

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN  
DE LA ATENCIÓN INTEGRAL MATERNA Y NEONATAL”**

Estudio descriptivo del modelo de monitoreo realizado  
en los hospitales nacionales de: Cobán, Santa Cruz del Quiché,  
Departamental de El Progreso y Regional de Zacapa

mayo-junio 2013

**TESIS**

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

**POR**

**Ana Isabel Muñoz Mazariegos  
Evelyn Marleny Véliz Gómez  
Laura Melita Ramírez Godoy  
Dayana Klancy Oddeth Tot Fajardo**

**Médico y Cirujano**

**Guatemala, agosto de 2013**

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Las estudiantes:

<b>Ana Isabel Muñoz Mazariegos</b>	<b>200311158</b>
<b>Evelyn Marleny Véliz Gómez</b>	<b>200318729</b>
<b>Laura Melita Ramírez Godoy</b>	<b>200515256</b>
<b>Dayana Klancy Oddeth Tot Fajardo</b>	<b>200518098</b>

ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura y, habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL MATERNA Y NEONATAL”**

**Estudio descriptivo del modelo de monitoreo realizado en los hospitales nacionales de: Cobán, Santa Cruz del Quiché, Departamental de El Progreso y Regional de Zacapa**

**mayo-junio 2013**

Trabajo asesorado por el Dr. Oliver Adrián Valiente Hernández y revisado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

**ORDEN DE IMPRESIÓN**

En la Ciudad de Guatemala, dos de agosto del dos mil trece

  
DR. JESÚS AMULFO OLIVA LEAL  
DECANO





El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que las estudiantes:

Ana Isabel Muñoz Mazariegos	200311158
Evelyn Marleny Véliz Gómez	200318729
Laura Melita Ramírez Godoy	200515256
Dayana Klancy Oddeth Tot Fajardo	200518098

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL MATERNA Y NEONATAL”**

Estudio descriptivo del modelo de monitoreo realizado en los hospitales nacionales de: Cobán, Santa Cruz del Quiché, Departamental de El Progreso y Regional de Zacapa

mayo-junio 2013

El cual ha sido revisado, corregido y aprobado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el dos de agosto del dos mil trece.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas  
Coordinador



**USAC**  
TRICENTENARIA  
Universidad de San Carlos de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas  
Unidad de Trabajos de Graduación  
COORDINADOR

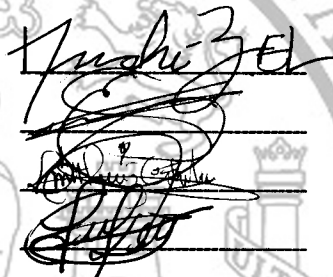
Guatemala, 2 de agosto del 2013

**Doctor**  
**Edgar Rodolfo de León Barillas**  
**Unidad de Trabajos de Graduación**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
**Presente**

**Dr. de León:**

**Le informo que las estudiantes abajo firmantes:**

**Ana Isabel Muñoz Mazariegos**  
**Evelyn Marleny Véliz Gómez**  
**Laura Melita Ramírez Godoy**  
**Dayana Klancy Oddeth Tot Fajardo**



**Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:**

**“CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN  
DE LA ATENCIÓN INTEGRAL MATERNA Y NEONATAL”**

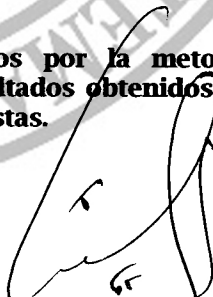
**Estudio descriptivo del modelo de monitoreo realizado  
en los hospitales nacionales de: Cobán, Santa Cruz del Quiché,  
Departamental de El Progreso y Regional de Zacapa**

**mayo-junio 2013**

**Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,  
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la  
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.**

  
**Dr. Oliver Adrián Valiente Hernández**  
**Asesor**  
**Firma y sello profesional**



  
**Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas**  
**Revisor**  
**Firma y sello profesional**

**Reg. de personal** 9,912

*Edgar Rodolfo de León Barillas*  
**Médico y Cirujano**  
**Colegiado 4,040**



## RESUMEN

**OBJETIVO:** Describir el cumplimiento de la Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal en hospitales nacionales de: Cobán, Santa Cruz del Quiché, departamental de El Progreso y regional de Zacapa. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, con muestreo no probabilístico por conveniencia, muestra de 20 pacientes femeninas en cada hospital, en áreas de: Atención prenatal, parto y postparto, emergencias del embarazo y atención del recién nacido. Utilizándose como instrumento la guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal, creada por el Ministerio de Salud de Guatemala, mediante observación directa. Evaluándose: estándares de atención materna ambulatoria y del parto, complicaciones obstétricas en el embarazo, parto, puerperio y neonatales. Cada estándar fue evaluado por medio de criterios, calificando como servicios de calidad a los que cumplieron 100% de éstos. Se determinaron las brechas, diferencia entre el porcentaje encontrado y deseado de cumplimiento en cada hospital. **RESULTADOS:** El cumplimiento de la guía de atención integral materna y neonatal en el hospital de Cobán es 56%, Quiché 59%, El Progreso 64% y Zacapa 92%; con una brecha de 44%, 41%, 36% y 8% respectivamente. **CONCLUSIONES:** Se identificó que el hospital de Zacapa cumple con 92% de los criterios evaluados. Las brechas determinadas en cada hospital son: Cobán 44%, Quiché 41%, El Progreso 36% y Zacapa 8%. El estándar con el mayor número de criterios cumplidos en los cuatro hospitales es "atención del puerperio inmediato".

**Palabras Claves:** Modelo del monitoreo, calidad de atención, atención materna y neonatal.

## ÍNDICE

RESUMEN	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo general	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 Contexto	7
3.1.1 Situación actual de la mortalidad materna	7
3.1.2 Acciones gubernamentales para la reducción de la mortalidad materna	9
3.2 Calidad de atención materno neonatal	11
3.2.1 Calidad de atención	11
3.2.1.1 Definiciones	11
3.2.2 Proveedor/a calificado	12
3.2.3 Proveedor/a comunitario y tradicional	12
3.2.4 Personal institucional calificado	12
3.2.5 Establecimientos de salud calificados	12
3.2.5.1 Requisitos estructurales para hospitales	12
3.3 Atributos de la calidad de la atención en salud	13
3.4 Estándares de calidad	14
3.5 Estándares de acreditación	15
3.6 Regulación, acreditación y control de establecimientos de salud en Guatemala	15
3.6.1 Departamento de regulación , acreditación y control de establecimientos de salud	15
3.6.2 Funciones del departamento de regulación, acreditación y control de establecimientos de salud	16
3.7 Estándares para la atención integral materna y neonatal	17
3.7.1 Atención prenatal y reenfocada	17
3.7.2 Atención calificada del parto	17
3.7.2.1 Definición	17
3.7.2.2 Premisas de interculturalidad para atención del parto	18
3.7.3 Uso correcto del partograma	18
3.7.4 Manejo activo del tercer periodo	19
3.7.5 Parto vertical /natural	19
3.7.6 Principales complicaciones obstétricas	19
3.7.7 Complicaciones del recién nacido	20
3.8 Determinación de brechas de desempeño	20
3.9 Características del sistema de salud en Guatemala	20
3.10 Red hospitalaria de Guatemala	21
3.10.1 Hospitales de distrito	21
3.10.2 Hospitales de área	21
3.10.3 Hospitales de región	21

3.10.4	Hospitales de referencia nacional	21
3.10.5	Hospitales especializados	22
4.	DISEÑO METODOLÓGICO	23
4.1	Tipo y diseño de la investigación	23
4.2	Unidad de análisis	23
4.3	Población y muestra	23
4.3.1	Población o universo	23
4.3.2	Marco muestral	23
4.3.3	Métodos y técnicas de muestreo	23
4.4	Selección de los sujetos a estudio	23
4.4.1	Criterios de inclusión	23
4.4.2	Criterios de exclusión	24
4.5	Definición de variables	25
4.6	Técnicas, procedimiento e instrumento utilizado en la recolección de datos	30
4.6.1	Técnicas de recolección de datos	30
4.6.2	Procedimiento	30
4.6.3	Instrumento de medición	30
4.7	Procesamiento y análisis de datos	40
4.8	Límites de la investigación	41
5.	RESULTADOS	43
6.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
7.	CONCLUSIONES	57
8.	RECOMENDACIONES	59
9.	APORTES	61
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
11.	ANEXOS	67

## 1. INTRODUCCIÓN

En países industrializados de Europa y Norteamérica a inicios del siglo XVIII, la razón de mortalidad materna pudo llegar hasta 1,000 por 100,000 nacidos vivos, a mediados del siglo XIX se redujo entre 400 a 500, debido a las mejoras en la calidad de atención de los servicios de salud, atención del parto, postparto, acceso a los servicios, transfusiones sanguíneas y avances educativos del personal de salud (1).

Las últimas estadísticas ubican a Guatemala, en el tercer lugar de mortalidad materna en América Latina, por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha implementado esfuerzos y estrategias, enfocadas al programa materno neonatal, sin embargo los resultados no son los deseados. Partiendo del año 2000 como base en el cual se registra una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 153 por 100,000 nacidos vivos, comparado con el año 2007 con una Razón Mortalidad Materna de 140 por 100,000 nacidos vivos, se evidencia una reducción anual de 1.2%, sin embargo estos datos no son confiables ya que existe un sub-registro de 44%. (1,2)

Las mujeres indígenas son el grupo más vulnerable, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) para este grupo, es más del doble de la que ocurre en las mujeres no indígenas (163 vs. 77), con un riesgo relativo de 2.1 y un porcentaje de muertes (71.2%) muy superior al porcentaje de nacidos vivos de ésta etnia en la población general (54%). El 47.3% de las defunciones ocurrieron en servicios públicos; 41.4% en hospitales públicos y 5.8% en el segundo nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como rector de la salud en Guatemala, reconoce que, para lograr los compromisos adquiridos en el Plan de Acción Mundial de Población y Desarrollo, y la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, que en su cuarto y quinto objetivo se refiere a reducir la Mortalidad Infantil y Mejorar la Salud Materna, es necesario el fortalecimiento del personal de salud, en la temática de urgencias obstétricas y neonatales, reconociendo que todo embarazo está en riesgo, permitiendo así la identificación oportuna de las complicaciones del embarazo y la aplicación de tratamientos eficaces para disminuir la mortalidad materna. (2)

A partir del año 2008 se elaboran acuerdos ministeriales para la atención calificada materna y neonatal en los servicios institucionales de atención del parto, con acciones integrales para

favorecer una maternidad segura, garantizando servicios de salud institucionales con los mejores estándares de calidad y basados en la mejor evidencia científica disponible. Esto implica fortalecer los sistemas de salud para prestar atención esencial de calidad, cuando y donde lo necesiten las mujeres y los recién nacidos, además es necesario vincular a la comunidad en dicha atención. (3) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), reafirma que para lograr los compromisos internacionales para la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil, es de carácter obligatorio el mejoramiento de los servicios de salud, haciendo énfasis en las necesidades de las usuarias, capacitando al personal de salud para la identificación oportuna de las complicaciones, proporcionando la aplicación de tratamiento eficaz, así como implementar acciones como el acceso oportuno a servicios con personal calificado para la atención del parto y postparto, disponibilidad oportuna de hemoderivados, provisión de antibióticos y la atención rápida y de calidad en los hospitales. (1, 4, 5)

El Estudio Nacional 2011 reporta en el año 2007 una Razón de Mortalidad Materna de 140 por 100,000 nacidos vivos, lo cual coloca a Guatemala en el tercer lugar de países de América Latina con mayor mortalidad materna. (1, 6)

El impacto que causa la mortalidad materna es grave para la familia y la sociedad se ve afectada por la pérdida de mujeres productivas, por tanto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el 2007 realiza la Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural en los Servicios Institucionales de Atención del Parto, la cual es revalidada en el año 2011, esta brinda el monitoreo y evaluación Nacional que permite garantizar la Atención Materna y Neonatal Calificada Institucional, basada en normas de atención prenatal, parto, postparto y el recién nacido. (7)

Las estadísticas del año 2012 proporcionadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) reportan que dentro de los diez Departamentos con mayor número de casos de mortalidad materna a nivel hospitalario se encuentran: Cobán (19 casos), Quiché (9 Casos) y los hospitales con menor número de casos de mortalidad materna se encuentran: El Progreso (1) y Zacapa (0), es de suma importancia iniciar la evaluación continua de los servicios de salud que brindan atención materno neonatal; considerándose prioridad de estudio la comparación de la calidad de atención en los hospitales antes citados ya que representan los extremos de los casos de mortalidad materna, con el fin de fortalecer las deficiencias en la atención materno neonatal,

proporcionando información que contribuya para el mejoramiento y reducción de la mortalidad materna.<sup>1</sup>

En esta investigación se plantearon las siguientes preguntas:

- 2.1.1 ¿Está calificada la calidad de Atención Materno y Neonatal Institucional de los Hospitales Nacionales de Cobán, Santa Cruz del Quiché, Zacapa y Hospital Departamental de El Progreso?
- 2.3.2 ¿Cuál es la brecha existente entre cada hospital con respecto al desempeño actual y el deseado?
- 2.3.3 ¿Cuáles de los estándares relacionados con atención materno neonatal a evaluar tiene mejor calidad de desempeño en cada uno de los hospitales a estudio?

Los resultados obtenidos demuestran que el Hospital Regional de Zacapa cumplió con el 92% de la guía de atención integral materna y neonatal, seguido por el Hospital Departamental de El Progreso con el 64%, Hospital Regional de Quiché 59% y por último el Hospital Regional de Cobán con el 56%. Se determinaron las brechas en cada hospital con respecto al desempeño alcanzado y el deseado, siendo el Hospital Regional de Zacapa con menor brecha (8%) y hospital regional de Cobán con mayor brecha (44%) y por último se identificaron los estándares con mejor calidad de desempeño en cada hospital, siendo el estándar de atención de puerperio inmediato el que mayor número de criterios cumplió en los cuatro hospitales.

---

1. Información verbal proporcionada por Dr Orlando Escobar del Programa de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Vigilancia Mortalidad Hospitalaria en Mujeres. Guatemala; MSPAS;





## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo general

- 2.1.1 Describir el cumplimiento de la guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal en los Hospitales Nacionales de Cobán, Santa Cruz del Quiché, Hospital Departamental de El Progreso y Hospital Regional de Zacapa.

### 2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1 Determinar las brechas existentes entre cada hospital con respecto al desempeño actual y el deseado.
- 2.2.2 Identificar los estándares de calidad de desempeño en cada Hospital.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Contexto

##### 3.1.1 Situación actual de la mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud reporta que cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que una mujer nacida en América Latina tiene el riesgo de morir por complicaciones del embarazo y del parto de 1 en 160 durante toda la vida, en comparación con otra de América del Norte cuyo riesgo es de 1 en 3,500. (8)

Guatemala ocupa el tercer lugar en mortalidad materna en América Latina, solamente superado por Haití (523) y Bolivia (180), y el quinto lugar en mayor mortalidad infantil, a pesar de logros importantes en las estadísticas de salud sexual y reproductiva, sin embargo en ambos países la tendencia hacia la reducción durante los últimos años es más rápida que la de Guatemala. (1)

Guatemala es un país localizado en la parte norte del istmo Centroamericano, cuenta con una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados, con una elevación de cero a cuatro mil metros sobre el nivel del mar y una población de 15,1073,397 habitantes (proyección 2012 del INE), 51% de la población es de sexo femenino y el 32% son mujeres en edad fértil con una tasa de natalidad 26.48 nacimientos/1.000 y una tasa de mortalidad infantil de 25.16 muertes/1.000 nacimientos. La división administrativa de Guatemala se encuentra organizada en 8 regiones, 22 departamentos, 333 municipios y aproximadamente 29,525 comunidades rurales, teniendo en total 22 comunidades lingüísticas, divididas en cuatro pueblos (Maya, Garífuna, Xinca y Ladino). (3, 6, 9)

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) nacional 2007 es de 140 x 100,000 nacidos vivos 47.3% de las defunciones ocurrieron en servicios públicos: 41.4% en hospitales públicos y 5.8% en el segundo nivel de atención en salud; mientras que en hospitales privados solo ocurrieron 5.5% de las muertes. (1)

En el año 2011 se reportaron 134 muertes maternas ocurridas en hospitales nacionales, cifras que han incrementado, ya que para el año 2012 ocurren 201 muertes en hospitales nacionales, de las cuales 28.8%(58 casos) corresponden a los Hospitales de Referencia Nacional, 9.4% (19 casos) Hospital Nacional de Cobán, 4.47% (9 casos) Hospital Nacional de Quiché, 0 % (0 casos) Hospital Regional de Zacapa, 0.49% (1 caso) Hospital Departamental de El Progreso.

El departamento de Alta Verapaz se sitúa en la región norte del país, con una población estimada para el año 2012 de 1, 147,593, en donde 232,703 habitantes corresponden al municipio de Cobán. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-2009, la tasa de fecundidad en el departamento es de 4.6 hijos por mujer, para el 2012 se reportaron 22,173 Nacidos Vivos, y se atendieron a nivel hospitalario 7,113 partos. (10, 11,12)

El estudio Nacional de Mortalidad Materna reporta una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 207 muertes por 100,000 nacidos vivos. Datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social indican que durante el año 2012 se registraron 19 muertes maternas en el Hospital Regional de Cobán. (1)

El departamento de Quiché se sitúa en la región noroccidente del país, con una población estimada para el año 2012 de 1:019,290, en donde 62,369 habitantes corresponden al municipio de Santa Cruz del Quiché. La tasa de fecundidad en el departamento es de 5.2 hijos por mujer, para el 2012 se reportaron 16,640 Nacidos Vivos, y se atendieron a nivel hospitalario 2,863 partos. El estudio Nacional de Mortalidad Materna reporta una Razón de Mortalidad Materna de 196 muertes por 100,000 nacidos vivos. Datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social indican que durante el año 2012 ocurrieron 9 muertes maternas en el Hospital Nacional de Quiché. (1, 9, 12, 13)

El departamento de Zacapa está situado en la región Nororiente del territorio de la nación, con una población estimada para el año 2011 de 221,646. La tasa de fecundidad es de 3.2 hijos por mujer.

Para el 2012 se reportaron 5,638 Nacidos Vivos, y a nivel hospitalario 2,045 partos atendidos. (9, 12, 13)

La Razón de Mortalidad Materna es de 34.3 muertes por 100,000 nacidos vivos. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reporta que en el Hospital Regional de Zacapa durante el año 2012, ocurrieron 0 casos de muerte materna. (1)

El departamento de El Progreso ubicado en la región nororiental de la nación, su cabecera departamental es Guastatoya, cuenta con una población estimada para el año 2012 de 163,535. La tasa de fecundidad es de 3.3 hijos por mujer. Para el año 2012 se reportaron 3,420 Nacidos Vivos y a nivel hospitalario 1,681 partos atendidos. La Razón de Mortalidad Materna es de 76 muertes por 100,000 nacidos vivos. Con datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se registran para el año 2012, 1 muerte en el Hospital Departamental de El Progreso. (1, 9, 13)

### **3.1.2 Acciones gubernamentales para la reducción de la mortalidad materna:**

Declaración del Milenio y sus Metas, 2000; Efectuada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la cual los Estados miembros se comprometen a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015. (14)

La reducción de la mortalidad materna y la mejora de la salud reproductiva en general, son metas claves del desarrollo, El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), el cual coloca la reducción de la mortalidad materna como la prioridad más esencial que se debe alcanzar en nuestro país. (14)

El Congreso de la República de Guatemala: Promulga la Ley de Desarrollo Social, que considera la vida y salud de la mujer y niños como parte del bienestar público, estableciendo como prioridad nacional la maternidad saludable, esta ley llama así mismo, a la creación de unidades de atención en salud capaces de atender emergencias obstétricas. (14)

La Constitución de la República, el Código de Salud, La ley de Desarrollo Social (decreto 42-2001), Ley para la Maternidad Saludable (decreto 32-2010), brindan un marco legal y de

derecho amplio por la Salud Sexual y Reproductiva, garantizando el derecho a una Maternidad Saludable.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala en noviembre de 2008 inicia la fase de expansión del colaborativo en 135 servicios de salud, incluyendo centros de salud, Centros de Atención Permanente (CAP), Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) y hospitales distritales. (15)

Diciembre del año 2008, el Viceministro de los Hospitales, con el apoyo de USAID/Calidad de Salud realiza la revisión de estándares e indicadores para las complicaciones Materno Neonatales, formando el Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) en todos los Hospitales. (5)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como rector de la salud en Guatemala, ha elaborado el Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015, que incluye dentro de sus estrategias:

- Fortalecer las competencias y actualizar el recurso humano en el cumplimiento de las prácticas de medicina basada en la evidencia en temas de atención materna y neonatal en los niveles de atención
- Garantizar y monitorizar el cumplimiento de las prácticas de medicina basada en la evidencia con enfoque de género e interculturalidad, aplicando la normativa nacional
- Fortalecer la logística de abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos para atención en los tres primeros niveles de atención, con enfoque de género e interculturalidad.
  - Promover el acceso a los métodos de planificación familiar
  - Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia

Con el fin de avanzar en la obtención de estos objetivos el MSPAS presenta la guía para la implementación de la atención Integrada materna y neonatal calificada la cual ha sido revisada y actualizada utilizando la evidencia científica actual y disponible, y que responde

a la necesidad de fortalecimiento de las competencias del recurso humano en los servicios institucionales de atención del parto. (5)

## **3.2 Calidad de atención materna neonatal**

### **3.2.1 Calidad de atención:**

#### **3.2.1.1 Definiciones:**

- La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad como un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos y un alto grado de satisfacción para el paciente y un impacto final en la salud. (16)
- El Dr. Avedis Donabedian, 1982 define que: “La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”.
- Kerguelén describe que la calidad de atención en salud no es algo que puede o no darse a lo largo de un proceso de atención, sino que por el contrario, representa un conjunto de atributos moralmente obligatorios en todos los procesos o actividades directas e indirectas, y que no pueden ser negociables ni opcionales. (17)
- En 1990 el Instituto de Medicina de Estados Unidos, define “Calidad de atención como el grado en el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean conscientes con el conocimiento profesional médico” (18)
- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala define a la calidad de atención, como “el conjunto de características técnicas-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtengan el mayor número de años de vidas saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados.”(19)



### **3.2.2 Proveedor/a calificado:**

Profesional de salud con destrezas y habilidades, médico/médica, partera/partero, enfermera/enfermero, comadrona técnica que ha recibido capacitación certificada y es competente para la atención del embarazo, parto y posparto, así como sus complicaciones. (20)

### **3.2.3 Proveedor/a comunitario y tradicional:**

Personas reconocidas por la comunidad, que en el primer nivel de atención realizan acciones como: control prenatal e identificación y referencia de complicaciones obstétricas, consejería en planificación familiar y acompañamiento de la mujer embarazada a los servicios de salud, entre otros. (20)

### **3.2.4 Personal institucional calificado:**

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es todo proveedor o proveedora institucional (comadrona técnica, enfermera profesional, enfermero/a, médico/a general, médico/a ginecoobstetra), que cuenta con las habilidades y destrezas para la utilización adecuada del partograma, atención del parto normal, manejo activo del tercer período del parto, atención normal del recién nacido/a, reconocer la aparición de complicaciones maternas y neonatales y realizar las intervenciones esenciales oportunas y/o referir a otro centro de mayor complejidad y resolución. (2)

### **3.2.5 Establecimientos de salud calificados: (21)**

Según el Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud en Guatemala, son todos los establecimientos que cumplan con los requisitos de habilitación y estándares de acreditación para brindar la máxima calidad de atención al público usuario de los mismos, respaldados por profesionales y personal técnico de salud capaz, con experiencia y estudios comprobados, así como el equipo e instalaciones necesarias para su funcionamiento.

#### **3.2.5.1 Requisitos estructurales para hospitales:**

- Poseer un mínimo de 20 camas.

- Construcción sólida, no prefabricada.
- Prestar los servicios de medicina, cirugía general, pediatría y ginecología y obstetricia como mínimo.
- Tener debidamente separadas sala de operaciones, sala de recuperación, sala de partos, área de emergencia y unidad de cuidados intensivos (debidamente equipadas).
- Contar con el servicio de radiología y laboratorio clínico (requisitos específicos).
- Servicio de cocina, lavandería y mantenimiento.

### 3.3 Atributos de la calidad de la atención en salud (19)

Para evaluar la calidad de la atención es importante tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Distintos autores y trabajadores del tema han identificado las cualidades que se definen a continuación.

- Oportunidad: Corresponde a la utilización de los recursos apropiados, de acuerdo con las características y severidad de las necesidades de salud en el momento requerido.
- Continuidad: Debe aplicarse en secuencia lógica las acciones que correspondan a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.
- Suficiencia e integridad: Es necesaria una provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral.
- Racionalidad lógico-científica: Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud.
- Satisfacción del usuario y del proveedor: Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.
- Efectividad: Grado máximo de mejoramiento de la salud, posible de alcanzar con la mejor atención disponible.
- Eficiencia: Capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.
- Optimización: Balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

- Aceptabilidad: Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluyen aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico-paciente, amenidades y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.
- Legitimidad: Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.
- Equidad: Principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

### 3.4 Estándares de calidad

El criterio utilizado para medir la calidad en redes de instalaciones (entre las que figuran puestos de salud, centros de salud, y hospitales de distrito) es la base del proceso de acreditación. Entre las dimensiones de calidad, definidas en torno a la comunidad, se encuentran las siguientes:

- Acceso a una instalación materna dentro de la comunidad.
- Tratamiento ofrecido a tiempo y de manera respetuosa.
- Respeto por las prácticas tradicionales y el uso de lenguas indígenas.
- Instalaciones limpias y bien equipadas, transporte y servicios gratuitos. (5)

Estos criterios son utilizados para obtener mediciones basales de calidad de las instalaciones, para luego establecer en la medida que sea necesario intervenciones con el fin de asegurar mejoras en las instalaciones para lograr la acreditación. Las mediciones se repiten en cada instalación cada seis a nueve meses. Cuando un número suficiente de instalaciones dentro de un distrito determinado han alcanzado los estándares de calidad fijados, se otorga la acreditación a la red completa de servicios de salud de ese distrito. (16)

Para diciembre de 2002, Guatemala realiza el proceso de acreditación, implementado en 153 instalaciones de salud, 12 hospitales, 41 centros de salud, y 125 puestos de salud. En 143 instalaciones de salud, se introdujo el uso de nuevas prácticas clínicas en las áreas de parto, postparto y atención neonatal, las escuelas de enfermería reciben apoyo para la enseñanza con un nuevo énfasis en habilidades básicas. Así mismo, las distintas comunidades son apoyadas por las municipalidades para mejorar los servicios obstétricos y neonatales de emergencia. (21)

El plan de atención nacional postaborto, puesto en práctica hace dos años por el Centro de Investigación en Salud Reproductiva (CIESAR), constituye un canal adicional para reducir la mortalidad materna. CIESAR ha realizado así mismo un estudio diagnóstico, con un enfoque estratégico desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para mejorar tanto el acceso a los servicios básicos de salud sexual y reproductiva, como la calidad de estos servicios. (5)

### **3.5 Estándares de acreditación**

Para Rooney y Ostenberg un estándar se define como un conjunto de expectativas explícitas, predeterminadas por una autoridad competente que describe el nivel aceptable de rendimiento de una organización, o también como un modelo ideal o regla de medida que expresa la situación óptima esperable de un aspecto de la organización o gestión, de acuerdo al nivel de desarrollo del país; a su vez se clasifican de acuerdo con los insumos o las estructuras, los procesos y los resultados del ciclo de la atención en salud (Malagón-Londoño, et al., 2006:62).

### **3.6 Regulación, acreditación y control de establecimientos de salud en Guatemala**

#### **3.6.1 Departamento de regulación, acreditación y control de establecimientos de salud**

El departamento de regulación, acreditación y control de establecimientos de salud es uno de los seis departamentos que integran la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DGRVCS) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Es el encargado de lograr que a través de la regulación, acreditación y control de establecimientos de salud se cumplan requisitos de habilitación y estándares de acreditación para brindar la máxima calidad de atención al público usuario de los mismos, respaldados por profesionales y personal técnico de salud capaz, con experiencia y estudios comprobados, así como el equipo e instalaciones necesarias para su funcionamiento.

El departamento de regulación, acreditación y control de establecimientos de salud debe lograr el registro del 100% de establecimientos de salud, conformar la red de establecimientos de salud y ser fuente de información a los usuarios, mejorar la cobertura a nivel nacional, iniciar con procesos de acreditación los laboratorios clínicos, capacitar a los supervisores de establecimientos de salud, de acuerdo a su actividad, legalizar y respaldar el funcionamiento de los establecimientos de salud, mejorar la salud integral de los habitantes de Guatemala, promover mejoras de servicios, promover alternativas de

capacitación, informar a los usuarios, detectar usurpación de calidad, combatir charlatanería y engaño, establecer criterios de calidad para mejora de servicios y cumplir con lo establecido en el Código de Salud, Decreto 90-97.

### **3.6.2 Funciones del departamento de regulación, acreditación y control de establecimientos de salud (21)**

El acuerdo gubernativo 115-99, reglamento orgánico interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en su artículo 33 establece para el Departamento de regulación, acreditación y control de establecimientos de salud, las siguientes funciones:

- Diseñar, emitir, actualizar y reajustar periódicamente las normas técnicas de los sistemas de apoyo relacionadas con insumos básicos requeridos para la atención médico quirúrgica, desarrollo de unidades médico-hospitalarias, equipos y otras tecnologías médicas y no médicas; laboratorios de salud, servicios de medicina transfusional y bancos de sangre, públicos y privados.
- Participar en el diseño, emisión, actualización y reajuste periódico de las normas técnicas para la vigilancia, control y supervisión de hospitales, laboratorios de salud y bancos de sangre públicos y privados.
- Participar en la difusión y comunicación social de las normas de carácter técnico que se establezcan para los servicios de apoyo técnico.
- Aplicar el régimen de sanciones por infracciones sanitarias contenidas en leyes específicas, en las áreas de hospitales, laboratorios y bancos de sangre, así como vigilar el cumplimiento de los procesos sanitarios cuando sean aplicados por las dependencias del nivel ejecutor del Ministerio de Salud.
- Definir, revisar y actualizar periódicamente las normas técnicas de calidad requeridas para el buen funcionamiento de hospitales, laboratorios de salud y bancos de sangre públicos y privados.
- Establecer las normas de acreditación y registro y autorizar el funcionamiento de hospitales, laboratorios clínicos, laboratorios de anatomía patológica, bancos de sangre; centros de rehabilitación y otros establecimientos públicos y privados en el ámbito nacional.
- Otras funciones que le sean asignadas por el despacho ministerial.

### 3.7 Estándares para la atención materna y neonatal (2)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social elabora los estándares que todo servicio de salud que preste atención materna y neonatal debe cumplir a cabalidad con el fin de brindar una atención de salud de calidad. Para definir el nivel de desempeño y de calidad que se consideran aceptables o deseados fueron desarrollados estándares de calidad en salud materna y neonatal para los hospitales departamentales, los cuales están incluidos en el instrumento que identifica el nivel de desempeño de cada uno de los niveles de servicios institucionales de del parto. Estos estándares contienen los conocimientos y prácticas técnicas actualizadas y basadas en evidencia, están en concordancia con las políticas, prioridades y protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), e incluyen los puntos de vista de los proveedores directos y de las preferencias de los usuarios de los servicios de salud.

#### 3.7.1 Atención prenatal y reenforcada

- Brindar trato amable y respetuoso.
- Evaluar rápidamente señales de peligro y actuar rápidamente.
- Llenar la ficha de vigilancia y entregar el carné perinatal.
- Realizar examen físico obstétrico.
- Analizar información obtenida para definir las acciones.
- Informar sobre las señales de peligro.
- Ayudar a preparar plan de emergencia familiar y comunitaria. (2)

#### 3.7.2 Atención calificada del parto

**3.7.2.1 Definición:** Es el proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo/a, reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, atención del parto, atención del recién nacido y en el período del post parto satisfaciendo las necesidades físicas, emocionales y culturales de la mujer.

La atención calificada del parto incluye según el MSPAS:

- Estimular la presencia de un acompañante que brinde apoyo emocional.
- Uso obligatorio del partograma en forma adecuada durante el trabajo del parto.

- Garantizar prácticas beneficiosas para un parto higiénico y normal en la posición que la mujer elija.
- Solicitar tamizaje para VIH y sífilis, dar tratamiento acorde a la normativa pertinente.
- Manejo activo del tercer periodo del parto (alumbramiento).
- Pinzar el cordón umbilical, cuando el mismo deje de latir, de 2 a 3 minutos después del nacimiento (excepto en madres con VIH).
- Identificación de la complicación, estabilización y referencia inmediata en caso de complicaciones maternas y recién nacido.
- Tener destrezas, habilidades y entorno habilitante para el tratamiento de las emergencias obstétricas y del recién nacido.

### **3.7.2.2 Premisas de interculturalidad para atención del parto**

- Paciente debe de ser atendida en su idioma materno.
- De preferencia que sea atendida por una persona de su mismo sexo.
- El control del trabajo de parto debe ser llevado por personal institucional en acompañamiento de la comadrona o la persona que la paciente indique.
- Si el trabajo del parto no es complicado, la paciente puede decidir quien la atiende (comadrona o personal institucional).
- Ante cualquier complicación durante el parto, será el personal institucional el responsable del manejo siguiendo los lineamientos de la guía.
- Brindar soporte emocional.
- Brindar libertad de expresión y acción de acuerdo a su cosmo-percepción.
- La paciente puede elegir en qué posición desea que se le atienda el parto.
- El personal debe de informar a la paciente y familia que es posible entregar la placenta para darle el destino final según la cosmo-percepción de cada región.
- Si la paciente rehúsa el tratamiento que necesitan deberá firmar la hoja de liberación de responsabilidades.

### **3.7.3 Uso correcto del partograma**

- Llenar completamente la información de la paciente.
- Toma de la frecuencia cardíaca fetal cada media hora.
- Observación de líquido amniótico en cada examen vaginal.



- Evaluación del moldeamiento.
- Evaluación de la dilatación del cuello uterino cada hora.
- Evaluación de la línea de alerta.
- Evaluación de la línea de acción.
- Evaluación de las contracciones cada media hora durante 10 minutos.
- Registró la cantidad de oxitocina por volumen de líquido intravenoso en gotas minuto, cada 30 minutos, cuando se utiliza.
- Registró de cualquier medicamento adicional administrado.
- Registró cada 30 minutos de pulso materno.
- Registró cada 4 horas de la presión arterial.
- Registró cada 2 horas de la temperatura materna.
- Registró y cuantificación de orina, incluye una muestra al inicio.
- Identificar signos de alarma: Pulso acelerado de la paciente, cambios en la presión arterial, cetonas en orina, variaciones de frecuencia cardiaca fetal.

#### **3.7.4 Manejo activo del tercer período del parto**

- Administración de oxitocina.
- Ejecución de la tracción y contratación.
- Realización de masaje uterino.
- Realización del examen y reparación en casos de desgarros.

#### **3.7.5 Parto vertical/natural**

- Evaluación de las variedades de posición.
- Atención puerperal y postnatal.
- Realización de los cuidados rutinarios del recién nacido.
- Evaluación del recién nacidos con problemas y traslado de recién nacidos.

#### **3.7.6 Evaluación y manejo de las principales complicaciones obstétricas en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido:**

- Hemorragia postparto.
- Infección puerperal.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Aborto.
- Hemorragia anteparto.
- Ruptura prematura de membranas ovulares.

- Trabajo de parto pretérmino.

### **3.7.7 Evaluación y manejo de las complicaciones del recién nacido**

- Recién nacido que requiera reanimación inmediata.
- Recién nacido con otros problemas.
- Normas de estabilización neonatal antes y durante el transporte.
- Encefalopatía hipóxica, isquémica y asfixia perinatal.
- Factores de riesgo.
- Tratamiento o conducta.
- Sepsis neonatal.
- Riesgo obstétrico de infección en el recién nacido.
- Recién nacido con riesgo de infección.
- Recién nacido con sintomatología.
- Meningitis.
- Prematurez y bajo peso al nacer.

### **3.8 Brecha de desempeño**

Es la diferencia entre lo que desea hacer la organización y lo que hace en realidad. Al determinar la brecha de desempeño, proporciona respuestas claras a la pregunta ¿Qué está mal?. Es la diferencia entre el desempeño actual y el deseado. (22)

### **3.9 Características del sistema de salud en Guatemala: (23)**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por ley es la autoridad rectora de la prestación de servicios de salud en el país. Tiene dentro de su red en el primero, segundo y tercer nivel 1,492 servicios. Al primer nivel corresponden el 74% de los servicios, divididos en: puestos de salud, puestos de salud fortalecidos con fin de semana, puestos de salud fortalecidos y unidades mínimas. Al segundo nivel corresponde el 23% de los servicios, divididos en: centros de atención permanente, centros de salud, centros de atención al paciente ambulatorio, centros de atención integral materno-infantil, centros de urgencias médicas, maternidades cantonales, clínicas periféricas y servicios especializados. El tercer nivel representa el 3% de los servicios.

Dentro de la normativa de salud, se cuentan 21 programas de salud, cada uno de ellos con lineamientos de ejecución específicos para cada ciclo de vida. La red de servicios de salud se

encuentran distribuidos en niveles de atención, el primer nivel de atención realiza una acción curativa, sin embargo su actividad principal debiera ser de prevención de enfermedades y promoción de la salud. El segundo nivel cuenta con servicios de encamamiento, actualmente únicamente se cuenta con 1,200 camas, principalmente para la atención del parto. El tercer nivel de atención lo conforman 45 hospitales, distribuidos de la siguiente manera: 13 hospitales distritales, 10 hospitales departamentales, 13 hospitales regionales y 9 hospitales de referencia nacional o de especialidades; en hospitales suman 7,718 camas.

### **3.10 Red hospitalaria de Guatemala (23)**

- 3.10.1 Hospitales de distrito:** Establecimientos ubicados a nivel de un distrito de salud y cuentan con un equipo multidisciplinario, para desarrollar programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 3.10.2 Hospitales de área:** Establecimientos ubicados en la cabecera departamental de un área de salud, y cuentan con un equipo multidisciplinario para desarrollar programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Prestan los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización.
- 3.10.3 Hospitales de región:** Establecimientos ubicados en la cabecera departamental de un área de salud, para la atención médica especializada y subespecialidad en su área de influencia, los cuales tienen bajo su responsabilidad la atención de la referencia que procede de Puestos de Salud, Centros de salud tipo A y B y hospitales de distrito y área de una región de salud definida. Presta los servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y cuidados intensivos.
- 3.10.4 Hospitales de referencia nacional:** Establecimientos ubicados en la ciudad capital, de referencia nacional por su capacidad tecnológica y resolutive. Por su alto nivel de complejidad atiende en todo tipo de patología, referida tanto del interior del país, como de la región metropolitana. Desarrollan programas integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Brindan atención médica especializada que requiere tecnología de punta; recursos humanos especializados, materiales y equipos.

**3.10.5 Hospitales especializados:** Son establecimientos que, por su especialización en la atención que prestan a la población, se transforman en hospitales de referencia nacional en áreas específicas de la medicina, tal es el caso de: salud mental, ortopedia y rehabilitación, tuberculosis e infectología. Existen siete en toda la República cuatro de estos en la capital y los restantes en las cabeceras de Quetzaltenango, Izabal y Sacatepéquez. Ofrecen servicios de alta complejidad y manejo, son de referencia nacional en casos de diagnósticos difíciles que no han sido resueltos en los otros niveles de atención tienen una dotación de 100 a 200 camas, atendiendo en horas hábiles los servicios de consulta externa y las urgencias las 24 horas los 365 días del año.

El hospital de tercer nivel de atención en la red de salud, debe tener el personal y equipo necesario para brindar atención obstétrica y neonatal esencial integral, así como para el manejo de los recién nacidos enfermos las 24 horas al día. Los establecimientos de salud, ya sean periféricos o distritales, deben mantener los servicios de salud clave, 24 horas al día y siete días a la semana incluidos supervisión, mantenimiento de registros, actividades de mejoramiento de calidad, mecanismo para obtener retroalimentación de los clientes, educación continua y programas de capacitación. (20)

## 4. DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo y diseño de la investigación:

4.1.1 Estudio descriptivo, cuantitativo.

### 4.2 Unidad de análisis:

4.2.1 Unidad primaria de muestreo: hospitales regionales ubicados en los departamentos de Cobán “Hellen Lossi de Laugerud”, Quiché, Zacapa y El Progreso.

4.2.2 Unidad de análisis: Resultados obtenidos de la guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal por medio de observación directa.

4.2.3 Unidad de información: Personal de salud que brindó atención materna y neonatal.

### 4.3 Población y muestra

4.3.1 **Población o universo:** Mujeres embarazadas que acudieron a las áreas de atención materna ambulatoria y/o atención del parto. Mujeres que presentaron las principales complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio (hemorragia, preeclampsia-eclampsia e infección materna). Recién nacidos y neonatos a quien se les brindo atención rutinaria y/o presentaron complicaciones (depresión respiratoria al nacer/ asfixia neonatal, sepsis neonatal, prematuridad/ bajo peso) en los hospitales regionales de Cobán, Quiché, Zacapa y El Progreso.

4.3.2 **Marco muestral:** Pacientes obstétricas que se atendieron en consulta externa y labor y partos. Recién nacidos que fueron atendidos en labor y partos.

4.3.3 **Muestra:** Se evaluó todos los estándares en 20 pacientes obstétricas en cada uno de los hospitales, obteniendo una muestra total de 80 casos.

4.3.4 **Métodos y técnicas de muestreo:** Muestra no probabilístico, por conveniencia.

### 4.4 Selección de los sujetos a estudio

#### 4.4.1 Criterio de inclusión:

4.4.1.1 Hospitales nacionales avalados por el Ministerio de Salud Pública.

4.4.1.2 Hospitales regionales que brinden atención materna neonatal.

4.4.1.3 Hospitales regionales con alta y baja mortalidad materna hospitalaria.

#### **4.4.2 Criterio de exclusión:**

- 4.4.2.1 Hospitales de especialidades, privados.
- 4.4.2.2 Servicios de salud del seguro social.
- 4.4.2.3 Servicios de salud a nivel ONG.
- 4.4.2.4 Servicios de salud de primero y segundo nivel.
- 4.4.2.5 Maternidades cantonales.

#### 4.5 Definición de variables

Estándares maternos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
	<p><b>a) Atención materna ambulatoria</b></p> <p>a.1) Atención prenatal</p> <p>a.2) Atención puerperal ambulatoria</p>	<p>a.1) Cuidados y acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando tempranamente las complicaciones y signos de peligro con énfasis en criterio seleccionados de la norma.</p> <p>a.2) Atención brindada en el periodo transcurrido durante el parto e inmediatamente después del parto, referente a las siguientes seis semanas después del parto con énfasis en criterios seleccionados de la norma.</p>	<p>a.1) Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal con énfasis en criterios seleccionados de la norma mediante observación directa utilizando la siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de casos clínicos de Atención Prenatal en que se cumplen todos los criterios seleccionados de la norma/total de casos de Atención Prenatal en la muestra x 100</li> </ul> <p>a.2) Porcentaje de mujeres puérperas que recibieron la atención según criterios de las normas mediante observación directa utilizando la siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de casos clínicos de atención Puerperal que cumplen todos los criterios seleccionados de la norma/total de casos de puerperio en la muestra x 100</li> </ul>	Cuantitativa	Continua	Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal.
	<p><b>b) Atención del parto</b></p> <p>b.1) Llenado correcto del partograma</p>	<p>b.1) Cumplimiento de la información requerida en el partograma según el Ministerio de Salud.</p>	<p>b.1) Porcentaje de partogramas correctamente llenados en el servicios mediante revisión directa utilizando la siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de partogramas correctamente llenados según los criterios seleccionados de la norma/total de partogramas seleccionados en la muestra x 100</li> </ul>	Cuantitativa	Continua	Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal.



	<p>b.2) Toma de decisiones frente a la desviación en el partograma</p> <p>b.3) Manejo activo del tercer estadio del parto</p> <p>b.4) Atención del puerperio inmediato</p>	<p>b.2) Decisiones frente a desviaciones en la curva de dilatación cervical del partograma</p> <p>b.3) Intervenciones que se realizan dentro del primer minuto posterior al nacimiento para prevenir la hemorragia postparto con énfasis en criterios seleccionados de la norma.</p> <p>b.4) Toda mujer en post parto inmediato (primeras 48 horas) que recibieron atención según como lo estipula la norma.</p>	<p>b.2) Porcentaje de partogramas con desviaciones en la curva de dilatación cervical que tuvieron manejo adecuado (estabilización y referencia) mediante observación directa utilizando la siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de partogramas con desviaciones en la curva de dilatación cervical en la que hubo manejo adecuado /total de partogramas con desviaciones de dilatación cervical en la muestra x 100</li> </ul> <p>b.3) Porcentaje de partos vaginales en los que se llevó a cabo el manejo activo de la tercera etapa del parto mediante observación directa utilizando la siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de partos en los que se lleva a cabo el manejo activo de la tercera etapa del parto/total de partos atendidos, seleccionados en la muestra x 100</li> </ul> <p>b.4) Porcentaje de mujeres en post parto inmediato, en las que se cumplieron los criterios seleccionados según la norma mediante observación directa utilizando la siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de mujeres en post parto inmediato, en las que se cumplieron los criterios seleccionados según la norma/ total de mujeres seleccionadas según muestra x 100</li> </ul>		
--	--	--	--	--	--

			Cuantitativa	Continua	Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal.
<p><b>c)</b> <b>Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio</b></p>	<p>c.1) Toda mujer con pérdida de sangre que tenga el potencial de producir o que produzca inestabilidad hemodinámica que reciba manejo con énfasis en criterios seleccionados de la norma.</p>	<p>c.1) Porcentaje de mujeres con hemorragia obstétrica que se manejan de acuerdo a criterios seleccionados de la norma mediante observación directa utilizando la siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de casos de mujeres que se manejan por hemorragia obstétrica que cumplen con los criterios seleccionados /total de casos seleccionados de mujeres con hemorragia obstétrica x 100</li> </ul>			
<p>c.2) Preeclampsia-eclampsia</p>	<p>c.2) Toda embarazada sin antecedente que desarrolle hipertensión arterial después de las 20 semanas de gestación.</p>	<p>c.2) Porcentaje de embarazadas con preeclampsia o eclampsia en los criterios seleccionados de la norma mediante observación directa utilizando las siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de casos de embarazadas con preeclampsia o eclampsia en quienes se cumplieron los criterios seleccionados según la norma/total de casos seleccionados de mujeres con preeclampsia/eclampsia x 100</li> </ul>			
<p>c.3) Infección materna</p>	<p>c.3) Toda mujer con infección (fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis) que reciba manejo con énfasis en criterios seleccionados según la norma.</p>	<p>c.3) Porcentaje de mujeres con infección (fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis) que reciban manejo con énfasis en criterios seleccionados de la norma mediante observación directa utilizando la siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de casos de mujeres con infección (fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis) que reciben manejo con énfasis en criterios seleccionados de la norma/total de casos seleccionados</li> </ul>			

Estándares neonatales	<p><b>d.) Complicaciones neonatales</b></p> <p>d.1) Depresión respiratoria al nacer/asfisia neonatal</p> <p>d.2) Sepsis neonatal</p> <p>d.3) Prematurez / bajo peso</p>	<p>d.1) Todos los neonatos que presenten anomalía en el intercambio gaseoso fetal, que se presenta con hipoxia, acidosis metabólica, hipercapnia que reciben atención según la guía para el tratamiento en hospitales, de la niña o niño con enfermedades prevalentes.</p> <p>d.2) Todo neonato que presente síndrome de respuesta inflamatoria sistémica que se atiende de acuerdo a la guía para el tratamiento en hospitales, de la niña o niño con enfermedades prevalentes.</p> <p>d.3) Todos los neonatos con edad gestacional menor de 37 semanas/Recién nacido con peso menor de 2,500 gramos que se atienden de acuerdo a</p>	<p>de mujeres con infección (fiebre de causa obstétrica) x 100</p> <p>d.1) Porcentaje de neonatos con depresión respiratoria/asfisia neonatal atendidos de acuerdo a la guía para el tratamiento en hospitales, de la niña o niño con enfermedades prevalente mediante observación directa utilizando la siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de neonatos con depresión respiratoria/ asfisia neonatal atendidos de acuerdo a la "guía para el tratamiento en hospitales, de la niña y niño con enfermedades prevalentes" / total de neonatos con depresión respiratoria/asfisia neonatal revisados x 100</li> </ul> <p>d.2) Porcentaje de neonatos con sepsis, atendidos de acuerdo a la guía para el tratamiento en hospitales, de la niña o niño con enfermedades prevalente mediante observación directa utilizando la siguiente fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de neonatos con sepsis, atendidos de acuerdo a la "guía para el tratamiento en hospitales, de la niña y niño con enfermedades prevalentes" / total de neonatos con sepsis neonatal revisados x 100</li> </ul> <p>d.3) Porcentaje de neonatos con prematurez/ bajo peso, atendidos de acuerdo a la guía para el tratamiento en hospitales, de la niña o niño con enfermedades prevalente mediante observación directa utilizando la siguiente fórmula:</p>	Cuantitativa	Continua	Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal. (9)
-----------------------	---	--	---	--------------	----------	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de neonatos con prematuridad/bajo peso de acuerdo a la "guía para el tratamiento en hospitales, de la niña y niño con enfermedades prevalentes" / total de neonatos con prematuridad/bajo peso revisados x 100</li> </ul>	<p>la guía para el tratamiento en hospitales de la niña o niño con enfermedades prevalentes.</p>	
--	--	--	---	--	--

#### **4.6 Técnicas, procedimiento e instrumentos utilizados en la recolección de datos:**

##### **4.6.1 Técnicas de recolección de datos:**

Los datos fueron recolectados realizando un estudio descriptivo observacional, utilizando la guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal segunda edición.

##### **4.6.2 Procedimiento**

1. El coordinador interinstitucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social proporcionó la carta de autorización para la realización del trabajo de campo de la investigación.
2. Se entregó la carta de autorización en persona, a los directores de hospitales a estudio, quienes proporcionaron consentimiento para continuar con la realización de la investigación.
3. Con el fin de describir la calidad de atención materna y neonatal institucional, se asiste durante una semana a cada uno de los hospitales regionales, en los cuales se evaluaron a veinte pacientes obstétricas que asistieron a los hospitales en cualquier área de atención materna neonatal.
4. Se realizó la guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal, cada criterio de calidad fue evaluado marcando como respuestas: SI o NO, y si lo observado no correspondió con alguna de las opciones anteriores y/o no se realizó en el establecimiento, se marcó la opción NA (no aplica).
5. Las áreas de atención materna ambulatoria, atención del parto, complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio y complicaciones neonatales fueron evaluados por medio de observación directa.

##### **4.6.3 Instrumento de medición**

Se utilizó la guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal segunda edición, creada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el apoyo técnico de: Organización Panamericana de la Salud, Asociación de Ginecología y Obstétrica de Guatemala, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), United States Agency for International Development -USAID, United Nations International Children's Emergency Fund-UNICEF, este instrumento evalúa los estándares mínimos de calidad de

desempeño de atención que deberán cumplir el personal de salud para la atención materna y neonatal.

El instrumento contiene 13 estándares, los cuales evalúan los siguientes criterios de calidad:

**1. Atención prenatal (12 criterios)**

- Evaluación/ detección de signos y síntomas de peligro.
- Determinación de la edad gestacional.
- Registro de signos vitales.
- Evaluación de la frecuencia cardiaca fetal, luego de las 20 semanas de gestación.
- Identificación de la presentación fetal entre la 30 y 36 semanas.
- Detección de anemia, bacteriuria A.
- Realización y registro de tamizaje para sífilis materna.
- Realización y registro de tamizaje para VIH materna.
- Entrega de micronutrientes (sulfato ferroso y ácido fólico), según norma.
- Administración de la vacuna Tda si procede.
- Elaboración del plan de emergencia.
- Llenado de ficha de vigilancia de la embarazada según CNE.

**2. Atención postnatal (8 criterios)**

- Evaluación/ detección de signos y síntomas de peligro.
- Toma de signos vitales.
- Evaluación de involución uterina y hemorragia vaginal.
- Consejería para lactancia materna temprana y exclusiva.
- Consejería sobre planificación familiar postparto.
- Consejería acerca de signos o señales de peligro de la madre y recién nacido (a).
- Consejería sobre la prueba de VIH.
- Entrega de micronutrientes (sulfato ferroso y ácido fólico), según norma.

**3. Llenado del partograma (6 criterios)**

- Registro de frecuencia cardiaca fetal cada media hora.
- Registro de características de líquido amniótico.
- Inicio de partograma sobre la línea de alerta y registro de dilatación.
- Registro de descenso según técnica de los "quintos".
- Registro de contracciones cada media hora.
- Registro de signos vitales como indica la norma: Cada 2 horas.

#### **4. Decisiones frente desviaciones del partograma (3 criterios)**

- Evaluación de la embarazada al inicio del cambio de curva y/o signos de sufrimiento fetal.
- Manejo terapéutico de la desviación según diagnóstico.
- Realización de referencia (si procede).

#### **5. Manejo activo de la tercera etapa de parto/MATEP (5 criterios)**

- Administración de 10 unidades de oxitocina vía intramuscular dentro del primer minuto del nacimiento.
- Pinzamiento y corte del cordón umbilical de 2 a 3 minutos o cuando dejo de pulsar.
- Realización de tracción controlada del cordón umbilical y contra tracción del útero.
- Realización de masaje uterino a la salida de la placenta y cada 15 minutos durante las 2 horas siguientes.
- Revisión y reparación y desgarros genitales y para genitales.

#### **Atención en el puerperio inmediato (4 criterios)**

- Registro de signos vitales cada 15 minutos durante las primeras 2 horas y cada 30 minutos por 2 horas más.
- Registro del estado de conciencia.
- Evaluación del globo uterino.
- Evaluación de la hemorragia vaginal.

#### **6. Hemorragia obstétrica (35 criterios)**

- Manejo clínico inicial de emergencia
  - Registro de edad gestacional (aplica para hemorragia ante parto).
  - Registro de la FCF al ingreso (aplica para hemorragia ante parto > 20 semanas).
  - Registro de la presión arterial al ingreso.
  - Registro del pulso materno al ingreso.
  - Valoración y registro de sangrado vaginal y sus características al ingreso.
- Atención inicial rápida (manejo en caso de shock)
  - Canalización de 2 vías IV con catéter intravenoso de preferencia No. 16 ó 18.
  - Canalización de 2 vías IV con catéter intravenoso de preferencia No. 16 ó 18.
  - Administración de líquidos IV de acuerdo a la guía de atención.
  - Colocación de sonda foley y bolsa colectora de orina.
  - Administración de oxígeno por cánula nasal o mascarilla facial.

- Manejo por diagnóstico específico

#### Hemorragia anteparto

- Realización de examen con espéculo.
- En embarazos entre 24 y 34 semanas utilización de terapia con esteroides para madurez pulmonar fetal.
- Estabilización y referencia a servicio con mayor capacidad resolutive médico quirúrgica.

#### Hemorragia Postparto

- Atonía uterina: administración de útero tónicos de la siguiente forma:  
Oxitocina 20 UI en 1,000 ml. de sol. Hartman o solución salina 0.9%, vía IV a 20 gotas minuto.  
Metilergonovina 0.2 mg IM.  
Misoprostol a dosis de 800 mcg. Vía rectal.  
Realización de maniobras para el manejo de la hemorragia (masaje bimanual externo y/o interno, compresión de aorta abdominal.  
Atonía uterina que no cede con el manejo anterior
- Suturas compresivas del útero, ligadura de arterias hipogástricas, histerectomía.

#### Aborto o restos corioplacentarios

- Realización y registro de AMEU o curetaje, revisión de cavidad uterina según corresponda a la edad gestacional.

#### Retención placentaria

- Extracción manual de la placenta.
- Laparotomía en caso de placenta acreta.

#### Inversión uterina

- Realización de restitución uterina.

#### Ruptura uterina

- Reparación uterina.
- Histerectomía.

#### Desgarros cervicales o del canal vaginal

- Realización de reparación o sutura.

Laboratorios y conductas relacionadas a los resultados



- Realización y registro de resultados de TP o TPT o prueba de retracción de coágulo.
- Realización y registro de recuento de plaquetas.
- Realización y registro de grupo y Rh.  
Realización transfusión según lo indica la norma
- Paquete globular si hemoglobina < 7g/dl (con síntomas de anemia).
- Plasma si TP 1.5 arriba del valor normal.
- Plaquetas si hay un control menor de 50,000 (revisar norma de medicina transfusional y poner apartado sobre recomendaciones en el capítulo correspondiente de la guía).
- Manejo posterior al manejo terapéutico
  - Registro de la presión arterial cada 15 minutos durante las primeras dos horas y cuando 30 minutos por 2 horas más.
  - Evaluación y registro de la presencia del sangrado vaginal y sus características cada 15 minutos las primeras 2 horas cada 30 minutos.
  - Realización y registro del control de ingesta y excreta de líquidos.  
Referencia
  - Realización de referencia al nivel superior con capacidad médico quirúrgica proporcionando el tratamiento inicial.
  - Asegurar y documentar el transporte de la paciente, así como su adecuado acompañamiento durante su traslado a nivel superior.

**7. Expedientes clínicos de casos de hipertensión arterial (preeclampsia/eclampsia) (19 criterios)**

- Manejo clínico inicial de emergencia
  - Registro de edad gestacional.
  - Registro de presión arterial de ingreso.
  - Evaluación y registro de peligro: epigastrálgia, cefalea, visión borrosa, alteración del estado de conciencia.
  - Valoración y registro de presencia o ausencia de proteinuria en tira reactiva u otro análisis.
  - Registro de la FCF al ingreso.
  - Colocación de vía intravenosa permeable.

- Colocación de sonda vesical foley y bolsa colectora de orina.
- Impregnación con sulfato de magnesio: utilización del esquema recomendado por la guía.
- Realización de exámenes de laboratorio al ingreso:
  - Hematología.
  - Pruebas de coagulación TP/TTP, recuento de plaquetas.
  - Enzimas hepáticas: TGO, TGP, glicemia, ácido úrico, creatinina.
- Manejo terapéutico de seguimiento
  - Administración antihipertensivos, si la presión diastólica es: mayor o igual a 110 mmHg según la guía.
  - Administración dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio según la guía.
  - Terminación o indicación de la terminación del embarazo por parto inducido, conducido o cesárea, independientemente de la edad gestacional al momento del diagnóstico.
  - Evaluación y registro de la presencia de reflejo rotuliano, presión arterial, frecuencia respiratoria, excreta urinaria (mayor de 25 ml/hora) cada 4 horas hasta 24 horas después de la resolución del embarazo.
  - Documentación de la administración de gluconato de calcio según guía en caso de intoxicación por sulfato de magnesio.
- Manejo en el postparto inmediato
  - Registro de la presión arterial y pulso materno cada 15 minutos durante 2 horas cada 30 minutos por dos horas y luego cada 4 horas en las siguientes 24 horas.
  - Evalúa y registra la presencia de sangrado vaginal y sus características cada 15 minutos las primeras 2 horas, cada 30 minutos y por 2 horas más y cada hora en las siguientes 4 horas.
  - Realización de exámenes de laboratorio de seguimiento:
    - Pruebas de coagulación> TP/TTP, recuento plaquetario.
    - Enzimas hepáticas: TGO, TGP, glicemia, ácido úrico, creatinina.

#### Referencia

- Realización de referencia al nivel superior con capacidad médico quirúrgico proporcionando el tratamiento inicial o estabilización inicial.

- Asegurar y documentar el tratamiento y el transporte de la paciente, así como su adecuado acompañamiento durante su traslado a nivel superior.
- 8. Expedientes clínicos de casos de infección obstétrica (sepsis materna) (15 criterios)**
- Manejo clínico inicial de emergencia (aborto séptico, corioamnionitis, endometritis, mastitis)
    - Registro de la edad gestacional (si está embarazada).
    - Determinación y registro del número de días post evento obstétrico.
    - Valoración y registro de signos vitales al ingreso de cada 4 horas.
    - Registro de la FCF al ingreso (si está embarazada).
    - Evaluación y registro de la presencia de sangrado vaginal o flujo vaginal con mal olor.
    - Evaluación y registro de la involución y sensibilidad uterina.
    - Evaluación y registro de signos de infección en las heridas quirúrgicas abdominales o perineales.
    - Evaluación y registro de signos de infección en las mamas.
    - Colocación de vía intravenosa permeable.
  - Manejo terapéutico en emergencia
    - Administración de la primera dosis de antibióticos según la guía.
    - Realización de exámenes de laboratorio al ingreso:
      - Hematología.
      - Pruebas de coagulación TP/TTP, recuento plaquetario.
      - Enzimas hepáticas: TGO, TGP, glicemia, ácido úrico, creatinina.
      - Orina completa.
      - Cultivos (en hospitales).
  - Manejo terapéutico de seguimiento
    - Registro de la evaluación por médico especialista o el de mayor experiencia en un tiempo no mayor a 20 minutos.
    - Realización y documentación del manejo terapéutico que aplica según patología según guía.
      - Referencia
    - Realización de la referencia al nivel superior, con capacidad médico quirúrgica, proporcionando el tratamiento o estabilización inicial.

- Asegurar y documentar el transporte de la paciente, así como su adecuado acompañamiento durante su traslado o nivel superior.

**9. Atención de casos de ruptura prematura de membranas (12 criterios)**

- Determinó edad gestacional.
- Confirmó diagnóstico mediante evaluación con espéculo u olor.
- Registró signos vitales.
- Evaluó la FCF, luego de las 20 semanas de gestación.
- Documentó signos de infección: fiebre, secreción vaginal de mal olor.
- Inicio antibiótico terapia ampicilina 2g. IV c/6h + gentamicina 5mg / kg cada 24 horas.
- Si no hay signos de infección: ampicilina 2 gr IV STAT y cada 6 horas: más eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas.
- Si hay trabajo de parto: uteroinhibición con nifedipina o ritodrina, además ampicilina 2 gr IV inicial y luego 1 gr IV cada 6h más eritromicina 250 mg por cada 6 horas.
- En embarazo de 27 a 34 semanas: betametasona 12 mg IM cada 12 horas por 2 dosis, o dexametasona 6mg IM cada 6 horas por 4 dosis.
- Hizo referencia al nivel superior, con capacidad médico quirúrgico, proporcionando el tratamiento inicial.
- Parto normal por inducción en caso de gestaciones de 36 o más semanas.
- En caso de corioamionitis o hipoxia fetal, terminar gestación por cualquier vía.

**10. Atención de trabajo de parto pretérmino ( 12 criterios)**

- Determinación de la edad gestacional.
- Registro de los signos vitales.
- Evaluación de la FCF, luego de las 20 semanas de gestación.
- Determinación de la condición cervical e índice de tocólisis, según la guía de atención.
- Documentación de signos de infección.
- Uteroinhibición según guía (nifedipina / ritodrina / indometacina).
- En embarazo de 24 a 34 semanas uso de esteroides:  
Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis, o dexametasona 6 mg IM cada 6 horas por 4 dosis.

- Hizo referencia al nivel superior, con capacidad médico quirúrgica, proporcionando el tratamiento inicial.
- Continuó el manejo de inducción de maduración pulmonar fetal de acuerdo a guía.
- Continuó el uso de uteroinhibidores.
- Identificó y trató la causa específica del TPP (si fue diagnosticada).
- Resolvió el embarazo adecuadamente según condición materna y fetal.

#### **11. Evaluación de la reanimación neonatal ( 11 criterios)**

- Se lava las manos con agua y jabón antes de tocar al recién nacido/a y emplea ropa y guantes estériles o limpios.
- Verifica si existen las condiciones ambientales adecuadas: temperatura, limpieza, iluminación (las tres).
- Ha preparado el área de atención inmediata con: fuente de calor, bolsa, mascarilla (ambú), toallas o sábanas secas y limpias (los tres).
- Determina necesidad de reanimación neonatal en base a los criterios de: líquido amniótico con meconio, no respira, está flácido, es pretérmino (los cuatro criterios).
- En caso de presencia de líquido amniótico teñido de meconio con niño que no respira, está flácido y tiene bradicardia, realiza aspiración o limpieza de vías aéreas antes de ventilarlo.
- Realiza de manera adecuada las intervenciones de la fase A: lo mantiene caliente, lo coloca en posición de "olfateo", aspira secreciones si es necesario, lo seca, lo estimula y lo reposiciona.
- Administra oxígeno o flujo libre si hay presencia de cianosis central, respiración espontánea y con frecuencia cardiaca mayor a 100 lat./min.
- Evalúa la respiración, frecuencia cardiaca y color de la piel al finalizar los primeros 30 segundos.
- Inicia ventilación con presión positiva con mascara y bolsa de reanimación si presenta apnea o respiración jadeante o la frecuencia cardiaca es menor de 100 latidos por minuto.

- La técnica de la ventilación con máscara y ambú es apropiada: obtiene sello hermético, el bebé está en posición de "olfateo" verifica elevación torácica (los tres).
- Inicia compresiones torácicas después de 30 segundos de ventilación a presión positiva y cuando la frecuencia cardíaca es menor de 60 lat./min.

#### **12. Cuidados rutinarios de recién nacido (16 criterios)**

- Se lava las manos antes de tocar al recién nacido (a).
- Limpia las vías aéreas cuando es necesario.
- Seca al recién nacido/a y cambia la toalla húmeda por una seca.
- Evalúa respiración, frecuencia cardíaca, color de la piel (los tres).
- Evalúa APGAR al minuto y a los cinco minutos.
- Realiza el pinzamiento del cordón umbilical cuando el cordón deja de pulsar.
- Propicia el apego inmediato la lactancia materna exclusiva inmediatamente en la primera media hora de vida.
- Realiza profilaxis ocular con antibiótico recomendado (cloranfenicol o tetraciclina).
- Administra Vitamina K1, 1 mg vía Intramuscular (I.M).
- Toma el peso, mide la longitud y el perímetro cefálico (los tres).
- Evalúa la edad gestacional por el médico de Capurro.
- Identifica al recién nacido (a).
- Administra BCG (excepto hijo de madre con VIH).
- Realiza tamizaje para descartar hipotiroidismo congénito si cuenta con la capacidad de realizarlos.
- Orienta sobre signos o señales de peligro, lactancia materna exclusiva, consejería post vacuna BCG, cuidados en el hogar (los cuatro).
- Brinda consejería para hijo de madre VIH.

#### **13. Expedientes clínicos de atención de neonatos (15 criterios)**

- Evaluó signos generales de peligro, infecciones, ictericia, malformaciones.
- Evaluó signos generales de ictericia.
- Evaluó signos generales de malformaciones.
- Evaluó signos generales de infección.
- Evaluó diarrea.

- Evaluó nutrición.
- Vigiló desarrollo infantil.
- Evaluó vacunación.
- Brindó consejería en cuidados del cordón umbilical.
- Brindó consejería en medidas preventivas de higiene.
- Brindó consejería en monitoreo del crecimiento.
- Brindó consejería en vigilancia del desarrollo.
- Brindó consejería en vacunación.
- Brindó consejería en signos generales de peligro.
- Brinda consejería para hijo de madre VIH.

#### 4.7 Procesamiento y análisis de datos

1. Se elaboró una base de datos en excel, en la cual se ingresó la siguiente información:
  - En el numerador: el número de casos que cumplieron con todos los criterios evaluados.
  - En el denominador: el número total de casos evaluados
  - El resultado se multiplicará por 100.
2. Para procesar los resultados de la variable calidad de atención materno neonatal, se realizaron tablas en excel, que contuvieron cuatro (4) columnas de la siguiente manera:
  - Columna 1: estándares de evaluación
  - Columna 2: criterios deseados
  - Columna 3: esta columna se subdividió en:
    - Número de criterios alcanzados
    - Porcentaje de desempeño alcanzado
3. Se elaboró para cada estándar evaluado, tablas en excel de la siguiente manera:
  - Columna 1: criterios evaluados de cada estándar
  - Columna 2: desempeño deseado (porcentaje)
  - Columna 3: desempeño alcanzado (porcentaje)
  - Columna 4: brecha, diferencia obtenida entre desempeño deseado y desempeño alcanzado (porcentaje).
4. Se hicieron comparaciones entre los hospitales evaluados, con respecto al total de criterios alcanzados y brechas obtenidas, en tablas de excel de la siguiente manera:
  - Columna 1: nombre del hospital

- Columna 2: desempeño alcanzado (porcentaje)
- Columna 3: brecha entre cada hospital (porcentaje)

Se analizaron los resultados obtenidos de la siguiente manera:

- El hospital que cumplió con el 100% de los criterios en cada estándar evaluado, se calificó como hospital de calidad.

Se analizaron las brechas existentes en cada hospital, según porcentajes obtenidos.

Se analizaron los resultados comparando: el desempeño alcanzado en cada estándar, por cada hospital.

Con el resultado obtenido se determinó el área de cada hospital que necesita reforzarse para mejorar así la atención materna y neonatal.

#### 4.8 Límites de la investigación

- **Obstáculos**

Demora en la obtención de cartas de permiso del Coordinador Interinstitucional y del Comité de Ética del MSPAS para realizar la investigación en los hospitales ya mencionados.

- **Alcances**

La investigación se efectuó en los hospitales con mayor número de muertes maternas, se evaluaron todas las áreas donde se brindó atención materna neonatal, utilizando como instrumento la Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Segunda Edición la cual cubre todos los criterios necesarios que debe cumplir un hospital para ser calificados como servicio de calidad

- **Aspectos éticos de la investigación:**

Previo al trabajo de campo, el Coordinador Interinstitucional del Ministerio de Salud y Asistencia Social, y jefes de los hospitales a evaluar, proporcionaron la autorización para la realización de dicho estudio. Se explicó al personal de salud los objetivos de la investigación y se prosiguió a realizar la evaluación de cada área de atención materno neonatal en los diferentes hospitales.

La investigación médica ha estado sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. La



presente investigación se clasifica dentro de la categoría I, ya que fueron realizadas técnicas observacionales, entrevistas guiadas y revisión de expedientes clínicos, no se realizó ninguna intervención. La información obtenida se presentó a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

## 5. RESULTADOS

Tabla 1

Criterios alcanzados y deseados por cada hospital según Estándar de la Calidad de Atención Materna y Neonatal Calificada Institucional Guatemala, mayo-junio 2013

ESTANDARES EVALUADOS	HOSPITALES EVALUADOS																							
	REGIONAL DE COBAN						REGIONAL DE QUICHE						DEPARTAMENTAL DE EL PROGRESO						REGIONAL DE ZACAPA					
	SI	NO	N/A	%	SI	NO	N/A	%	SI	NO	N/A	%	SI	NO	N/A	%	SI	NO	N/A	%				
Atención prenatal	2	1	17	10	5	1	15	25	1	4	15	5	2	3	15	10								
Atención postnatal	1	16	3	5	5	8	7	25	9	6	5	45	13	0	7	65								
Llenado correcto del partograma	2	15	3	10	6	6	8	30	3	12	5	15	12	0	8	60								
Manejo activo del tercer estadio del parto	11	6	3	55	7	5	8	35	3	12	5	15	11	0	9	55								
Hemorragia obstétrica	0	0	20	N/A	0	1	19	0	0	0	20	N/A	0	1	19	0								
Preclampsia-eclampsia	0	2	18	0	0	2	18	0	0	0	20	N/A	1	1	18	5								
Sepsis Materna	0	0	20	N/A	0	0	20	N/A	0	0	20	N/A	0	0	20	N/A								
Ruptura prematura de membranas	0	0	20	N/A	0	0	20	N/A	0	2	18	0	1	1	18	5								
T trabajo de parto pretérmino	1	0	19	5	1	0	19	5	0	0	20	N/A	2	3	15	10								
Cuidados rutinarios de recién nacido	0	17	3	0	1	13	6	5	0	15	5	0	13	0	7	65								
Expedientes clínicos de atención de neonatos	0	17	3	0	6	6	8	30	15	0	5	75	13	0	7	65								
Reanimación neonatal	0	0	20	N/A	0	0	20	N/A	0	0	20	N/A	1	0	19	5								

Fuente: Observación y Evaluación Directa en los Servicios y Llenado del Instrumento de la "Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal" 2011. Mayo-Junio 2013.

Tabla 2

Consolidado del desempeño y déficit obtenido de los catorce estándares evaluados por hospital en la Evaluación de la Calidad de Atención Materna y Neonatal Calificada Institucional, Guatemala, mayo-junio 2013.

NOMBRE DEL HOSPITAL	Desempeño Alcanzado	Déficit de desempeño
REGIONAL DE ZACAPA	92	8
DEPARTAMENTAL EL PROGRESO	64	36
REGIONAL DE COBAN	56	44
REGIONAL DE QUICHE	59	41

Fuente: Observación y Evaluación Directa en los Servicios y Llenado del Instrumento de la "Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal" 2011. mayo-junio 2013.

Tabla 3

Consolidado de criterios evaluados y alcanzados por hospital en la Evaluación de la Calidad de Atención Materna y Neonatal Calificada Institucional Guatemala, mayo-junio 2013

NOMBRE DEL HOSPITAL	Criterios Deseados	Criterios No Aplicables	Criterios Alcanzados	Porcentaje Alcanzado	Brecha
REGIONAL DE COBAN "Hellen Lossi de Laugerud"	173	73	50	50	50
REGIONAL DE QUICHE	173	41	73	55	45
DEPARTAMENTAL DE EL PROGRESO	173	92	51	63	37
REGIONAL DE ZACAPA	173	50	109	89	11

Fuente: Observación y Evaluación Directa en los Servicios y Llenado del Instrumento de la "Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal" 2011. mayo-junio 2013.

Tabla 4

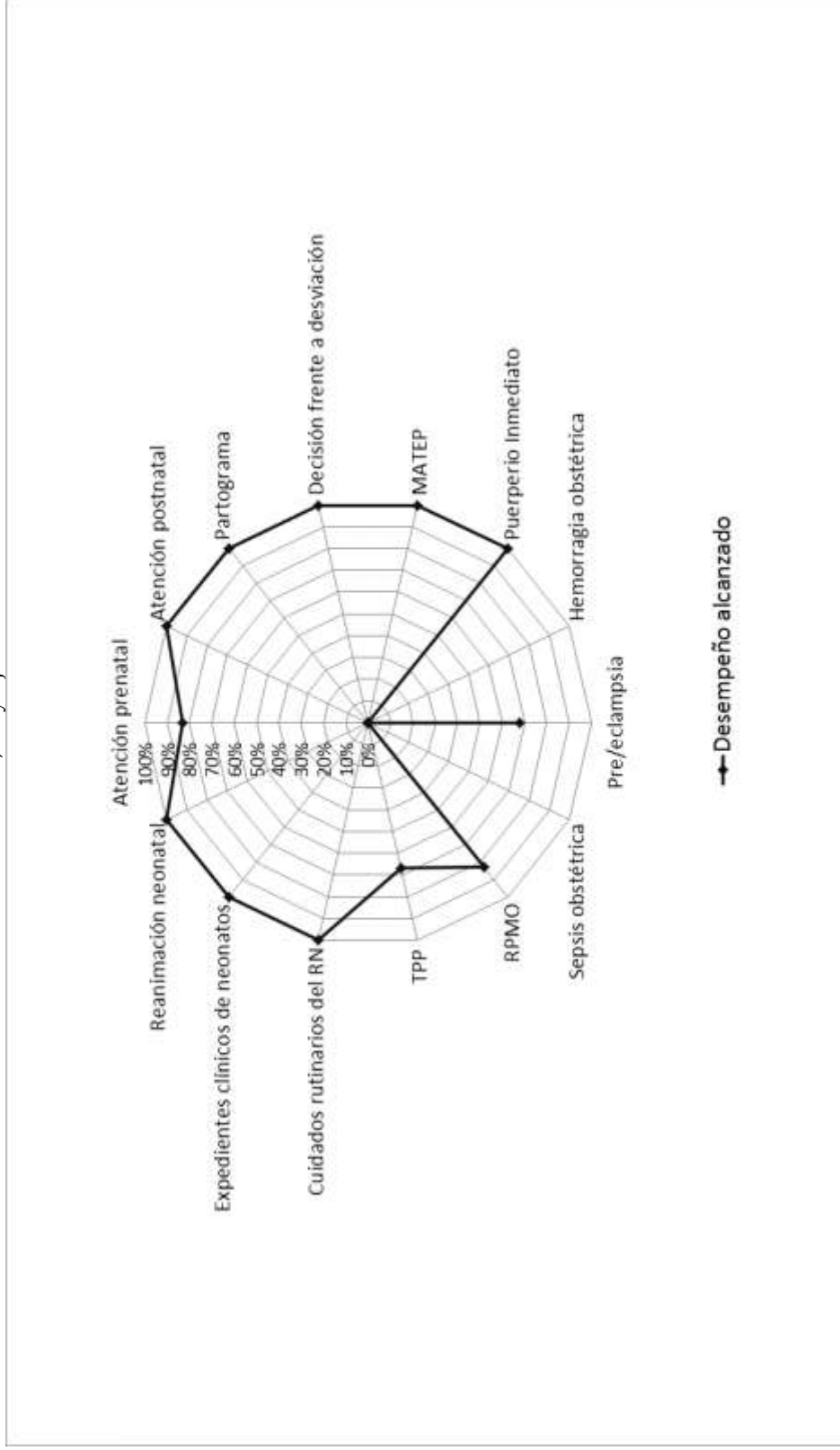
Porcentaje de cumplimiento de estándares observados en pacientes materno y neonatal en los hospitales evaluados según la Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal.  
Guatemala, mayo – junio 2013

ESTANDARES EVALUADOS	HOSPITALES EVALUADOS																			
	REGIONAL DE COBAN					REGIONAL DE QUICHE					DEPARTAMENTAL DE EL PROGRESO					REGIONAL DE ZACAPA				
	SI	NO	N/A	%		SI	NO	N/A	%		SI	NO	N/A	%		SI	NO	N/A	%	
Atención prenatal	2	1	17	10		5	1	15	25		1	4	15	5		2	3	15	10	
Atención postnatal	1	16	3	5		5	8	7	25		9	6	5	45		13	0	7	65	
Llenado correcto del partograma	2	15	3	10		6	6	8	30		3	12	5	15		12	0	8	60	
Manejo activo del tercer estadio del parto	11	6	3	55		7	5	8	35		3	12	5	15		11	0	9	55	
Hemorragia obstétrica	0	0	20	N/A		0	1	19	0		0	0	20	N/A		0	1	19	0	
Preclampsia-eclampsia	0	2	18	0		0	2	18	0		0	0	20	N/A		1	1	18	5	
Sepsis Materna	0	0	20	N/A		0	0	20	N/A		0	0	20	N/A		0	0	20	N/A	
Ruptura prematura de membranas	0	0	20	N/A		0	0	20	N/A		0	2	18	0		1	1	18	5	
T trabajo de parto pretérmino	1	0	19	5		1	0	19	5		0	0	20	N/A		2	3	15	10	
Cuidados rutinarios de recién nacido	0	17	3	0		1	13	6	5		0	15	5	0		13	0	7	65	
Expedientes clínicos de atención de neonatos	0	17	3	0		6	6	8	30		15	0	5	75		13	0	7	65	
Reanimación neonatal	0	0	20	N/A		0	0	20	N/A		0	0	20	N/A		1	0	19	5	

Fuente: Observación y Evaluación Directa en los Servicios y Llenado del Instrumento de la "Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal" 2011.  
Mayo-Junio 2013.

Gráfica 1

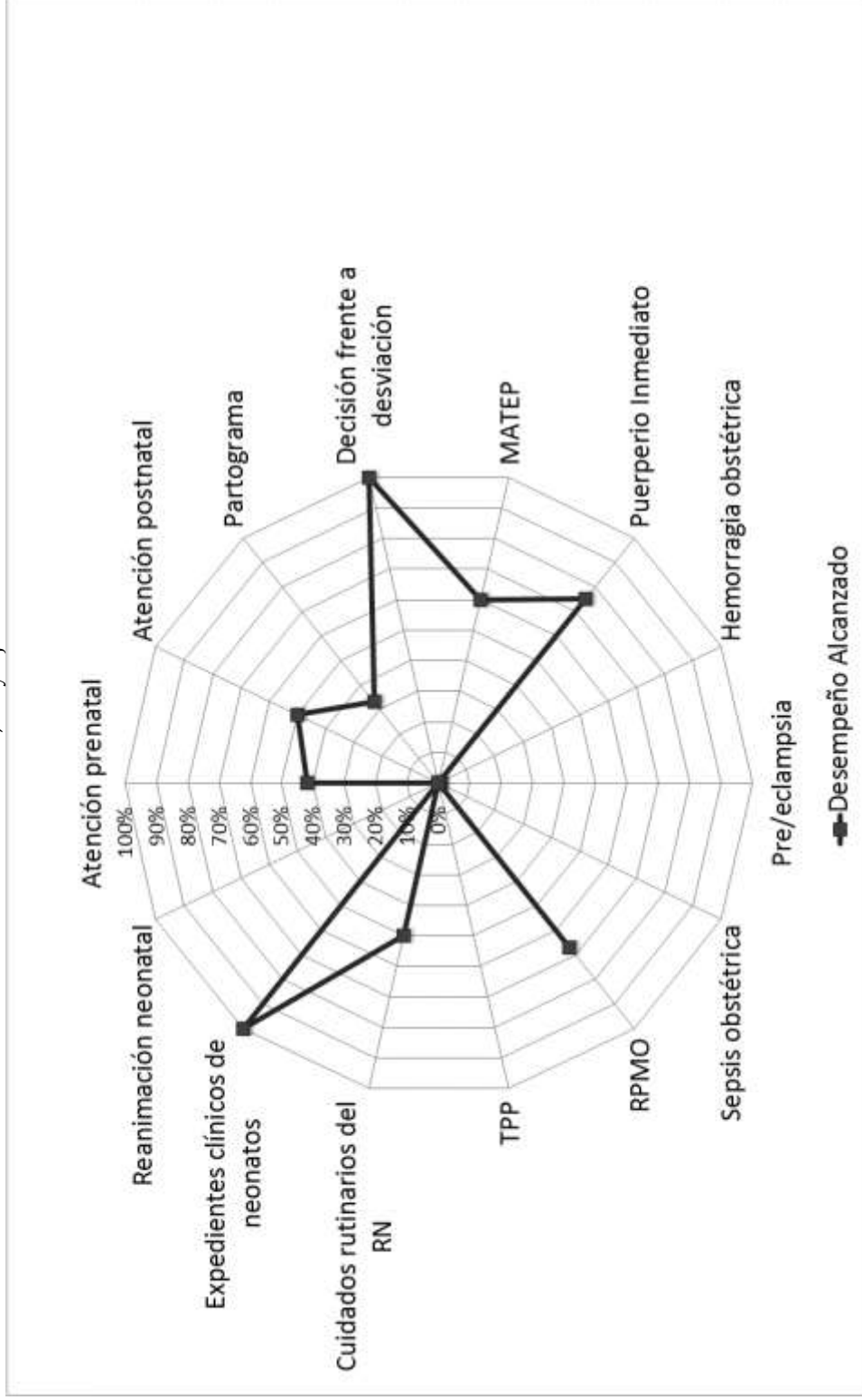
Criterios alcanzados y deseados por estándar en el Hospital Regional de Zacapa de la Calidad de Atención Materna y Neonatal Calificada Institucional  
Guatemala, mayo-junio 2013



Fuente: Tabla 1.

Gráfica 2

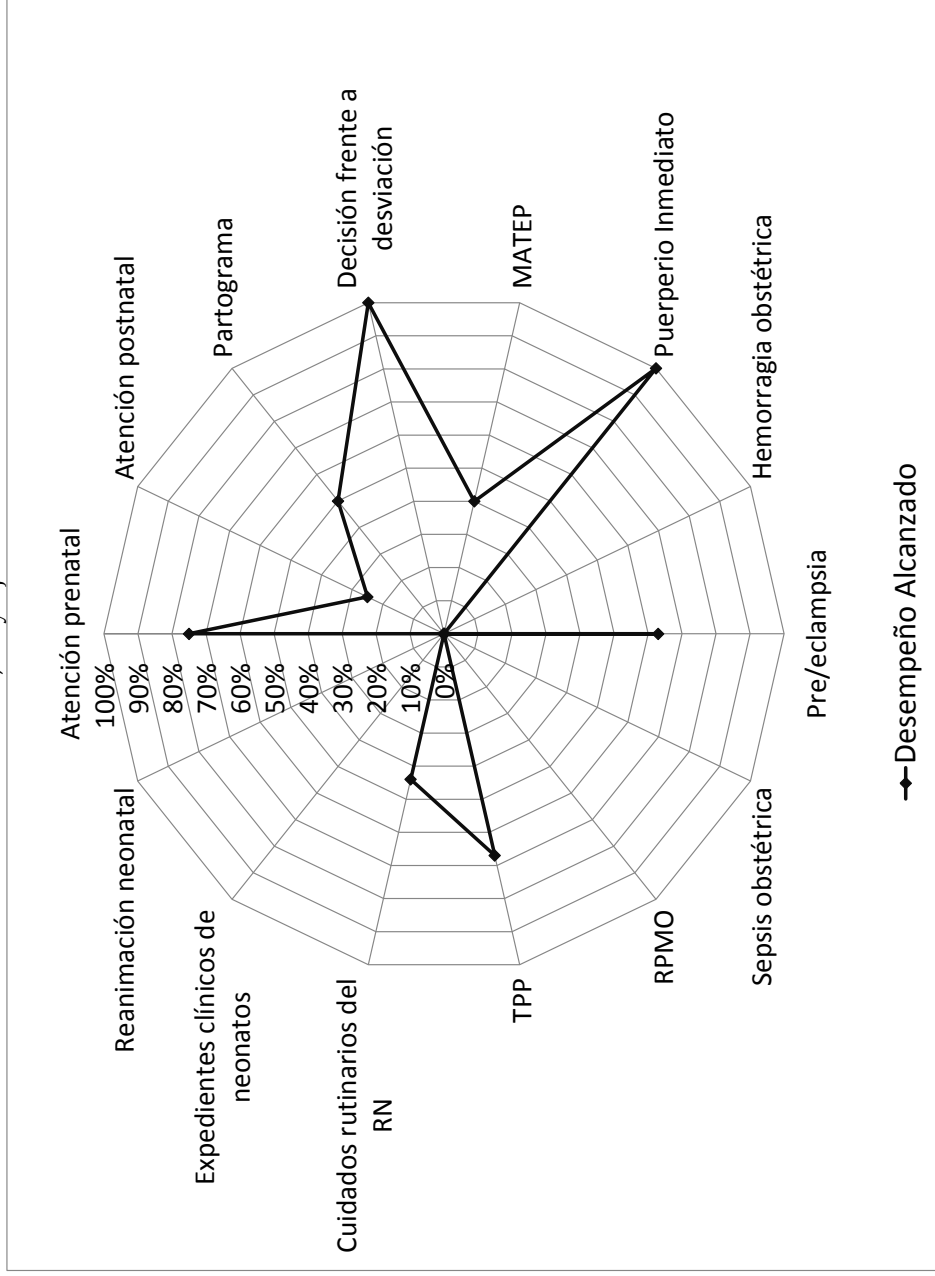
Criterios alcanzados y deseados por estándar en el hospital Departamental de El Progreso de la Calidad de Atención Materna y Neonatal Calificada Institucional  
 Guatemala, mayo-junio 2013



Fuente: Tabla 1

Gráfica 3

Criterios alcanzados y deseados por estándar en el Hospital Nacional de Cobán de la Calidad de Atención Materna y Neonatal Calificada Institucional  
 Guatemala, mayo-junio 2013

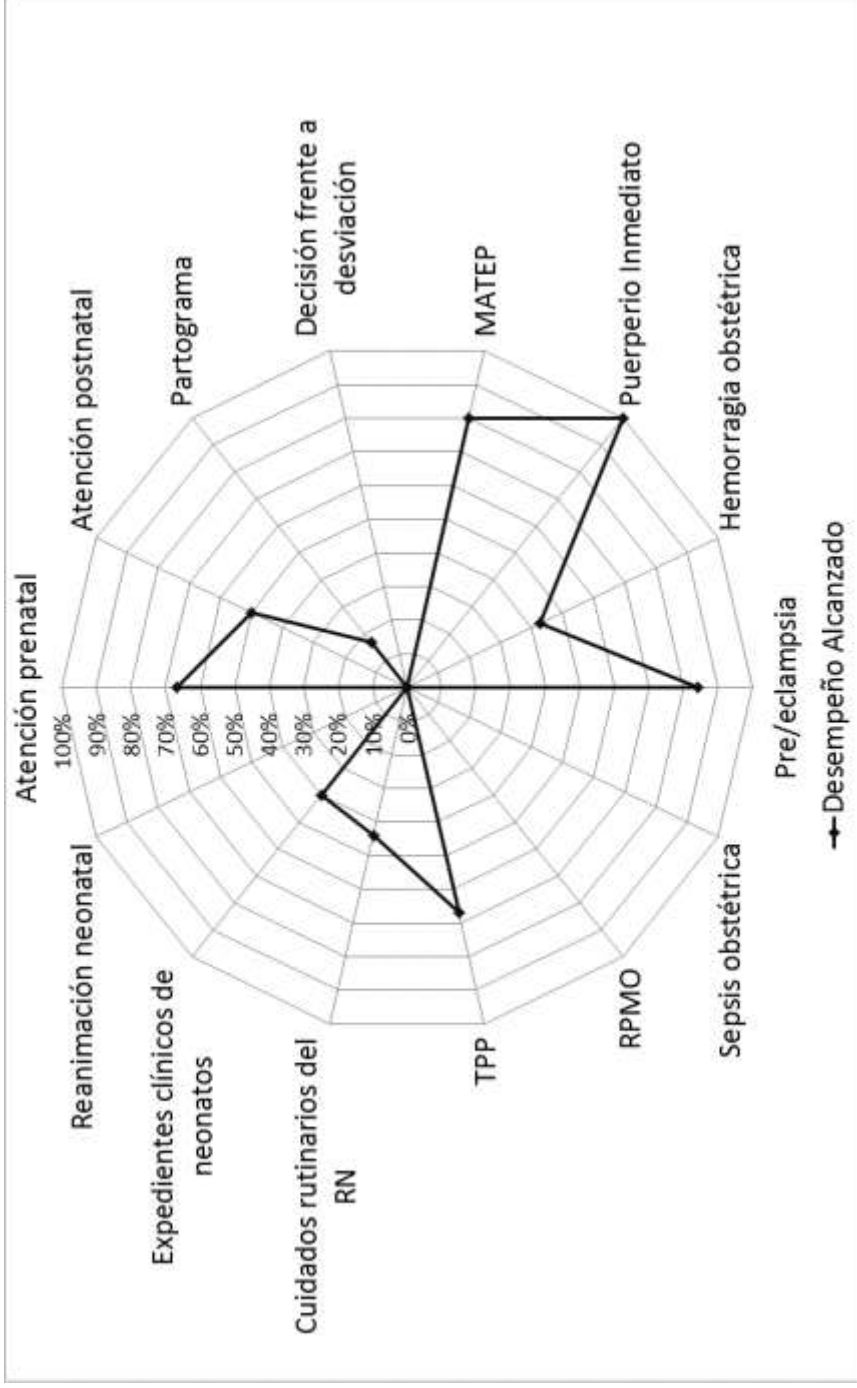


Fuente: Tabla 1.

Gráfica 4

Criterios alcanzados y deseados por estándar en el Hospital Nacional de Quiché de la Calidad de Atención Materna y Neonatal Calificada Institucional

Guatemala, mayo-junio 2013

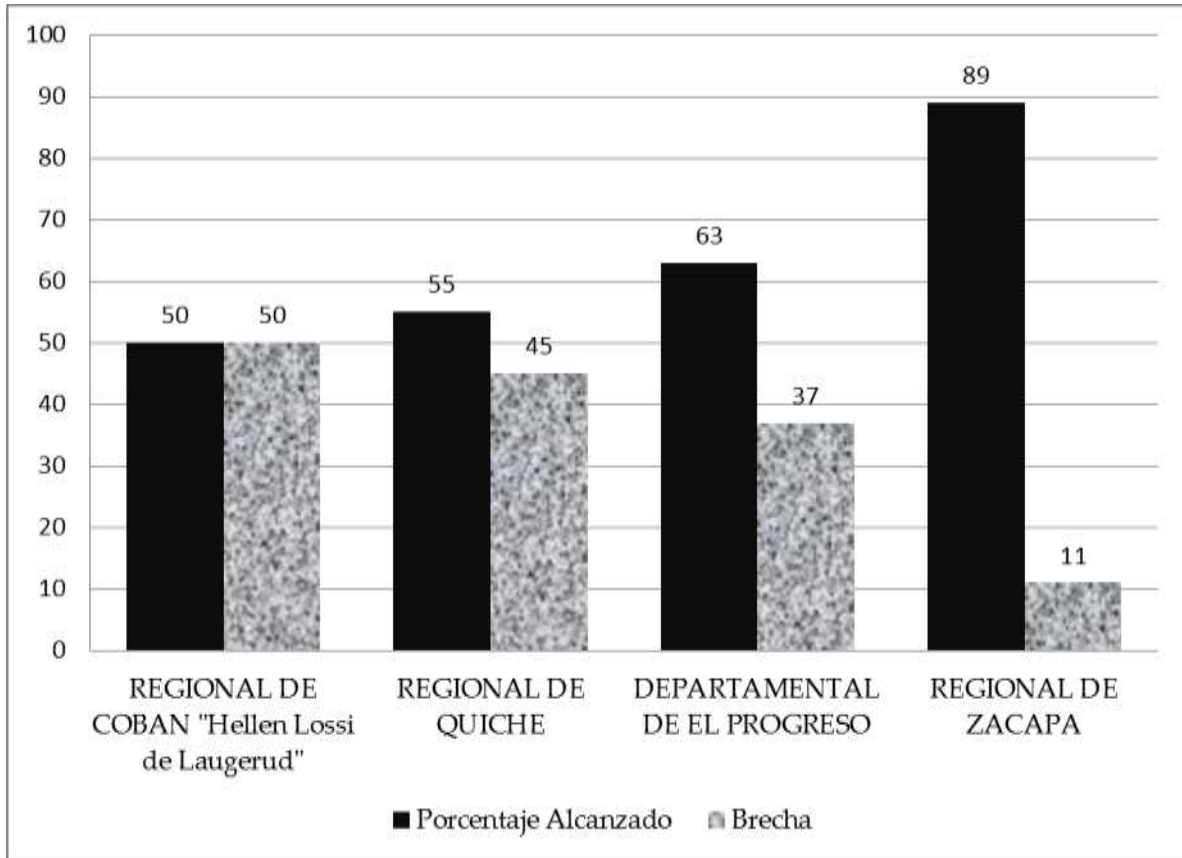


Fuente: Tabla 1



Gráfica 5

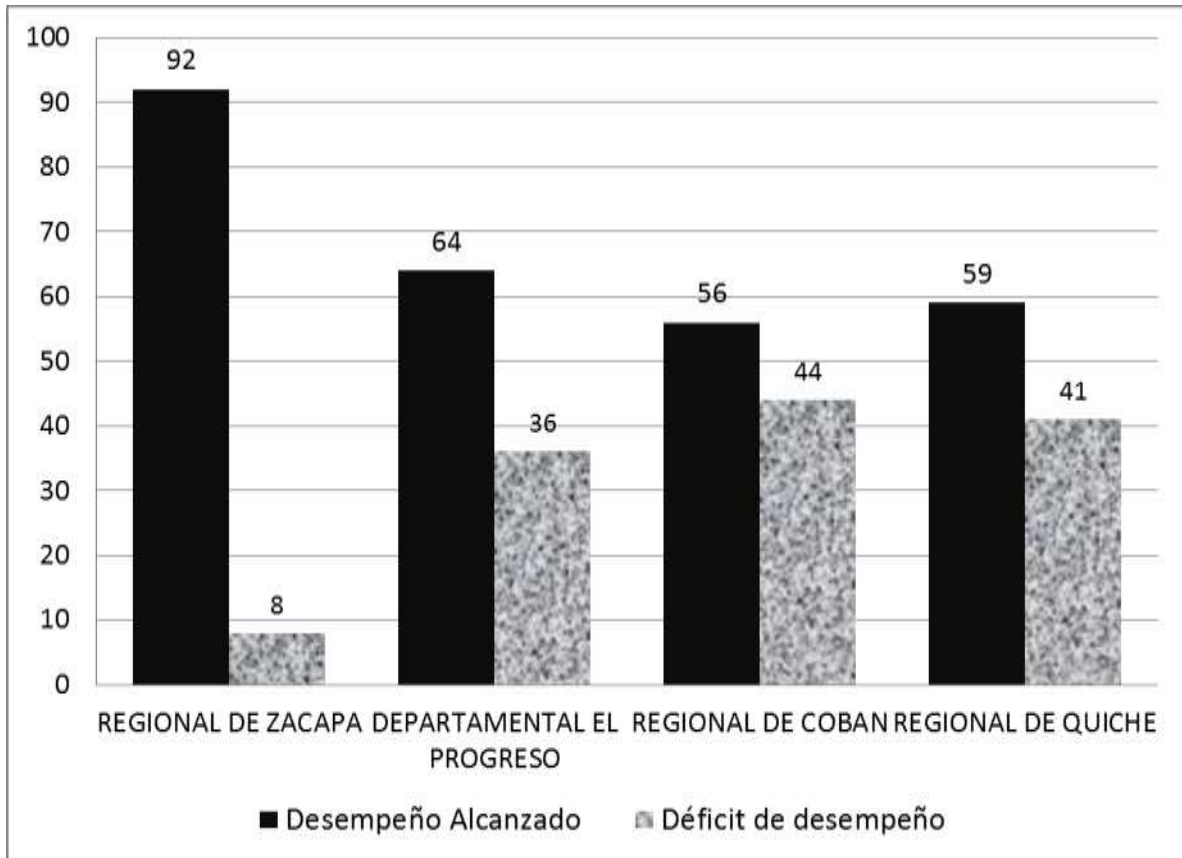
Desempeño y déficit obtenido por hospital en la Evaluación de la Calidad de Atención Materna y Neonatal Calificada Institucional, Guatemala, mayo-junio 2013.



Fuente: Tabla 2

Gráfica 3

Consolidado de criterios evaluados y alcanzados por hospital en la Evaluación de la Calidad de Atención Materna y Neonatal Calificada Institucional  
Guatemala, mayo-junio 2013



Fuente: Tabla 3



## 6. DISCUSIÓN

En el Hospital Regional de Zacapa se obtuvo 92% del cumplimiento de la Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal, dejando una brecha angosta; de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala el hospital de Zacapa cuenta con las características técnicas, científicas, materiales y humanas para cumplir con una atención de calidad.

Para cumplir con lo establecido debe fortalecerse la atención en las áreas de: “trabajo de parto pre término” en una de las pacientes atendidas no fue posible colocar el esquema de maduración pulmonar y detener el trabajo de parto debido a que al consultar al servicio de emergencia presentó 7 centímetros de dilatación y trabajo de parto activo; “preeclampsia/eclampsia” al momento de brindar la atención a una de las dos pacientes que presentaron esta complicación no se cumplió con la colocación de sonda Foley, como está indicado en la guía; “ruptura prematura de membranas ovulares” se observó que después de la evaluación y hallazgo de signos de infección, estos no fueron documentados, dentro del manejo de esta complicación sí se administró cobertura antibiótica sin embargo no como lo establecido en la guía. “atención prenatal” en este estándar no se cumplió con el criterio de elaboración del plan de emergencia, en el cual el Ministerio establece el conjunto de recursos tanto físicos, económicos y humanos para llevar a cabo un parto con éxito, previamente bien organizado.

Los estándares de “Atención postnatal”, “Llenado correcto del partograma”, “Toma de decisiones frente a desviaciones en el partograma”, “Manejo activo del tercer estadio del parto”, “Atención del puerperio inmediato”, “Cuidados rutinarios del recién nacido”, “Expedientes clínicos de atención a neonatos” y “Reanimación neonatal” cumplieron 100% los criterios evaluados. Esto asociado a que el hospital de Zacapa cuenta con el Programa de Residencia de Ginecología y Obstetricia así como con el Programa de Pregrado de ginecología y pediatría, contribuyendo con la eficiencia en los programas de atención materna y neonatal.

El Hospital Regional de Cobán cumplió con 56% de la guía, respecto a los criterios de cada estándar evaluado (173 criterios); evidenciando una brecha ancha. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social elabora los estándares que todo servicio de salud que presente atención materna y neonatal debe cumplir, con el fin de brindar una salud de calidad.

Estos estándares son necesarios para que un puesto de salud, centro de salud u hospital pueda tener un nivel aceptable de rendimiento y así ser acreditado como establecimiento apto para garantizar la atención al público, así mismo dentro de los atributos de la calidad de atención es de suma importancia una provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud de forma integral. Dentro de la evaluación realizada, sobresalen los estándares con menor cumplimiento como: “Expedientes clínicos de atención de neonatos” esto es relacionado con la falta de personal calificado en el área de pediatría, según lo referido en la guía. “Atención Posnatal” se encontraron deficiencias en los criterios de consejería sobre: lactancia materna temprana y exclusiva, signos o señales de peligro en la madre y el recién nacido. Otra de las observaciones realizadas es el hecho que las pacientes que acuden a la emergencia cuando ya ha pasado demasiado tiempo, por lo que las complicaciones obstétricas son más difíciles de manejar, como es el caso de retención placentaria, eclampsia, trabajo de parto pre término y trabajo de parto prolongado. Dentro de los estándares que cumplieron a cabalidad con lo requerido se encontró: “Toma de decisiones frente a desviaciones en el partograma” teniendo en cuenta que las pacientes si son evaluadas constantemente durante el trabajo de parto como lo indica la guía, y aunque este documento no es escrito al momento de la evaluación, dicho estándar cumplió con el 100% de los criterios evaluados.

También cabe mencionar que a pesar de que este hospital cuenta con el Programa de Pregrado, los partos son atendidos en su mayoría por estudiantes de auxiliar de enfermería, supervisados por personal institucional calificado: Auxiliares o enfermera graduada, esto se relaciona a que el estándar de “Atención de puerperio inmediato” atendido por dicho personal cumplió con el 100% de los criterios evaluados.

El hospital departamental de El Progreso según datos obtenidos en el Programa de salud reproductiva, se encuentra dentro del grupo de los hospitales con menor mortalidad materna, a través de observación directa durante este estudio, esto se asocia con la poca afluencia de pacientes obstétricas. Se encontraron deficiencias en el estándar: “Llenado correcto del partograma” en donde al igual que el hospital de Cobán y Quiché, las pacientes si son evaluadas como lo indica la guía, sin embargo este documento no se llena inmediatamente después de la evaluación creando datos incompletos. “Atención prenatal” debido a que los laboratorios estandarizados no son solicitados, no se da consejería sobre el plan de emergencia, alimentación así como entrega de micronutrientes, en base a lo observado durante la evaluación. “Atención postnatal” con deficiencias en consejería sobre signos o señales de peligro de la madre y el recién nacido y brindar consejería sobre la prueba de VIH.

“Cuidados rutinarios del recién nacido” observándose que los cuidados son proporcionados por personal de enfermería, quien no evaluó correctamente al recién nacido, ni brindo consejería según los criterios evaluados por la guía. “Manejo activo del tercer estadio de parto” en el cual el criterio del pinzamiento del cordón umbilical no lo realizaban a los 2 o 3 minutos o cuando este dejaba de pulsar, sino lo pinzaban inmediatamente. “Ruptura prematura de membranas” durante la evaluación no se utilizó especulo para confirmar diagnóstico lo cual según la guía es un requisito básico.

Relacionando estos hallazgos con la definición del ministerio de salud pública de calidad de atención, el Hospital de El Progreso carece de características materiales y humanas para proveer una buena calidad en salud lo cual se refleja al obtener 64% de desempeño global del cumplimiento de la guía dejando una brecha amplia.

En el hospital nacional de Quiché se obtuvo 59% de desempeño global del cumplimiento de la guía dejando una brecha amplia, encontrando deficiencias en el “llenado correcto del partograma” debido a que no se llena inmediatamente después de la evaluación de las pacientes dejando incompleto el instrumento. “Expedientes clínicos de recién nacidos” ya que no brindan consejería a la madre sobre los cuidados del recién nacido, aunque si realizan la evaluación adecuada en base a los criterios que evalúa la guía. “Cuidados rutinarios del recién nacido” el personal que proporcionó atención al recién nacido no realizó: el lavado de manos previo a la evaluación, evaluación de la respiración, APGAR, apego materno, evaluación de la edad gestacional por Capurro, orientación sobre señales de peligro y lactancia materna exclusiva, finalmente se observó que la BCG se coloca en puestos y centros de salud cercanos. Se logró captar un caso de hemorragia obstétrica fuera del servicio de labor y partos, ocurriendo 30 minutos después del traslado al servicio de maternidad, la paciente fue identificada por la enfermera quien dio aviso a la doctora de turno quien procedió a realizar masaje uterino y posteriormente a administrar metilergonovina en solución, no cumpliendo con los parámetros establecidos en la guía.

Se documentó un comportamiento similar entre los cuatro hospitales respecto al estándar de atención del puerperio inmediato, con un promedio global de desempeño del 94%. En el Hospital regional de Quiché y Hospital regional de Cobán este estándar es cumplido principalmente por enfermeras capacitadas quienes cuentan con una hoja específica para el llenado de cada uno de los diferentes pasos a seguir en el puerperio, en este último hospital se encontró como aspecto positivo, la realización de la evaluación del control prenatal y el manejo de las complicaciones obstétricas por

especialistas Sin embargo en esta investigación fueron detectados hallazgos de las áreas con desempeño deficiente individuales en cada uno de los hospitales se obtuvieron por observación directa, los cuales no coinciden con la Ley para la Maternidad Saludable (decreto 32-2010), ni con el Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna, neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015; ya que se observaron deficiencias en el cumplimiento de las áreas de actualización del recurso humano, cumplimiento de las prácticas de medicina basada en evidencia en temas de atención materno-neonatal, así mismo no se garantiza ni monitoriza el cumplimiento de las prácticas de medicina basada en evidencia con enfoque de género e interculturalidad.

## 7. CONCLUSIONES

1. Ninguno de los cuatro hospitales evaluados cumplió 100% con la guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal. Sin embargo el Hospital regional de Zacapa obtuvo el mayor porcentaje de cumplimiento lo cual podemos asociar con la baja mortalidad materna según reportes del Ministerio de salud pública y asistencia social.
2. Se determinó que la brecha del Hospital regional de Zacapa es la más angosta respecto al desempeño actual y el deseado; en contraste con el Hospital regional de Cobán que presenta una brecha amplia. Los hallazgos se asocian a la diferencia en cuanto a la cantidad y calidad de personal, características materiales, técnicas-científicas y acceso a los servicios.
3. De los catorce estándares evaluados, en el hospital regional de Zacapa los mejores estándares son: atención Postnatal, llenado correcto del partograma, toma de decisiones frente a desviaciones en el partograma, manejo activo del tercer estadio del parto, atención del puerperio inmediato, cuidados rutinarios del recién nacido, expedientes clínicos de atención de neonatos y reanimación neonatal con 100%. En el hospital nacional de Santa Cruz del Quiché la atención del puerperio inmediato es el mejor estándar con 100%. En el hospital departamental de El Progreso la toma de decisiones frente a desviaciones en el partograma y expedientes clínicos de atención de neonatos son los mejores estándares con 100%. En el hospital regional de Cobán los mejores estándares son la toma de decisiones frente a desviaciones en el partograma y atención del puerperio inmediato con 100%.





## 8. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Fortalecer las competencias maternas y neonatales a nivel médico, paramédico y familiar a través del cumplimiento del 100% de la Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal.
- Instituir una atención con calidad y calidez donde sea beneficiado el producto fetal, paciente y familia por medio de la realización de brechas, mejoramiento del porcentaje global de atención y de los estándares

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la Junta directiva de los hospitales:

- Formar un equipo multidisciplinario para que se conozca, revise y cumplan a nivel hospitalario los objetivos de la Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal.



## 9. APORTES

Con la investigación realizada se evaluó la calidad de atención materna y neonatal de dos hospitales con mayor prevalencia de mortalidad materna y dos con menor prevalencia de mortalidad materna. Este estudio ayudo a evaluar catorce estándares que son importantes para la atención materno y neonatal calificada donde se identificaron las debilidades de los hospitales para que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las autoridades de los establecimientos puedan iniciar o reforzar medidas de acción con el fin de mejorar la atención materno y neonatal y así mismo disminuir la morbimortalidad materna y neonatal, aplicando dichas acciones a los demás hospitales logrando un abordaje integral adecuado y de calidad. Finalmente la investigación proporcionó un reporte de los resultados obtenidos para que sea de utilidad a las autoridades superiores en el fortalecimiento de los estándares débiles en su establecimiento, contribuyendo con el Ministerios de Salud y Asistencia Social con el objetivo del plan de acción para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Diagnosticar un escenario objetivo de la atención materna y neonatal calificada institucional, en los hospitales con mayor y menor razón de mortalidad materna y neonatal para establecer estrategias con medidas correctivas locales y regionales y cumplir la Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal, mejorando la calidad y calidez de la salud materna y neonatal.

Crear una base de datos para futuras investigaciones y estandarización a nivel nacional de la Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio nacional de mortalidad materna. Guatemala: MSPAS; 2011. Report No: 9789929587397.
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal. Guatemala: MSPAS; 2011.
3. -----Plan de acción para la atención calificada materna y neonatal normal y complicada en los servicios institucionales de atención de parto. Guatemala: MSPAS; 2008.
4. Observatorio de Salud Reproductiva. Medición de la mortalidad materna en Guatemala. [en línea]. Guatemala: Salud Reproductiva; 2008 [accesado 9 Mar. 2013]. Disponible en: <http://www.isdmguatemala.org>
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Plan de Acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva. Guatemala: MSPAS; 2010.
6. -----Diagnóstico de salud. Guatemala: MSPAS; 2012
7. Organización de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva. Sucesos y consecuencias para los huérfanos, las familias y las comunidades. [en línea]. Quetzaltenango: alianmisa.org. 2009 [accesado 26 Mar. 2013] Disponible en: <http://alianmisa.org/userfiles/Consecuencias%20de%20la%20muerte%20materna%20en%20Quetzaltenango.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington, D. C.: OPS; 2002. v. 1 (Publicación Científica y técnica; 587)

9. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Perfil poblacional 2012. [en línea]. Guatemala: INE; 2012 [accesado 4 Mar. 2013] Disponible en: [http://www.indexmundi.com/es/guatemala/poblacion\\_perfil.hrml](http://www.indexmundi.com/es/guatemala/poblacion_perfil.hrml).
10. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema de Información Gerencia de Salud (SIGSA) Guatemala: MSPAS; 2012.
11. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Plan operativo anual. [en línea]. Guatemala: INE; 2012 [accesado 4 Mar. 2013] Disponible en: [http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe\\_ENSMI2008\\_2009.pdf](http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe_ENSMI2008_2009.pdf)
12. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. V Encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2012 [accesado 4 Mar. 2013] Disponible en: [http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe\\_ENSMI2008\\_2009.pdf](http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe_ENSMI2008_2009.pdf)
13. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de población por municipio 2008-2020.[en línea]. Guatemala: INE; 2012 [accesado 4 Mar. 2013] Disponible en: [www.ine.gob.gt/np/poblacion/Municipios2008'2020.xls](http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/Municipios2008'2020.xls)
14. Una estrategia de apoyo a la reducción de la mortalidad materna y neonatal en Guatemala. La Promoción y cuidados obstétricos y neonatales esenciales (Pro-CONE). Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. [en línea] Guatemala; 2009 [accesado 18 Mar. 2013] Disponible en: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D146.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D146.pdf).
15. Hurtado E, Insua M, Franco LM. 2011. Desempeño de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad en Guatemala: Informe de Investigación: Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. [en línea] Bethesda, MD [accesado 4 Mar. 2013] University Research Co., LLC (URC); 2011. Disponible en: [http://www.hciproject.org/sites/default/files/Desempeno%20de%20Equipos%20MCC%20en%20Guatemala\\_Sept11.pdf](http://www.hciproject.org/sites/default/files/Desempeno%20de%20Equipos%20MCC%20en%20Guatemala_Sept11.pdf)

16. Cuba Venereo M. de las M. Calidad en los servicios farmacéuticos hospitalarios. *Rev Cubana Farm* [en línea]. 2008 Dic [accesado 18 Mar. 2013]; 3: Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152008000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152008000300006&script=sci_arttext)
17. Kerguelén B, Carlos A. Calidad en salud en Colombia. Colombia: Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud; 2008. Report No: 978-958-8361-49-9
18. d'Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioeth (Chile)* [en línea]. 2010 Nov [accesado 19 Mar. 2013]; 16(2): 124-132. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726)
19. Prado F, Galán R. Indicadores y estándares de calidad de la atención médica. En: Malagón G, Galán R, Pontón G. *Administración hospitalaria*. 3ª. ed. Bogotá: Editorial Medica Internacional; 2008: p. 616-618.
20. Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial. [en línea]. Guatemala: Ley para la maternidad saludable; Guatemala: Organismo Judicial; 2010. [accesado 1 Mayo 2013]. Disponible en: <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2010/pdfs/decretos/D032-2010.pdf>
21. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Establecimientos de salud, regulación, acreditación y control de establecimientos de salud [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2010 [accesado 2 Mar. 2013]. Disponible en: [http://portal.mspas.gob.gt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=230Itemid=116](http://portal.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=230Itemid=116)
22. Hamilton M, Pezo A. Instrumentos de gestión de la ciencia, la tecnología y la innovación. [en línea]. Colombia: Convenio Andrés Bello; 2005. [accesado 9 Mar. 2013] Disponible en: [http://books.google.com.gt/books?id=Vr0t\\_34xT0cC&pg=PT13&rdq=brecha+y+desempe%C3%B1o&rh=es&sa=X&ei=g4IXUfndFY3M9ASC-4D4DQ&ved=0CD0Q6AEwAg](http://books.google.com.gt/books?id=Vr0t_34xT0cC&pg=PT13&rdq=brecha+y+desempe%C3%B1o&rh=es&sa=X&ei=g4IXUfndFY3M9ASC-4D4DQ&ved=0CD0Q6AEwAg)



23. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Conózcamos, red de servicios, Tercer nivel de atención [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2013. [accesado 14 Mar. 2013] Disponible en: [http://portal.mspas.gob.gt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=314&Itemid=199](http://portal.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=314&Itemid=199)

Universidad de San Carlos de Guatemala  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
OPCA, UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN

# 11. ANEXOS

## Anexo 1

### INSTRUMENTO DE MONITOREO ATENCIÓN PRENATAL

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito de Salud: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Número de Expediente	Sí			No			N/A		
	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A
Evaluó / Detectó signos y síntomas de peligro									
Determinó Edad Gestacional									
Registró signos vitales									
Evaluó la FCF, luego de las 20 semanas de gestación									
Identificó presentación fetal entre la 30 y 36 semanas									
Determinó Anemia, Determino Bacteriuria A.									
Se realizó y registró tamizaje para VIH Materno									
Se entregó micronutrientes (Sulfato Ferroso y Ácido Fólico) según norma									
Administró vacuna Tda si procede									
Elaboró Plan de Emergencia									
Llenó ficha de vigilancia de la embarazada según CNE									

Anexo 2

**INSTRUMENTO DE MONITOREO ATENCIÓN POSTNATAL**

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito de Salud: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Número de Expediente	Sí		No		N/A		Sí		No		N/A	
Evaluó / Detectó signos y síntomas de peligro												
Tomó signos vitales												
Evaluó Involución Uterina y hemorragia vaginal												
Brindó consejería sobre lactancia materna temprana y exclusiva												
Brindó consejería sobre Planificación familiar postparto												
Brindó consejería acerca de Signos o señales de peligro de la madre y recién nacido (a)												
Brindó consejería sobre la prueba de VIH												
Entrega micronutrientes (Sulfato Ferroso y Ácido Fólico) según norma												

Anexo 3

**INSTRUMENTO DE MONITOREO ATENCIÓN POSTNATAL**

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito de Salud: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Número de Expediente	Sí		No		N/A		Sí		No		N/A	
Administró 10 unidades de Oxitocina via IM dentro del primer minuto del nacimiento												
Pinzó y cortó el cordón umbilical de 2 a 3 minutos o cuando dejó de pulsar. Verificar en norma												
Hizo tracción controlada del cordón umbilical y contracción del Utero.												
Hizo masaje uterino a la salida de la placenta y cada 15 minutos durante las dos horas siguientes												
Revisó y reparó desgarros genitales y paragenitales												
<b>MONITOREO DE LA ATENCIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO</b>												
Registró signos vitales cada 15 minutos durante las primeras 2 horas y cada 30 minutos por 2 horas más												
Registró estado de conciencia												
Evalua globo uterino												
Evalua hemorragia vaginal												

Anexo 4

**INSTRUMENTO DE MONITOREO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE CASOS DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito de Salud: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Número de Expediente	Sí				No				N/A			
	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A
<b>MANEJO CLÍNICO INICIAL DE EMERGENCIA</b>												
Registró edad gestacional (aplica para hemorragia ante parto)												
Registró la FCF al ingreso (aplica para hemorragia ante parto > 20 semanas)												
Registró presión arterial al ingreso												
Registró pulso materno al ingreso												
Valoró y registró sangrado vaginal y sus características al ingreso												
<b>ATENCIÓN INICIAL RÁPIDA (Manejo en caso de Shock)</b>												
Canalizó 2 vías IV con cateter intravenoso de preferencia No. 16 ó 18												
Canalizó 2 vías IV con cateter intravenoso de preferencia No. 16 ó 18												
Administró líquidos IV de acuerdo a la Norma/Guía de Atención												
Colocó sonda Foley y bolsa colectora de orina												
Administró oxígeno por canula nasal o mascarilla facial												
<b>MANEJO POR DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO</b>												
<b>HEMORRAGIA ANTEPARTO</b>												
Realizó examen con espéculo												



	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A
En embarazos entre 24 y 34 semanas utilizó terapia con esteroides para madurez pulmonar fetal									
Estabilizó y refirió a servicio con mayor capacidad resolutive médico quirúrgica									
<b>HEMORRAGIA POSTPARTO</b>									
<b>ATONÍA UTERINA:</b> Administró útero tónicos de la siguiente forma									
Oxitocina 20 UI en 1,000 ml. de Sol. Hartman o solución salina 0.9%, vía IV a 20 gotas minuto									
Metilergonovina 0.2 mg IM (Puede repetir la dosis cada 5 minutos hasta 5 dosis)									
Misoprostol a dosis de 800 mcg. vía rectal									
Realizó maniobras para el manejo de la hemorragia (masaje bimanual externo y/o interno, compresión de aorta abdominal)									
<b>ATONÍA UTERINA QUE NO CEDE CON MANEJO ANTERIOR:</b> Sutures compresivas del útero, Ligadura de arterias hipogástricas, Histerectomía									
<b>ABORTO O RESTOS CORIOPLACENTARIOS</b>									
Realizó y registro AMEU o curetaje. Revisión de cavidad uterina según corresponda a la edad gestacional									
<b>RETENCIÓN PLACENTARIA:</b> Extracción manual de placenta									
Laparotomía en caso de Placenta Accreta									
<b>INVERSIÓN UTERINA</b>									
Efectuó restitución uterina									
<b>RUPTURA UTERINA:</b> Reparación uterina. Histerectomía									
<b>DESGARROS CERVICALES O DEL CANAL VAGINAL</b>									
Realizó reparación o sutura									
<b>LABORATORIOS Y CONDUCTAS RELACIONADAS A LOS RESULTADOS</b>									

	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A
Realizó y registró resultados de TP o TPT o prueba de refracción de coágulo									
Realizó y registró recuento de plaquetas									
Realizó y registró grupo y Rh									
<b>Realizó transfusión según lo indica la norma</b>									
Paquete globular si hemoglobina < 7 g/dl (con síntomas de anemia)									
Plasma si TP 1.5 arriba del valor normal									
Plaquetas si hay un control menor a 50,000. Revisar norma de Medicina Transfusional y poner apartado sobre recomendaciones en el capítulo correspondiente de la guía									
<b>MANEJO POSTERIOR AL MANEJO TERAPÉUTICO</b>									
Registró la presión arterial cada 15 minutos durante las primeras dos horas y cuando 30 minutos por 2 horas más. Luego de rutina									
Evaluó y registró la presencia del sangrado vaginal y sus características cada 15 minutos las primeras 2 horas. Cada 30.									
Realizó y registró el control de ingesta y excreta de líquidos.									
<b>REFERENCIA</b>									
Hizo referencia al nivel superior con capacidad médico quirúrgica . proporcionando el tratamiento inicial									
Aseguró y documentó el transporte de la paciente, así como su adecuado acompañamiento durante su traslado a nivel superior									

Observaciones:

---



---



---



---



---

	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A
Terminó o indicó la terminación del embarazo por parto inducido, conducido o cesárea, independientemente de la edad gestacional al momento del diagnóstico.									
Evaluó y registró la presencia de reflejo rotuliano PA, frecuencia respiratoria, excreta urinaria (mayor de 25 ml /hora) cada 4 horas hasta 24 horas después de la resolución del embarazo.									
Documentó la administración de gluconato de calcio según guía en caso de intoxicación por sulfato de magnesio									
<b>MANEJO EN EL POSTPARTO INMEDIATO</b>									
Registro la presión arterial y pulso materno cada 15 minutos durante 2 horas cada 30 minutos por dos horas y luego cada 4 horas en las siguientes 4 horas									
Realizó exámenes de laboratorio de seguimiento:									
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pruebas de coagulación&gt; TP/TTP, recuento plaquetario</li> <li>● Enzimas Hepáticas: TGO, TGP, Glicemia, Acido Úrico, Creatinina</li> </ul>									
<b>REFERENCIA</b>									
Hizo referencia al nivel superior, con capacidad médica quirúrgica proporcionando el tratamiento o estabilización inicial									
Aseguró y documentó el tratamiento y el transporte de la paciente así como su adecuado acompañamiento durante su traslado a nivel superior									



Anexo 5

**INSTRUMENTO DE MONITOREO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE CASOS DE INFECCIÓN OBSTÉTRICA (SEPSIS MATERNA)**

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito de Salud: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Número de Expediente	Sí		No		N/A		Sí		No		N/A	
<b>MANEJO CLÍNICO INICIAL DE EMERGENCIA (aborto séptico, corioamniolititis, endometritis, mastitis)</b>												
Registró edad gestacional (si está embarazada)												
Determinó y registró el número de días post evento obstétrico												
Valoró y registró signos vitales al ingreso de cada 4 horas												
Registró la FCF al ingreso (si está embarazada)												
Evaluó y registró la presencia de sangrado vaginal o flujo vaginal con mal olor												
Evaluó y registró la involución y sensibilidad uterina												
Evaluó y registró signos de infección en las heridas quirúrgicas abdominales o perineales												
Evaluó y registró signos de infección en las mamas												
Colocó vía intravenosa permeable												
<b>MANEJO TERAPÉUTICO EN EMERGENCIA</b>												
Administró la primera dosis de antibióticos de la siguiente forma:												
● SEGÚN GUÍA.												
Realizó exámenes de laboratorio al ingreso:												
● Hematología												
● Pruebas de coagulación TP/TTP, recuento plaquetario												
● Enzimas Hepáticas: TGO, TGP, Glicemia, Ácido úrico, Creatinina												
● Orina completa												
● Cultivos (en hospitales)												

MANEJO TERAPÉUTICO DE SEGUIMIENTO									
	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A
Registró la evaluación por médico especialista o el de mayor experiencia en un tiempo no mayor a 20 minutos.									
Realizó y documentó el manejo terapéutico que aplica según patología según guía.									
<b>REFERENCIA</b>									
Hizo referencia al nivel superior, con capacidad médico quirúrgica, proporcionando el tratamiento o estabilización inicial									
Aseguró y documentó el transporte de la paciente, así como su adecuado acompañamiento durante su traslado o nivel superior									

Anexo 6

**INSTRUMENTO DE MONITOREO ATENCIÓN DE CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito de Salud: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Número de Expediente	Sí		No		N/A		Sí		No		N/A	
Determinó edad gestacional												
Confirmó diagnóstico mediante evaluación con espéculo u olor												
Registró signos vitales												
Evaluó la FCF, luego de las 20 semanas de gestación												
Documentó signos de infección (fiebre, secreción vaginal de mal olor)												
Inició antibiótico terapia Ampicilina 2g. IV c/6h + Gentamicina 5mg / kg cada 24 horas												
Si no hay signos de infección: Ampicilina 2 gr IV stat y cada 6 horas; más eritromicina 250 mg via oral cada 6 horas												
Si hay Trabajo de Parto: uteroinhibición: Nifedipina o ritadina, además Ampicilina 2 gr IV inicial y luego 1 gIV cada 6h más eritromicina 250 mg por cada 6 horas.												
En embarazo de 27 a 34 semanas: betametasona 12 mg im cada 12 horas por 2 dosis, o dexametasona 6mg im cada 6 horas por 4 dosis.												
Hizo referencia al nivel superior, con capacidad médico quirúrgico, proporcionando el tratamiento inicial.												
Parto normal por inducción en caso de gestaciones de 36 ó más semanas												
En caso de Corioamionitis o hipoxia fetal, terminar gestación por cualquier vía.												



**INSTRUMENTO DE MONITOREO DE ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO**

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito de Salud: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Número de Expediente	Sí		No		N/A		Sí		No		N/A	
Definió edad gestacional												
Registró signos vitales												
Evaluó la FCF, luego de las 20 semanas de gestación												
Determinó la condición cervical e índice de tocólisis, según la guía de atención												
Documentó signos de infección												
Uteroinhibición según guía (Nifedipina / Ritrodina / indometacina)												
En embarazo de 24 a 34 semanas uso de esteroides: Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis, o Dexametasona 6 mg IM cada 6 horas por 4 dosis												
Hizo referencia al nivel superior, con capacidad médico quirúrgica, proporcionando el tratamiento inicial												
Continúo manejo de inducción de maduración pulmonar fetal de acuerdo a guía												
Continúo uso de uteroinhibidores												
Identificó y trató de la causa específica del TPP (si diagnosticada)												
Resolvió embarazo adecuadamente según condición materna y fetal												

**INSTRUMENTO DE MONITOREO PARA EVALUACIÓN DE REANIMACIÓN NEONATAL**

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito de Salud: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

OBSERVACIÓN DIRECTA	Sí		No		N/A		Sí		No		N/A	
Verifica si existen las condiciones ambientales adecuadas: Temperatura, limpieza, iluminación (las tres).												
Ha preparado el área de atención inmediata con: fuente de calor; bolsa, mascarilla (ambú); toallas o sábanas secas y limpias (los tres).												
Se lava las manos con agua y jabón antes de tocar al recién nacido/a y emplea ropa y guantes estériles o limpios.												
Determina necesidad de reanimación neonatal en base a los criterios de: líquido amniótico con meconio, no respira, está flácido, es pretérmino (los cuatro criterios)												
En caso de presencia de líquido amniótico teñido de meconio con niño que no respira, está flácido y tiene bradicardia, realiza aspiración o limpieza de vías aéreas antes de ventilarlo.												
Realiza de manera adecuada las intervenciones de la fase A: lo mantiene caliente; lo coloca en posición de "Olfateo"; aspira secreciones si es necesario; lo seca; lo estimula y lo reposiciona												
Administra oxígeno o flujo libre si hay presencia de cianosis central, respiración espontánea y con frecuencia cardíaca mayor a 100 lat./min.												
La técnica de la ventilación con máscara y ambú es apropiada; obtiene sello hermético; el bebé está en posición de "olfateo" verifica elevación torácica (los tres)												
Inicia compresiones torácicas después de 30 segundos de ventilación a presión positiva y cuando la frecuencia cardíaca es menor de 60 lat./min												

**INSTRUMENTO DE MONITOREO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE ATENCIÓN A NEONATOS**

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito de Salud: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Número de Expediente	Sí		No		N/A		Sí		No		N/A	
Evaluó Signos Generales de Peligro, Infecciones, Ictericia, malformaciones												
Evaluó Signos Generales de Ictericia												
Evaluó Signos Generales de malformaciones												
Evaluó Signos Generales de infección												
Evaluó Diarrea												
Evaluó Nutrición												
Vigiló Desarrollo Infantil												
Evaluó Vacunación												
Brindó consejería en cuidados del cordón umbilical												
Brindó consejería en medidas preventivas de higiene												
Brindó consejería en monitoreo del crecimiento												
Brindó consejería en vigilancia del desarrollo												
Brindó consejería en vacunación												
Brindó consejería en signos generales de peligro												
Brinda consejería para hijo de madre VIH												



**INSTRUMENTO DE MONITOREO CUIDADOS RUTINARIOS DE RECIEN NACIDO**

Área de Salud: \_\_\_\_\_ Distrito de Salud: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

OBSERVACIÓN DIRECTA	Sí		No		N/A		Sí		No		N/A	
Se lava las manos antes de tocar al recién nacido (a)												
Limpia las vías aéreas cuando es necesario												
Seca al recién nacido/a y cambia la toalla húmeda por una seca												
Evalúa respiración; frecuencia cardíaca; color de la piel (los fres).												
Evalúa APGAR al minuto y a los cinco minutos.												
Realiza el pinzamiento del cordón umbilical cuando el cordón deja de pulsar												
Propicia el apego inmediato la lactancia materna exclusiva inmediatamente en la primera media hora de vida												
Realiza profilaxis ocular con antibiótico recomendado (cloranfenicol o tetraciclina)												
Administra Vitamina K <sup>1</sup> 1 mg vía Intra Muscular (I.M)												
Toma el peso, mide la longitud y el perímetro cefálico (los tres)												
Evalúa la edad gestacional por el médico de Capurro.												
Identifica al recién nacido (a)												
Administra BCG (EXCEPTO HIJO DE MADRE CON VIH)												
Realiza tamizaje para descartar hipotiroidismo congénito si cuenta con la capacidad de realizarlos												
Orienta sobre signos o señales de peligro, lactancia materna exclusiva, consejería post vacuna BCG, cuidados en el hogar (los cuatro)												
Brinda consejer[ia para hijo de madre VIH												

