vacuna para la eliminación del tétanos neonatal	Si No
	Examen Odontológico Y De Mamas (Ex. Normal)	Procedimientos clínicos necesarios para establecer un	Si No



		diagnóstico periodontal y de patologías mamarias.	
	CÉRVIX Por: INSPECCIÓN VISUAL (Insp. Visual), PAPANICOLAU (PAP), COLPOSCOPIA (COLP)	.Examen vaginal con espéculo con la finalidad de detectar anormalidades o infecciones cervicales.	Normal Anormal No se hizo
	Grupo Rh (Grupo Sanguíneo,Rh,Inmunizada)	-Grupo sanguíneo clasificación de la <u>sangre</u> de acuerdo a características presentes o no en los <u>glóbulos rojos</u> y en el plasma. -Factor Rh es una proteína de la membrana <u>aglutinógena</u> presente en todas las células. -Inmunizada: si tiene positivo el test de Coombs indirecto	Grupo:A, B, AB, O Rh:positivo,negativo Inmunizada: si,no
	Toxoplamosis	Realización de la prueba (IgG o IgM) según corresponda en el control prenatal, con el fin de evitar la Toxoplasmosis Congenita	Positivo Negativo No se hizo
	Infección Por Virus De Inmuno Deficiencia Adquirida (Vih)	Realizacion de la prueba para la detección del VIH.	Solicitado: SI o NO Realizado: SI o NO



	Prueba De Hemoglobina (Hb)	Prueba para ver si la gestante presenta un síndrome anémico. Se considera que tiene anemia cuando el valor de Hb es menor a 11,0 g/dl durante el primer o tercer trimestre, o cuando el valor durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dl.	Antes de las 20 sem Después de las 20 sem
	Fe/Folatos Indicados	Suplementos de Hierro y Folatos durante la gestación por el aumento de las necesidades.	Si No
	Vdrl/RprSifilis Confirmada Por Fta	Las pruebas de detección son VDRL (mide anticuerpos que se producen en respuesta al <i>T.pallidum</i>) o RPR (busca Antic. en personas enfermas). Se sugieren realizar en dos oportunidades, antes de las 20 semanas de gestación y otra en el tercer trimestre.	Si No No se hizo
	Chagas	Pruebas de detección del Chagas para evitar formas congénitas.	Negativo Positivo No se hizo
	Paludismo / Malaria	Pruebas de detección del Paludismo para evitar formas congénitas.	Negativo Positivo No se hizo
	Bacteriuria	Bacteriuria asintomática se refiere a la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas. Se considera normal cuando hay menos de 100,000 unidades formadoras de colonia/ml.	Normal Anormal No se hizo



	Glucemia En Ayunas	Registra el valor de la glucemia de acuerdo a la semana de gestación .Hay riesgo si es igual o mayor a es igual a o mayor a 10,5 g/dl	Valor en gr/dl
	ESTREPTOCOCO B 35 - 37 Semanas	Pruebas para la detección estreptococo del grupo B entre las 35 y 37 semanas mediante la toma de muestras por hisopado vaginal y rectal.	Negativo Positivo No se hizo
	Preparación Para El Parto	Informacion proporcionada a la mujer y su familia acerca de: los cambios que ocurren en la gestación, parto y puerperio.Preparacion de los padres para enfrentar mejor su nuevo rol, preparar un plan de parto, psicoprofilaxis informacion sobre los derechos maternos.	Si No
	Consejería En Lactancia Materna	Informacion proporcionada sobre:los beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial,formas de amamantar,los cambios en la leche materna después del parto además de los derechos del niño.	Si No



	CONSULTAS ANTENATALES -Edad gestacional(edad gest.) -Peso -Presión arterial (PA) -Presentación, cefálica (a), pelviana (p), transversa (t). -Frecuencia fetal cardiaca en latidos por minuto (FCF lpm) -Movimientos fetales positivos, negativos, no hecha -Proteinuria: positivo, negativo, no se hizo. -Iniciales del técnico. -Fecha de próxima cita, día y mes.	Información de 6 controles prenatales.	-Edad gestacional al momento de la consulta en semanas completas. -Peso en Kg -Presión arterial, en mm de Hg. -Altura uterina, en cm. -Presentación feto: cefálica, pelviana, transversa. -Frecuencia fetal cardiaca en latidos por minuto -Movimientos fetales: positivos, negativos, no hecha -Proteinuria: positivo, negativo, no se hizo.
Parto/Aborto Registro de los datos relevantes del trabajo de parto, parto y aborto.	Parto – Aborto	En caso de aborto llenar las siguientes variables, fecha de Ingreso, edad gestacional al momento del aborto, enfermedades maternas, nacimiento (como fecha del aborto), y peso fetal (si corresponde)	
	Fecha De Ingreso	Fecha que corresponde al ingreso de la gestante a la maternidad u hospital.	Día-mes-año
	Carné	Se refiere a si la gestante presenta o no el Carné Perinatal al momento de la hospitalización para el parto o el aborto	Si No



	Consultas Prenatales Total	Registra el número de Consultas Prenatales que se realizó la madre.	Número de consultas.
	Hospitalización En Embarazo	Se refiere a hospitalizaciones ocurridas por razones diferentes al parto.	Si (Número de días) No
	Corticoides Antenatales	Usados con la finalidad de evitar partos prematuros. Dos dosis de 12 mg de betametasona IM c/24 horas, o cuatro dosis de 6 mg de dexametasona IM c/12 horas se considera un esquema completo.	<i>Completo</i> <i>Incompleto</i> <i>Ninguna</i> <i>n/c= no corresponde.</i>
	Inicio	Se refiere al inicio del trabajo de parto.	Inducido Espontaneo Cesárea espontanea
	Ruptura De Membranas Anteparto	Se identifica por la pérdida de líquido amniótico antes que haya empezado el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional.	No Si: Dia-mes-año, hora, semana, temperatura *C
	Edad Gestacional Al Parto	Registra la edad gestacional al momento del parto.	Semanas-dias Por : FUM o ECO



	Presentación / Situación	Se refiere al tipo de presentación diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto	Cefálica Pelviana Transversa
	Tamaño Fetal Acorde	Se refiere a la correspondencia entre el tamaño fetal estimado por maniobras clínicas y las semanas de edad gestacional	Si No
	ACOMPANANTE (APOYO CONTINUO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO) Trabajo de parto (TDP) y/o parto(P)	Presencia durante el trabajo de parto y/o partode una persona excluyendo el personal de salud que ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort, en forma continua e individualizada a la gestante.	Pareja Familiar Otro Ninguno
	Trabajo De Parto Detalles En Partograma:	Incluye datos del Partograma	Si No
	Partograma -Hora y minutos de la evaluación -Posición de la gestante al momento de la evaluación -Presión arterial (PA) -Pulso -Contracciones uterinas en 10 minutos (contr/10) -Dilatación cervical -Altura de la presentación (altura present.) - Variedad de posición (variedad posic.) -Presencia o no de meconio -Frecuencia cardiaca fetal (FCF) y presencia	Diseñado con curvas de alertas para facilitar la vigilancia del trabajo de parto. Incorpora curvas considerando: paridad, estado de las membranas ovulares y posición de la gestante durante el trabajo de parto.	-Hora y minutos de la evaluación (hora, min) -Posición de la gestante al momento de la evaluación (caminando, decúbito dorsal, decúbito lateral izquierdo, entre otras) -Presión arterial (PA) en mm de Hg. -Pulso en latidos por minuto. -Contracciones uterinas en 10 minutos (contr/10) -Dilatación cervical en centímetros.



	de dips.		- Altura de la presentación (altura present.), se refiere a los planos deHodge o estaciones de DeLee. - Variedad de posición (variedad posic.) OIIA, OIDA. -Presencia o no de meconio -Frecuencia cardiaca fetal (FCF) en latidos por minuto y presencia dedips.			
	Nacimiento	Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto, Vivo o Muerto. <table><tr><td>Muerto Ante parto : Muerte ocurre antes del inicio del trabajo o de parto .</td><td>Muerto Parto : Muerte ocurre durante el trabajo o de parto</td><td>Muerto Ignor a momento: No se puede precisar el momento en que se produjo la muerte.</td></tr></table>	Muerto Ante parto : Muerte ocurre antes del inicio del trabajo o de parto .	Muerto Parto : Muerte ocurre durante el trabajo o de parto	Muerto Ignor a momento: No se puede precisar el momento en que se produjo la muerte.	Vivo Muerto:Anteparto,Parto,Ignora momento
Muerto Ante parto : Muerte ocurre antes del inicio del trabajo o de parto .	Muerto Parto : Muerte ocurre durante el trabajo o de parto	Muerto Ignor a momento: No se puede precisar el momento en que se produjo la muerte.				
	Fecha Y Hora Del Nacimiento	Especifica el tiempo del nacimiento del niño	Hora- minutos- días- mes - año.			
	Múltiple (Nacimiento Múltiple)	Observa si es un nacimiento múltiple				



	Fecha Y Hora Del Nacimiento	Especifica el tiempo del nacimiento del niño	Hora- minutos- días- mes - año.
	Terminación	Registrar si la terminación del parto fue: espontánea, cesárea, fórceps, vacuum u otra.	
	Posición de Parto	Indicar la posición de la paciente durante el período expulsivo: sentada, acostada o en cuclillas.	.
	EPISOTOMÍA	Registrar si se realizó episiotomía	Si No
	Desgarro	En caso de producirse desgarros durante el parto	Grado1 Grado2 Grado 3 Grado 4
	Placenta	refiere a si la placenta se ha expulsado completa	Si No



	Ligadura del cordón Precoz	Registrar 'SI' cuando la ligadura ha ocurrido mientras el cordón está turgente y pulsando del lado placentario. Marcar 'NO' si la ligadura no fue precoz.	Si No
	Medicación Recibida	Ocitócicos Antibióticos Analgesia Anestesia local (anest, local), Anestesia regional Anestesia general (anest. gral) Transfusión Otros – Especificar el nombre y codificar	Si No
	Enfermedades	HTA previa HTA inducida embarazo Preeclampsia Eclampsia Cardiopatía Nefropatía Diabetes I-II-G Infección Ovular Infección urinaria Amenaza parto pretermino R.C.I.U. Rotura prematura de membranas Anemia Otra condición grave	Si No
	Hemorragia	1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre	Si No



Anexo 2

Operacionalización de las 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	Aloj. 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 Obstetrix,	Parto Persona que atendió el parto a la mujer		Médico Enf. Obstetrix Auxiliar Estud. o Empírica Otro



Auxiliar de enfermería, Estudiante o Empírica u Otra persona.	Neonato Persona que atendió al recién nacido		Médico Enf. Obstetiz Auxiliar Estud. 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



Tamizaje neonatal normal La existencia del tamizaje neonatal para la prevención de daño severo con la finalidad de iniciar un tratamiento oportuno	VDRL. Prueba hematológica para detección de la sífilis	Formulario # 051	Si No No se hizo
	TSH. Prueba hematológica para detección del hipotiroidismo	Formulario # 051	Si No No se hizo
	Bilirrubina: Prueba hematológica para detección de Ictericia	Formulario # 051	Si No No se hizo
	Toxoplasmosis: Dosificación de IgM para detección de toxoplasmosis	Formulario # 051	Si No No se hizo
Meconio: si el neonato ha expulsado meconio en el primer día de vida	Observación de eliminación de meconio	Formulario # 051	Si No
Patología Defectos congénitos. Malformación mayor aquella capaz de producir lapérdida de la función del órgano afectado. Las menores, al no provocar la pérdida de función suelen ser estéticas.	Función de órganos y defectos estéticos	Formulario # 051	No Menor Mayor Código CIE10
Patologías. Presencia de una o más enfermedades.	Manifestaciones clínicas	Formulario # 051	No Código CIE10
Reanimación Lista de procedimientos que pueden ser utilizados durante la recepción/reanimación del recién nacido.	Oxígeno	Formulario # 051	Si No
	Máscara	Formulario # 051	Si No
	Tubo	Formulario # 051	Si No
	Masaje	Formulario # 051	Si No
	Adrenalina	Formulario # 051	Si No
Egreso del RN La condición del nacimiento de un niño y su evolución. • Si el niño nació vivo y sigue vivo al momento del alta.	Condición al egreso	Formulario # 051	Vivo Fallece Traslado
	Traslado	Formulario # 051	Si No
	Fallece durante o	Formulario #	Si

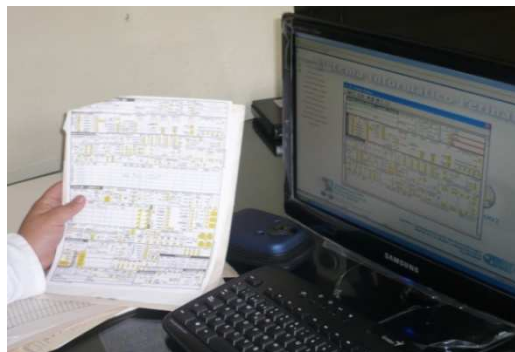


• Si el niño nació vivo pero por alguna complicación requiere ser trasladado a otro establecimiento. • Si el niño nació vivo y muere. Si el fallecimiento ocurre fuera del lugar de nacimiento.	en el lugar del traslado	051	No
Alimento al alta El tipo de alimentación que el niño ha recibido durante su estadía en la institución	Alimentación administrada al niño	Formulario # 051	Lactancia exclusiva Parcial Artificial
Boca arriba Si la madre ha recibido información sobre los beneficios de colocar al recién nacido boca arriba cuando se encuentra en la cuna.	Información recibida por la madre	Formulario # 051	Si No
Vacuna BCG Si el neonato ha recibido o no la vacuna BCG antes del alta	Administración de la vacuna BCG al neonato	Formulario # 051	Si No
Peso al egreso Peso del recién nacido en gramos al momento del alta de la institución.	Física	Peso en gramos registrado en formulario # 051	Rangos de 500



ANEXOS 3

HOSPITAL CANTONAL DE PAUTE



**ANEXO TABLA BASAL DE MORBILIDAD MATERNA**

Rótulos de fila	Cuenta de Causas
Parto unico espontaneo (O80.0)	54
Parto distocico (O66)	23
Cesarea por sufriente fetal agudo (O68)	7
Cesarea por desproporcioncefalopelvica (O33)	7
Amenaza de parto pretermino (O47)	7
Cesarea por cesarea anterior (O82.0)	7
Aborto Incompleto (O03)	6
Cesarea iterativa (O82.0)	6
Amenaza de aborto (O020)	5
Cesarea por pre eclampsia grave (O14.1)	5
Vulvovaginitis (O23.5)	4
Hiperemesisgravidica (O21)	3
Infeccion del tracto urinario (O23)	3
Pielonefritis aguda (O23.0)	3
Anemia (O99.0)	2
Embarazo anenbrionario (O02)	2
Abceso de Glandalus de Bartolino (N75.0)	2
Hernia inguinal derecha (K40)	2
Cesarea por preclampsia leve ((O14.0)	2
Cesarea por presentacionpodalica (O80.1)	2
Gastroenteritis (A09)	1
Cesarea por candilomatosis (A51.3)	1
Hemorroides (I84.8)	1
Abceso derecho mamario (O91.1)	1
Cesarea por miomatosis uterina (O34.1)	1
HipertensionCronica (O10)	1
Ruptura prematura de membranas (O42)	1
Aborto septico (O021)	1
Cesarea por displasia de cadera	1
Parto distocico por hipodinamia uterina (O62)	1
(en blanco)	
Total general	162

**ANEXO TABLA BASAL DE MORBILIDAD NEONATAL**

ANENCEFALIA + POLOMALFORMACION + RIESGO DE SEPSIS	1
ASFIXIA	2
BAJO PESO AL NACER	1
DIESTRES RESPIRATORIO	1
HEMORRAGIA LEVE+ ICTERICIA NEONATAL	1
HERNIA UMBILICAL	1
HIPERBILIRRUBINEMIA	18
ICTERICIA FISIOLÓGICA	8
ICTERICIA MULTIFACTORIAL	34
ICTERICIA POR INCOMPATIBILIDAD	3
ICTERICIA POR INCOMPATIBILIDAD ABO	28
INCOMPATIBILIDAD RH	1
LABIO LEPORINO + PALADAR ENDIDO	1
NEUMONIA	2
NEUMONIA MUY GRAVE	2
ONFALITIS DEL RECIEN NACIDO SIN HEMORRAGIA	1
PALADAR ENDIDO CON LABIO LEPORINO	1
PIE EQUINO VARO DERECHO	1
RESTRICCIÓN CRECIMIENTO INTRAUTERINO	4
HIPOGLICEMIA TRANSITORIA	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	1
TAQUIPNEA TRANSITORIA	1
TONSILITIS VIRAL	1



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

MATRIZ DE REPORTE DEL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN MATERNO PERI-NEONATAL

Área 6 - Paute, Jefatura de Área de Salud: Hospital Básico "Paute"

Proceso	Estándar	Indicador	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio		
			N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%
Estándar de entrada para la AM y RN	1	% Insumos esenciales atención Materna y RN.	207	207	100							205	207	99						
C. P.	2	% Control prenatal atendido según norma.	17	20	85	12	16	75	12	14	86	10	15	67	22	26	85	13	15	87
Atención del Parto	3A	% Partos con partograma graficado y con control.	18	18	100	23	23	100	28	28	100	16	16	100	21	26	81	19	21	90
	3B	% partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma.	4	4	100	5	5	100	0	0	###	2	2	100	9	9	100	1	1	100
	4	% Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).	18	18	100	23	23	100	28	28	100	16	16	100	26	26	100	26	26	100
P-P	5	% de post partos con control según la norma	18	18	100	23	23	100	26	28	93	14	16	88	24	26	92	24	26	92
R.N	6	% de RN en los que se realizó actividades de la norma.	18	18	100	23	23	100	28	28	100	16	16	100	26	26	100	26	26	100
Atención Profesional	7A	% partos atendidos por médico/a u obstetrices.	18	18	100	23	23	100	28	28	100	16	16	100	25	26	96	23	26	88
	7B	% de RN atendidos por médico/a u obstetrices.	18	18	100	23	23	100	28	28	100	16	16	100	25	26	96	26	26	100



Complicaciones Obstétricas	8A	% de ptes con preeclampsia, eclampsia manejada según la norma	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	1	0	0	0	###	0	1	0
	8B	% de Hemorragias Obstétricas manejadas según la norma	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	2	3	67	0	0	###
	8C	% de infecciones obstétricas manejadas según la norma	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###
	8D	% Partos Pretermino con Corticoides prenatales.	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###
	8E	% Partos Pretermino con Nifedipina como Uteroinhibidor.	0	0	###	0	0	###	1	1	100	0	0	###	0	0	###	0	0	###
	8F	% Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas , manejadas de acuerdo a norma.	1	1	100	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###
Complicaciones Neonatales	9A	% RN con infección, manejados de acuerdo a la norma.	1	1	100	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###
	9B	% RN con Trastornos Respiratorios, manejados de acuerdo a la norma.	0	0	###	1	1	100	0	0	###	0	0	###	0	0	###	1	1	100
	9C	% RN con Prematurez, manejados de acuerdo a la norma.	0	0	###	0	0	###	1	1	100	0	0	###	0	0	###	0	0	###
	10	Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas.																		###
Estándares e indicadores de Salida																				



	11	Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.	0	19	0	0	24	0	1	33	3	0	25	0	0	40	0	35	0	
	12	% de complicaciones obstétricas atendidas, de las esperadas	1	169	1	0	169	1	1	169	1	1	169	2	0	169	2	0	169	2
	13	% de muertes maternas investigadas	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###	0	0	###