



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

**Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del
Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez en la provincia de
Manabí año 2013.**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

AUTOR: Mestanza Lombeida, María Magdalena.

DIRECTOR: Viteri, Rita Marcela. Mg. Sp.

CENTRO UNIVERSITARIO BAHÍA DE CARAQUEZ

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Mg.

Rita Marcela Viteri.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado:Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez en la provincia de Manabí año 2013, realizado por Mestanza Lombeida, María Magdalena, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Portoviejo, diciembre de 2013

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Mestanza Lombeida, María Magdalena declaro ser autor del presente trabajo de fin de maestría:Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez en la provincia de Manabí año 2013, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo la Mg. Rita Marcela Viteri directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autor. Mestanza Lombeida, María Magdalena. Lcda.

Cédula. 0200866986

DEDICATORIA

Cada día de mi vida agradeceré a Dios, cada bendición que derrama en mi vida, es por ello que dedico mi esfuerzo a él.

Sor. María Magdalena

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a las personas que me han apoyado en el camino al cumplimiento de esta nueva meta en mi vida, de superación y crecimiento.

Dejo constancia de mi especial agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, por su colaboración para la realización de este proyecto, y especialmente a la Lcda. Marcela Viteri, quien brindó su apoyo y guía en la elaboración de la presente tesis.

Agradezco a los Directivos del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez, quienes me facilitaron el espacio y los permisos correspondientes para realizar las diferentes actividades que hicieron posible la culminación de este trabajo y al personal de la salud, quienes participaron activamente en el desarrollo de los diferentes talleres de capacitación.

En especial agradezco a las hermanas de mi comunidad y a los superiores que me brindaron su apoyo incondicional.

Sor. María Magdalena

ÍNDICE DE CONTENIDOS

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN.....	1
Como respuesta a esta problemática se adaptó y aplico las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal, se actualizo al equipo de salud y se conformó un equipo de control de calidad del servicio.	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS.....	8
CAPITULO I.....	9
1.1. Marco institucional.....	10
1.1.1. Aspecto geográfico del lugar.....	10
1.1.2. Dinámica poblacional	12
1.1.3. La misión de la institución.....	12
1.1.4. La visión de la institución	12
1.1.5. Organización administrativa	13
1.1.6. Servicios que presta la institución	14
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura	14
1.1.8. Características geofísicas de la institución	15
1.1.9. Políticas de la institución.....	17
1.2. Marco conceptual	17
1.2.1. Calidad de atención.....	17
1.2.2. Normativa neonatal	18
1.2.3. Garantía de calidad en los servicios de salud	19
1.2.4. Equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC).....	21
CAPITULO II.....	23
DISEÑO METODOLÓGICO	23
2.1. Matriz de Involucrados.....	23

2.2. Árbol de Problemas	26
2.3. Árbol de Objetivo	27
2.4. Matriz del marco lógico	28
CAPITULO III	31
RESULTADOS	31
RESULTADO 1: Normas y Protocolos de Atención Materno - Neonatal del Ministerio de Salud Pública adaptadas y aplicadas.	32
RESULTADO 2: Equipo de salud actualizado sobre Normas y Protocolos de Atención Neonatal del Ministerio de Salud	45
RESULTADO 3: Equipo de control de calidad del servicio conformado.....	61
APENDICES	88

RESUMEN

En el Hospital Miguel Hilario Alcívar, de la ciudad de Bahía de Caráquez, Manabí, Ecuador, se desarrolló un proyecto de acción con la finalidad de disminuir el índice de complicaciones en los pacientes del servicio de Neonatología.

Esta propuesta se inició con un diagnóstico participativo, en el que priorizó como problema central que los recién nacidos atendidos en el servicio Neonatología no reciben buena calidad de atención; y como factores causales se determinó que no se ha adaptado las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal del MSP, equipo de salud desactualizado, y no se cuenta con un equipo de control de la calidad del servicio.

Como respuesta a esta problemática se adaptó y aplicó las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal, se actualizó al equipo de salud y se conformó un equipo de control de calidad del servicio.

El desarrollo de las actividades planificadas contribuyó al cumplimiento en un 100% de los objetivos planteados, logrando disminuir el índice de complicaciones en los pacientes del servicio de Neonatología.

PALABRAS CLAVES: Neonatología, calidad de atención, normas y protocolos

ABSTRACT

In Miguel Hilario Alcívar Hospital in Bay City Caráquez , Manabi , Ecuador , an action project in order to decrease the rate of complications in patients from the Neonatal developed.

This proposal began with a participatory diagnosis , which prioritized the central problem that infants cared for in the Neonatal service does not receive good quality care , and was determined as causal factors has not adapted to the Standard Operating Procedures of Maternal Care neonatal MOH , health equipment outdated , and do not have a team of quality control of the service.

In response to this problem is adapted and applied the Guidelines and Protocols Maternal Neonatal Care , will update the health team and a team of quality control of the service was formed .

The development of planned activities contributed to the achievement of 100% of the stated objectives, achieving decrease the rate of complications in patients from the Neonatal .

KEY WORDS: Neonatal, quality of care , standards and protocols

INTRODUCCIÓN

La neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido, sea sano o enfermo, estos servicios deben estar integrados por personal calificado y con experiencia lo que implica asumir la exigencia de actualización permanente y de potenciar habilidades, mediante el estudio individual, relación con otros profesionales y trabajo en equipo, para mantener así un nivel de competencia profesional adecuado y salvaguardar la seguridad de las personas bajo nuestro cuidado como son los neonatos.

Existe al igual que en todos los países del mundo un déficit de control de normas de atención al usuario, se ha podido observar que en la actualidad muchas instituciones públicas, recomiendan procesos de auditoría médica con el objetivo de mejorar la calidad de atención, en nuestro estudio se trata sobre el área de neonatología, cuya atención debe ser evaluada de manera permanente, ya que es un lugar que genera una problemática especial, por cuanto el grupo de recién nacidos se divide en dos atenciones; los que nacen sin restricciones en su salud y los que tienen restricciones en la misma. Actualmente no se brinda atención en base a normas y protocolos, el talento humano está desactualizado y no existe un equipo de control de calidad.

A nivel nacional el MSP del Ecuador (2013) en cuanto a la reducción de la muerte neonatal menciona:

El Ecuador presentó la propuesta hacia la reducción de la muerte neonatal a nivel nacional tema priorizados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2007), planteados por la Organización de las Naciones Unidas, donde se plantean parámetros de salud como accesibilidad, disponibilidad o calidad se ponen a prueba cuando un recién nacido requiere de atención médica urgente. Sobre todo, porque un bebé de hasta 28 días de edad tiene un sistema de defensas débil y vulnerable. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Las normas y protocolos están plasmados en documentos que se encuentran disponibles en las unidades del País, sin embargo pocos son los que recuerdan y aplican de manera correcta al 100% lo escrito, causando de esta manera una atención que en ciertos momentos no tiene sustento ni fundamento legal, sino que se ejecuta de manera empírica, mediante la práctica rutinaria y reiterada del tiempo.

Ante esta situación se pretende realizar un análisis de la calidad de atención en el servicio de neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez en la provincia de

Manabí año 2013, para mejorar la misma mediante la capacitación al talento humano y a la conformación del equipo de control de calidad.

El siguiente proyecto de tesis se encuentra estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo I, se encuentra una descripción del marco institucional y conceptual, para dar sustento científico al proyecto.

En el capítulo II, se describe la metodología utilizada, que corresponde al marco lógico.

En el capítulo III, se describen y analizan los resultados obtenidos al aplicar el proyecto de acción, con la evaluación de los indicadores de resultados correspondiente.

Este trabajo es importa ya que se está asegurando el mejoramiento de la calidad de atención los niños/as ingresados en el servicio de Neonatología.

El cumplimiento de las actividades propuestas permitió que los objetivos se cumplan en un 100%, es importante anotar la participación de las autoridades institucionales.

PROBLEMATIZACIÓN

El Hospital Miguel H. Alcívar De Bahía De Caráquez ubicado en la Zona interdistrital Norte de Manabí la tasa de mortalidad materna es del 32 x 10000 nacidos vivos, una de las más altas de la Zona Nº 4 Manabí - Santo Domingo. (DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE MANABÍ, 2012)

La demanda excesiva en muchas ocasiones produce un sentimiento de descontento para los servidores como para familiares de los recién nacido. Que buscan una atención mucho más de calidad y eficacia de la que estamos brindando. En el hospital Miguel H. Alcivar en el año 2012 se atendieron 1364 recién nacidos con una tasa de cesárea del 28x 1000 RN vivos, del total de estos recién nacidos 232 ingresaron al área de neonatología, en lo que va del primer trimestre del 2013 se han recibido 65 neonatos. Toda esta población es originaria de Jama, Pedernales, San Vicente, Canoa, Briceño, 10 de agosto, Cojines, kilómetro 20, kilómetro 8, Bahía y Leónidas Plaza, población de bajo recursos económicos y que se encuentra a mucha distancia de nuestro hospital.

La atención se realiza en un espacio muy reducido, no adecuada para la gran demanda: el área de Neonatología, cuenta con 14 cunas, 4 servo cunas y 5 incubadoras; divididas en tres cubículos de cuidados intermedios, recién nacido de engorde y otro para pacientes infectados; donde se reciben a recién nacidos desde 28 semanas de gestación o que presentan patologías que requieren de ingreso, bien sea que hayan nacido en el mismo hospital o fuera de éste, como en clínicas particulares, sub centros y domicilios; la infraestructura no abastece a la demanda.

A nivel mundial la OMS La OMS (2008) en el grupo de Trabajo Interagencial Regional, para la Reducción de Morbilidad y Mortalidad menciona las siguientes cifras:

“La mortalidad neonatal es la fracción más representativa de la mortalidad infantil y a nivel de América latina corresponde el 60% y dentro de las causas están las Infecciones (32%), Asfixia (29%), Bajo peso al nacer y Prematurez (24%), Anomalías Congénitas (10%) y otras (5%).“

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008) en cuanto a la tasa de mortalidad neonatal refiere:

“Este evento de mantener tasas altas o bajas de mortalidad neonatal depende en gran medida de las estrategias, normas y protocolos que un país pueda implementar en el control y

asistencia del área componente de neonatología, de tal manera poder brindar una mejor atención. En el Ecuador El MSP reconoce que para lograr mejorar la atención no basta con tener una norma nacional actualizada, sino que es necesario asegurar su aplicación efectiva y sostenida.”

Al realizar un diagnóstico situacional sobre la problemática que se presentan en el Hospital Miguel H. Alcívar, se determinó como problema principal que los recién nacidos atendidos en el área de neonatología no reciben una adecuada calidad de atención, identificándose como factores causales los siguientes:

1.- No se ha adaptado las Normas y Protocolos de Atención Materno- Neonatal del Ministerio de Salud Pública al servicio de neonatología, por falta de iniciativa y escasez de gestión de directivos y equipo de salud, provocando que la madre y neonato sean manejados inadecuadamente, incrementando la estancia hospitalaria y presencia de complicaciones.

2.- Equipo de salud desactualizado sobre normas y protocolos de atención materno-neonatal, porque no se prioriza la necesidad de capacitación y escasez de gestión de directivos, lo que ocasiona que la madre y neonato no reciban una atención integral, deterioro del estado de salud y riesgo a complicarse.

3.- No se cuenta con un equipo de control de la calidad del servicio, por el desinterés y desmotivación de los directivos y personal, ocasionando que no se brinde una atención de calidad, que no exista control y vigilancia de la calidad del servicio y mayor riesgo de morbi-mortalidad.

Toda esta problemática genera un alto índice de complicaciones en los pacientes del servicio de neonatología. Surge ahora la interrogante ¿Es factible la implementación de un proyecto de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez en la provincia de Manabí, año 2013?

JUSTIFICACIÓN

La atención de calidad y calidez para los neonatos de la provincia que acuden al servicio de salud, no solo es una necesidad, es un derecho, de los recién nacidos y una meta para la salud pública.

Al realizar un diagnóstico de calidad de atención que se brinda en el área de neonatología, dada la no aplicación correcta de las normas y protocolos del Ministerio de Salud Pública, por parte del personal de salud que dirigen y trabajan en esta área se ve la necesidad, de socializar y actualizar al personal de enfermería y todo el equipo de salud, para obtener un servicio de calidad.

La inexistencia de programa de programa de evaluación sobre normas y protocolos, hace que el equipo de salud del área de neonatología no este lo suficientemente motivado en aplicarlas, las normas y protocolos ocasionando malestar en los familiares del neonato y no conseguir el ideal, al que el Ministerio de Salud Pública quiere llegar, a la excelencia.

Es por ello que se llegó a la conclusión de socializar las normas y protocolos adaptados del Ministerio de Salud Pública según el nivel a lo estamos ubicados en nuestra área de salud, capacitando al personal con una evaluación continua, y se brindará una atención más eficiente, más cálida y disminuir las complicaciones.

Es por esto que se ha creído conveniente realizar este proyecto a fin de mejorar el cumplimiento de estos protocolos en busca de la excelencia de atención, específicamente en el área de neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar del a ciudad de Bahía de Caráquez, provincia de Manabí.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de atención de los pacientes del servicio de neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez, mediante la adaptación y aplicación de normas y protocolos de atención Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública, actualización al equipo de salud y conformando un equipo de control de la calidad del servicio; con la finalidad de disminuir el índice de complicaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptación y aplicación de las Normas y protocolos de Atención Materno-Neonatal del Ministerio de Salud Pública, para un manejo adecuado de la madre y el neonato.
- Actualizar al equipo de salud sobre las Normas y protocolos de Atención Materno-Neonatal del Ministerio de Salud Pública, para brindar una atención integral.
- Conformación de un equipo de control de calidad del servicio, para reducir el riesgo de morbi-mortalidad.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1.1 Marco institucional

1.1.1. Aspecto geográfico del lugar

Bahía de Caráquez es una pequeña bahía ubicada en la desembocadura del Río Chone, en la provincia de Manabí, en el centro de la costa Ecuatoriana. La fantástica naturaleza que le rodea se conjuga con la belleza arquitectónica de su ciudad lo cual le da un toque mágico. Todos los factores geográficos que rodean esta hermosa playa le otorgan una impresionante variedad escénica en donde se encuentran ecosistemas como el bosque seco tropical, manglares, y una sorprendente vida marina. Tiene una latitud: $0^{\circ} 36' 02.55''$ S, longitud: $80^{\circ} 25' 36.96''$ O, el clima: 24° C a 30° C (Ver figura N° 1)



Figura 1. Mapa de la Ciudad de Bahía de Caráquez

Fuente: Alvear Brito, Gladys Jeannette (2010). Elaboración de un mapa de accesibilidad y modelo de evacuación ante una eventual ocurrencia de Tsunami en las ciudades de Salinas y Bahía de Caráquez

Es una ciudad ecuatoriana de la región geográfica costanera perteneciente al cantón Sucre, en la jurisdicción de la provincia de Manabí. Está situada en la desembocadura del Río Chone, y posee una reconocida infraestructura turística que la ubica como cabecera cantonal.

La ciudad, se encuentra a una hora al norte de la ciudad de Manta, y en la era precolombina fue sede de la antigua ciudad indígena de Carán. Cruzando la bahía se encuentra la población de San Vicente. (Ver imagen N° 2)



Imagen 2. Ciudad de Bahía de CaráquezBahía (Puente los Caras)
Fuente: <http://andes.info.ec>

Bahía, es una de las playas más exclusivas del Ecuador. Mucha gente, especialmente de la ciudad capital, Quito, va a pasar vacaciones allí. En los comienzos de la etapa colonial fue la ciudad-sede gubernamental y administrativa de la Tenencia de Caráquez.

Desde la época prehispánica fue la antigua capital del Reino de los Caras, una entidad territorial indígena que comprendía todo el Norte de la Provincia de Manabí (incluyendo la zona pantanosa oriental de Chone) y parte de la Provincia de Santo Domingo de los Tsachilas. El clima de Bahía de Caráquez, es primaveral durante todo el año, su temperatura fluctúa entre los 24 y 30 °C. Tiene una población de 20.000 habitantes, compuesta mayoritariamente por mestizos y descendientes de españoles.

Pese a que Bahía de Caráquez es una ciudad con grandes potenciales turísticos, su principal actividad económica es la cría y engorde de camarones en cautiverio. En la bahía o estuario del río Chone existen unas 6.000 hectáreas de piscinas dedicadas al cultivo de este crustáceo. La industria local es muy incipiente, existiendo solamente una planta procesadora y exportadora de camarones congelados, una fábrica de hielo potable y una fábrica de agua purificada.

En la zona rural de la parroquia de Leónidas Plaza, se encuentran fincas o haciendas que se dedican a la cría de ganado bovino y porcino. Así mismo se pueden encontrar alrededor de una docena de granjas avícolas, con gallinas ponedoras de huevos.

1.1.2. Dinámica poblacional

De acuerdo a los resultados de INEC, del Censo de Población y vivienda del 2010, se indica la población actual del cantón.

El Cantón Sucre tiene 57.159 habitantes de los cuales 28.942 son hombres (50.74%) y 28.221 mujeres (49.26%). INEC, 2010 El 67,29% se auto dominan mestizos; el 20.75 % montubios; 5.6 % blancos; el 4.19% afro ecuatoriana; el 0.61% se considera negra; y el 0.16% se define indígena.(INEC, 2010)

La migración es un fenómeno que tiene repercusión tanto en la economía como en lo social, desde la perspectiva individual, familiar y nacional. Los ingresos de las divisas provienen de los migrantes constituyendo el segundo rubro e importancia luego del petróleo.

Del total de los hogares del cantón Sucre el 4% tiene por lo menos un miembro del hogar fuera del país. El mayor número de emigrantes se encuentra en grupos de 15 a 30 años de edad. Este grupo está compuesto por mano de obra, con mayores oportunidades de incorporarse al mercado de trabajo en el país de destino. (INEC, 2010)

La mayoría de los emigrantes son hijos de familias solteros, tienen instrucción secundaria. El motivo principal de la migración es buscar trabajo, tienen como principales destinos España y Estados Unidos.

1.1.3. La misión de la institución

Según el Plan Operativo Anual, el Hospital "Miguel H. Alcívar" de Bahía de Caráquez tiene como misión:

Para el año 2014 contara con tecnología adecuada en todos los servicios hospitalarios el mismo que permitirá un servicio de calidad, contara con un talento humano más preparado profesionalizado poniendo al servicio sus habilidades y destrezas. Nuestros usuarios contarán con ambientes más acogedores y agilidad el servicio para la satisfacción del cliente.(Hospital Miguel H. Alcívar, 2013)

1.1.4. La visión de la institución

El Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez, tiene la siguiente visión:

El año 2014, los servicios de la institución ofrecerá un servicio de alta calidad utilizando recursos requeridos que le llevara a la excelencia en todas sus fases en la atención al cliente, buscando la mejora continua para garantizar la satisfacción del paciente a través de un eficiente sistema de gestión de calidad.(Hospital Miguel H. Alcívar, 2013)

Como la neonatología es una rama de la pediatría nosotros dependemos directamente del

departamento de pediatría. En el organigrama, se indica los diferentes niveles de jerarquías, las líneas de autoridad y comunicación.

La estructura organizacional funciona, la Líder de gestión de Enfermería se encarga de la organización y proveer suficientes recursos, el Médico Líder apoya el diagnóstico médico y terapéutico que el neonato requiere, además fomenta la capacitación de los docente y la investigación de las enfermedades rutinarias y otras que actualmente se pueden diagnosticar con la intervención de las nuevas técnicas que existen a disposición.

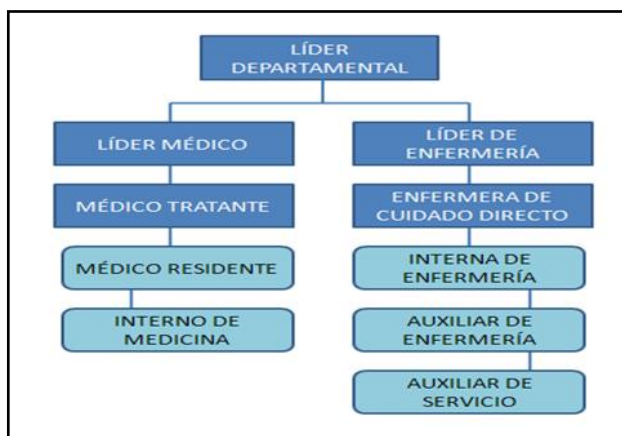
1.1.5. Organización administrativa

Organigrama funcional



Organigrama 1: Organigrama del Área de Neonatología Hospital Miguel H Alcívar.
Fuente: Departamento administrativo Hospital "Miguel H. Alcívar" de Bahía de Caráquez.

Organigrama funcional



Organigrama 2: Organigrama del Área de Neonatología Hospital Miguel H Alcívar.
Fuente: Servicio de Neonatología del Hospital "Miguel H. Alcívar" de Bahía de Caráquez.

El talento humano está compuesto por:

- ✓ Gerente Hospitalario
- ✓ Director Hospitalario
- ✓ Médicos Tratantes hospital
- ✓ Médicos Tratantes Consulta Externa
- ✓ Médicos Residentes
- ✓ Obstetrix
- ✓ Enfermeras
- ✓ Profesional de laboratorio clínico
- ✓ Laboratorista
- ✓ Tecnólogos
- ✓ Personal administrativo
- ✓ Choferes profesionales
- ✓ Técnicos en mantenimiento
- ✓ Auxiliares de radiología
- ✓ Auxiliares de laboratorio
- ✓ Auxiliares de farmacia
- ✓ Auxiliares de enfermería
- ✓ Auxiliares de alimentación
- ✓ Auxiliares administrativos de salud

1.1.6. Servicios que presta la institución

Por ser un Hospital de 2 Nivel nuestra área no cuenta con cuidados Intensivos, presta los siguientes servicios:

- **Cuidados Intermedios:** En donde se reciben e los neonatos más complicados y prematuros.
- **De engorde:** neonatos de engorde, estables y de observación RN. que nacen de parto o de Cesario que necesitan de observación
- **Infectados:** Se presta los servicios a los pacientes que vienen de otras unidades operáticas, o pacientes infectados que nacen el hospital.

1.1.7. Datos estadísticos de cobertura

El total de pacientes atendidos en el año 2012 en el Hospital "Miguel H. Alcívar" (ver tabla. 1)

Tabla. 1: 10 primeras causa de morbilidad Hospital Miguel H Alcívar atención en el servicio de neonatología (2012)

N°	CIE 10	PATOLOGIA	%
1	P 36	INFECCIÓN PERINATAL	37.3%
2	P59.P	HIPERBILIRRUNEMIA	8.4%
3	921	ASFIXIA NEONATAL	6.2%
4	P70.4	HIPOGLICEMIA	5.3%
5	P22	RNPT EMH.	3.5%
6	P24	SINDROME DE ASPIRACIÓN MECOÑAL	5.1%
7	P22.1	TAQUINIA TRASINTORIA	4.1%
8	P07	PREMATUREZ EXTREMA	2.4%
9	P05	PESO BAJO PARA LA EDAD GESTACIONAL	4.2%
10		OTRAS	25.5%
		TOTAL	100%

Fuente: Dpto. Estadística del Hospital Miguel H Alcívar
 Autora: Lic. Magdalena Mestanza

Análisis e interpretación: En la tabla 1. Se puede evidenciar del perfil epidemiológico del área de neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar, de las 10 patologías más frecuentes la infección perinatal corresponde al mayor índice con el 37,35, seguido por la hiperbilirrunemia con el 8,4% y la asfixia neonatal con el 6,2%, la minoría corresponde al peso bajo para la edad gestacional con el 4,2%.

1.1.8. Características geofísicas de la institución

En 1937 se inaugura en Bahía de Caráquez el hospital “Miguel H. Alcívar”, dirigido por el Dr. Octavio Viteri Velásquez, junto con la Comunidad de las Hijas de la Caridad siendo Director de la Asistencia Pública de Manabí el Dr. Loor Moreira y siendo dictador de la República el Ing. Federico Páez.

La fundación de los hospitales en Manabí, el de Portoviejo primero y luego el de Bahía, abren un nuevo capítulo con la novedad del paciente “ingresado”, las primeras intervenciones quirúrgicas y la atención de partos en manos profesionales.

Evidentemente nuestras casas de salud eran inicialmente muy precarias; el hospital de Bahía se inició en una casona de madera muy antigua que antes fue vivienda de una numerosa familia; con ese origen tan modesto este hospital fue creciendo al impulso del

hombre que era a la vez Director, consejero espiritual, maestro de obras en las ampliaciones que se iban haciendo, cirujano, partero, pediatra, que aún se daba tiempo para asistir como Diputado o Senador al Congreso Nacional y conseguir modestísimas partidas de la época para continuar en las adecuaciones que la vieja casona necesitaba para aspirar a llamarse hospital; al Dr. Octavio Viteri Velázquez

Actualmente el hospital se encuentra ubicado en la Parroquia Leónidas Plaza con una infraestructura nueva que cuenta con una capacidad para 120 camas, brinda los servicios de Pediatría, Cirugía, Gineceo obstetricia, Neonatología, Medicina Interna Quirófano, Emergencia, Consulta Externa, Laboratorio, Farmacia. Cocina, Lavandería, Departamento de sistemas, Registro Civil, Rehabilitación y Banco de Sangre

El Hospital "Miguel H. Alcívar" es una Institución de Salud Pública del MSP, está ubicado en el Cantón Sucre de la provincia de Manabí. Cuenta con una infraestructura diseñada para dar servicios de emergencia, consulta externa, hospitalización y servicios técnicos complementarios. (Verimanen N°3)



Imagen 3. Fachada del frente del Hospital Miguel H Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez

Está ubicado en la Parroquia Leónidas Plaza circundado por las calles Amazonas, Virgilio Estoper y Rocafuerte, tiene a su alrededor el Parque de Leónidas Plaza; tiene una área de terreno de

El primer bloque, luego de ingresar al hospital, tiene la planta baja funciona la administración del Hospital, la Consulta externa con sus diferentes consultorios, Laboratorio, el Registro

Civil, Emergencia, Farmacia Cocina y Lavandería.

El 1er Bloque se encuentra el servicio de Gineceo Obstetricia, con una capacidad de 36 camas, Quirófano y Neonatología con capacidad de 13 termo cunas. El 2° piso se encuentra la sala de Pediatría con capacitación de 24 camas, Cirugía con capacidad de 24 camas. El 3° piso se encuentra el servicio de Medicina Interna con capacidad de 33 camas.

Para el funcionamiento de los servicios básicos, cuenta con cámara de transformación eléctrica, dos cisternas de agua potable sistema telefónico, sistema de Informática, sistema de alarma central de oxígeno, sistema de vapor y agua caliente.

1.1.9. Políticas de la institución

El Hospital “Miguel H Alcívar” tiene por política y finalidad impulsar las capacidades y potenciales individuales y colectivos que propicien el mejoramiento de la calidad de vida y salud, así como también la armonía con el entorno natural, social y cultural.

De acuerdo al Plan Estratégico del Hospital “Moguel H Alcívar” de Bahía de Caráquez se indica que:

Este hospital sigue los lineamientos emanados directamente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los mismos que se enmarca en la modernización del estado, uso racional y adecuado a los recursos, manejo sustentable de programas y proyectos.(Hospital Miguel H. Alcívar, 2013)

1.2. Marco conceptual

1.2.1. Calidad de atención

El concepto de calidad se origina en los métodos industriales. Así en las empresas se refiere a la calidad total como el conjunto de principios, de procesos organizados y de estrategia global que pretende movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas de la organización para proporcionar productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores a menor costo.

De acuerdo con la definición aportada por el Diccionario de la Real Academia Española, el concepto de calidad se refiere a la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Por consiguiente, la calidad tiene distintos significados que

involucran cuestiones relativas a la durabilidad de un bien o servicio, así como con su precio, pertinencia, oportunidad, disponibilidad y aceptación, todo lo cual se puede valorar a partir del cumplimiento o no de cierto tipo de estándares, satisfacción de necesidades y logro de metas, entre otras características.(Sánchez & Flores & Martin, 2011, p.87)

Calidad de atención es un conjunto de objetos, no solo es que esto sea atractivo a la vista, la calidad significa contar con todo lo necesario, con ambientes adecuados, con medicamentos necesarios, con todo eso, es un conjunto de cosas que hacen la calidad. En el perímetro de la salud se debe tener en cuenta al sujeto de esta atención, que es el paciente.

La calidad de atención en salud no puede precisarse exclusivamente desde un actor del sistema de salud. El paciente, prestador, asegurador o la entidad de salud tiene una apreciación diferente, que, sin objetar y estando de acuerdo con las demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora.

Para quien ofrece el servicio la apreciación de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos designar científicos, técnicos y tecnológicos implicados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología útil. El resumen anterior sirve para enseñar como la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos cada uno estimado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate.

1.2.2. Normativa neonatal

Todos los servicios de neonatología deben brindar un método de información generada por sus pacientes. La complejidad y extensión del mismo depende del nivel asistencial que se preste y de la política informativa que se haya considerado. En todos los casos deberán contar con unos datos básicos y unas pautas comunes así como unas explotaciones homogéneas; administrativas, clínicas, mortalidades etc. y todo aquello que sea imprescindible conocer y evaluar periódicamente para determinar la calidad de los servicios.

La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad. Uno de cada cinco embarazos y una de cada diez muertes maternas ocurren en adolescentes. Más de la mitad de las muertes infantiles en menores de un año ocurren en el momento o alrededor del nacimiento. La mayoría de las mujeres y recién nacidos que fallecen son indígenas o

afroecuatorianos, pobres o provenientes de áreas rurales. Siete provincias y once cantones acumulan la mayor parte de los casos.(MSP, 2010, p.9)

Las normas y protocolos de atención materna neonatal incluida y los estándares e indicadores para mejorar la calidad de atención materna neonatal, deben ser elaborados en el marco del plan de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal.

Reconocemos que las políticas, planes, programas, normas y protocolos son un paso importante para garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, pero no son suficientes. Tenemos que fortalecer la vigilancia y control de su cumplimiento en las instituciones que conforman el sector salud, pero sobre todo crear el compromiso y la satisfacción en los profesionales y trabajadores de la salud para basar nuestras intervenciones en las mejores prácticas científicas y humanas, que garanticen embarazos, partos y nacimientos seguros para todas y todos. (MSP, 2010, p.9)

Las normas y protocolos de atención neonatal según estos criterios tiene por objeto, establecer los pautas y pautas para vigilar y atender la salud de la mujer y el neonato en las prácticas sanitarias más seguras, más efectivas y eficaces, capaces de atender las complicaciones que se deriven de esta atención para lograr la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

1.2.3. Garantía de calidad en los servicios de salud

Garantía de calidad es el efecto del compromiso formal de la institución como un todo, del grupo humano que allí labora, de los recursos presupuestales, de los equipos, de las condiciones de la infraestructura física, de los elementos que se manejan y del servicio oportuno y diligente que se preste. Es el producto de una buena planeación, de una excelente gestión gerencial y administrativa, de una enseñanza consistente del personal, de una continua evaluación y una rigurosa retroalimentación, de una labor investigativa, de una motivación general, de una voluntad completa para realizar de manera correcta sus propósitos con un fin único que es la satisfacción del paciente.

La calidad de la atención en salud es el resultado de una definición adecuada de los contenidos de atención, es decir normas y estándares actualizados y basados en evidencia científica y de la ejecución apropiada de los procesos de la atención a los/as usuarias de acuerdo a esas normas. (MSP, 2010, p.14)

En el Sector Salud se maneja normalmente cuatro palabras con las que se intenta enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia.

Cuando la prestación de servicios se efectúa con equidad, dando más a quién más necesita certificando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías apropiadas, con efectividad, alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos paralelos, podemos decir sin duda que esto forma Calidad de los Servicios de Salud.

La atención del RN con alguna patología corresponde a los niveles 2 y 3. El nivel 2 (mediana complejidad) brinda asistencia en un área que tenga entre 3.000 y 6.000 nacimientos por año y debe contar con una terapia neonatal intensiva adecuada para la mayoría de las patologías clínicas, pero no incluye la asistencia de niños que requieran cirugía cardíaca, neurocirugía, tratamientos complejos (circulación extracorpórea, ventilación de alta frecuencia, cateterismo intervencionista, diálisis, etc.) y estudios diagnósticos muy especiales. Éstos corresponden al nivel 3 de atención, que es el máximo que se puede brindar. Es necesario disponer de un centro de nivel 3 cuando el número de RN en el área de influencia supera los 6.000 por año. Ambos niveles, 2 y 3, deben contar con servicios de laboratorio diagnóstico por imágenes y médicos de guardia durante las 24 horas. Además, deben poseer una infraestructura apropiada para las actividades de docencia e investigación. (Ceriani, 2009, p. 4)

Conociendo los caminos críticos del proceso médico en busca de la calidad, llegamos a considerar que para el cumplimiento de la misión es preciso apoyarnos en cuatro ejes: Calidad de Servicio: Satisfacción y Cuidado centrado el neonato y su familia, Valor y eficiencia: productividad, tasa de uso, estandarización de procesos, Accesibilidad y Efectividad

Con estos criterios desarrollamos una serie de programas para lograr una formación de recurso humano acostumbrada a funcionar en equipos interdisciplinarios como unidades diferenciadas e integradas en la tarea médico-asistencial. Para ello hemos establecido algunos nuevos programas de trabajo, que tienden a la conformación de equipos multi e interdisciplinarios.

Programa de Salud se refiere a una actividad grupal organizada durante la misma, se manejan problemas habituales como comunicación, conflictos éticos, refutaciones en las conductas, la muerte y cualquier inconveniente surgido del trabajo. El programa de mejora continua de la calidad es una representación de trabajo interdisciplinario que implica revisiones y actualizaciones de las prácticas de cuidado del Recién Nacido. Los aspectos de la tarea asistencial son considerados por grupos de médicos, enfermeras, residentes, y personal de farmacia o administración.

Dos aspectos básicos de la calidad de la atención son la Calidad Técnica, que se refiere a que los contenidos técnicos y la ejecución de la atención de salud deben ceñirse a las normas basadas en la evidencia científica, y la calidad percibida por el usuario, que se refiere más bien a cómo la usuaria/o percibe aspectos relativos al trato interpersonal, tiempos de espera, comodidades, limpieza, satisfacción con la atención recibida, etc. El Mejoramiento Continuo

de la Calidad es un enfoque gerencial que busca el desarrollo organizacional ordenado y planificado, orientado a la satisfacción de las necesidades del/a usuario/a y del cumplimiento de normas técnicas, organizando, identificando y mejorando todos los aspectos de los procesos de atención en los servicios de salud. (MSP, 2010, p.14)

El MSP (2010) propone tres momentos metodológicos:

- 1) La Definición Operativa de la calidad a través de estándares e indicadores. Un estándar de calidad es la declaración explícita de la calidad esperada en un proceso de atención, que deriva de las Normas de Salud Sexual y Reproductiva del MSP
- 2) La Medición o Monitoreo de la calidad, es el proceso de recolección y análisis de datos para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares, a través de indicadores medidos por los EMCC de las unidades operativas, y que son comunicados periódicamente a los distintos niveles del sistema (DPS y Nivel Central)
- 3) El Mejoramiento de la calidad, es una metodología sistemática que introduce cambios concretos en los procesos de atención, a través de ciclos rápidos, lo cual facilita trabajar objetivos de mejoramiento de la atención, planificar y ejecutar los cambios, y posteriormente medir si los cambios realizados realmente produjeron el mejoramiento. (MSP, 2010, p.14)

El cumplimiento de los estándares se mide a través de indicadores, que son herramientas de análisis cuantitativo de la calidad. El monitoreo es una parte muy importante del sistema de garantía de calidad, y para que funcione de forma eficiente, se debe considerar las siguientes Acciones: Definir estándares e indicadores de calidad. Recolección periódica de la información necesaria para construir los indicadores por los equipos de mejora continua en las unidades. Flujo y reporte de la información que asegure la presentación, análisis, retroalimentación de los resultados en las instancias adecuadas desde y hacia las Áreas de Salud, Hospitales Cantonales y Provinciales, la Dirección Provincial de Salud, el nivel Central y su difusión para la toma de decisiones técnicas y políticas. (MSP, 2010, p.15)

El fin de esta guía de estándares de calidad es apoyar la implementación de la metodología de la calidad total en las atenciones. Mediante la formulación de estándares de calidad, pretendemos, precisamente, mejorar la actividad de los programas de atención a las familias y su entorno es un conjunto de buenas prácticas, que se resumen mediante una serie de indicadores, que optimizan los recursos disponibles.

1.2.4. Equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC)

El equipo técnico del hospital debe satisfacer el número adecuado de equipos de mejoramiento de la calidad, conforme a su propia realidad y a las necesidades de mejora de

los servicios y/o técnicas de atención, considerando las deficiencias que presente el hospital.

Por ejemplo, puede conformarse equipos que trabajen para mejorar la calidad de la atención del parto normal, de las complicaciones obstétricas, de la atención neonatal, de la consulta externa, de la emergencia, etc. Para la conformación de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC), se debe considerar que se lo haga con personal multidisciplinario y que tengan estrecha relación de trabajo con el proceso o servicio deficiente. Por ejemplo, para la atención del parto, deberán estar tanto quienes lo atienden directamente, como el personal que apoya su atención. El equipo técnico conductor del hospital, debe designar una persona responsable por cada equipo de mejoramiento de la calidad que se haya creado, muchas veces los miembros del Equipo técnico conductor son también miembros de los EMCC. (MSP, 2010, p.15)

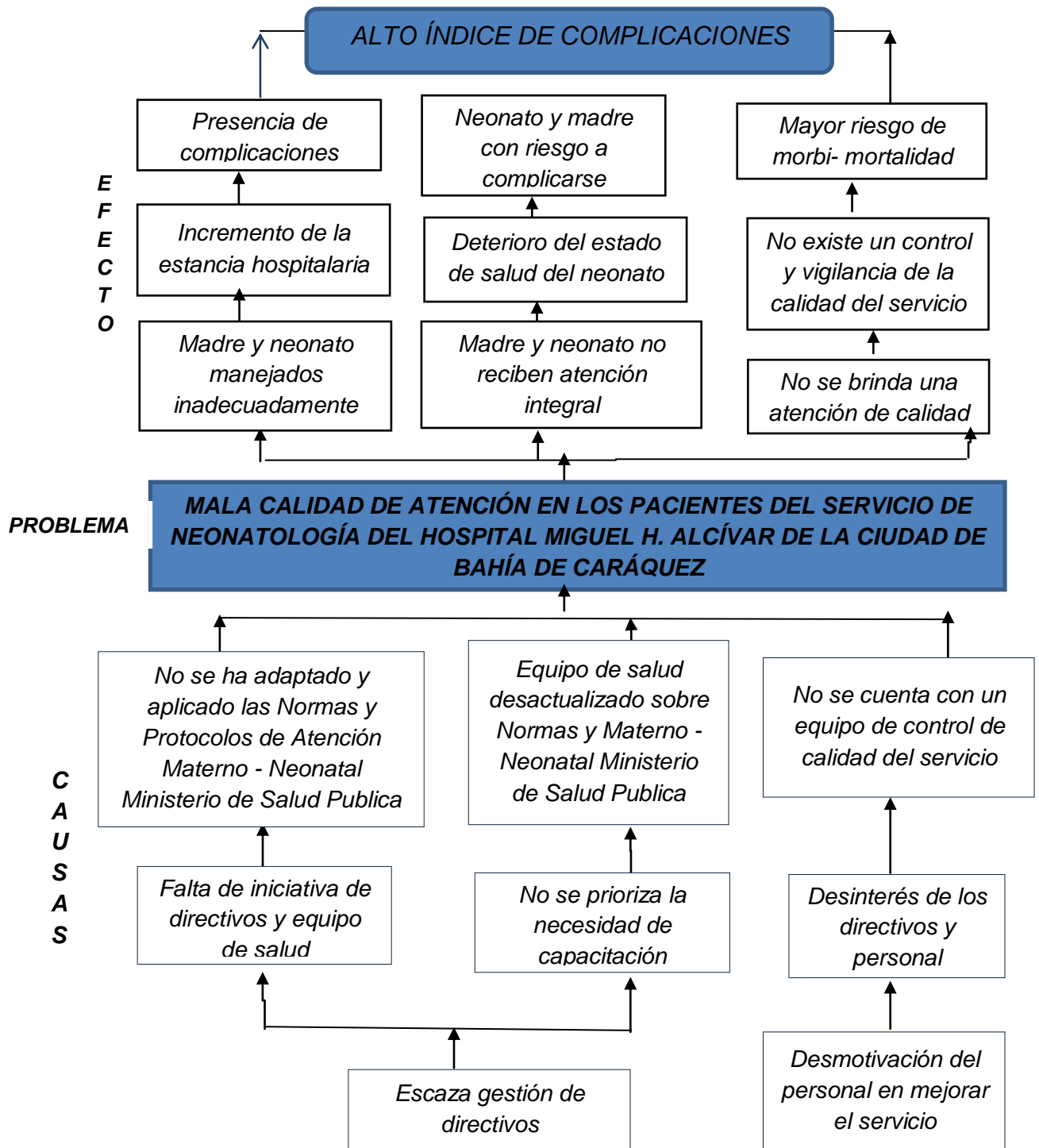
CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Matriz de Involucrados

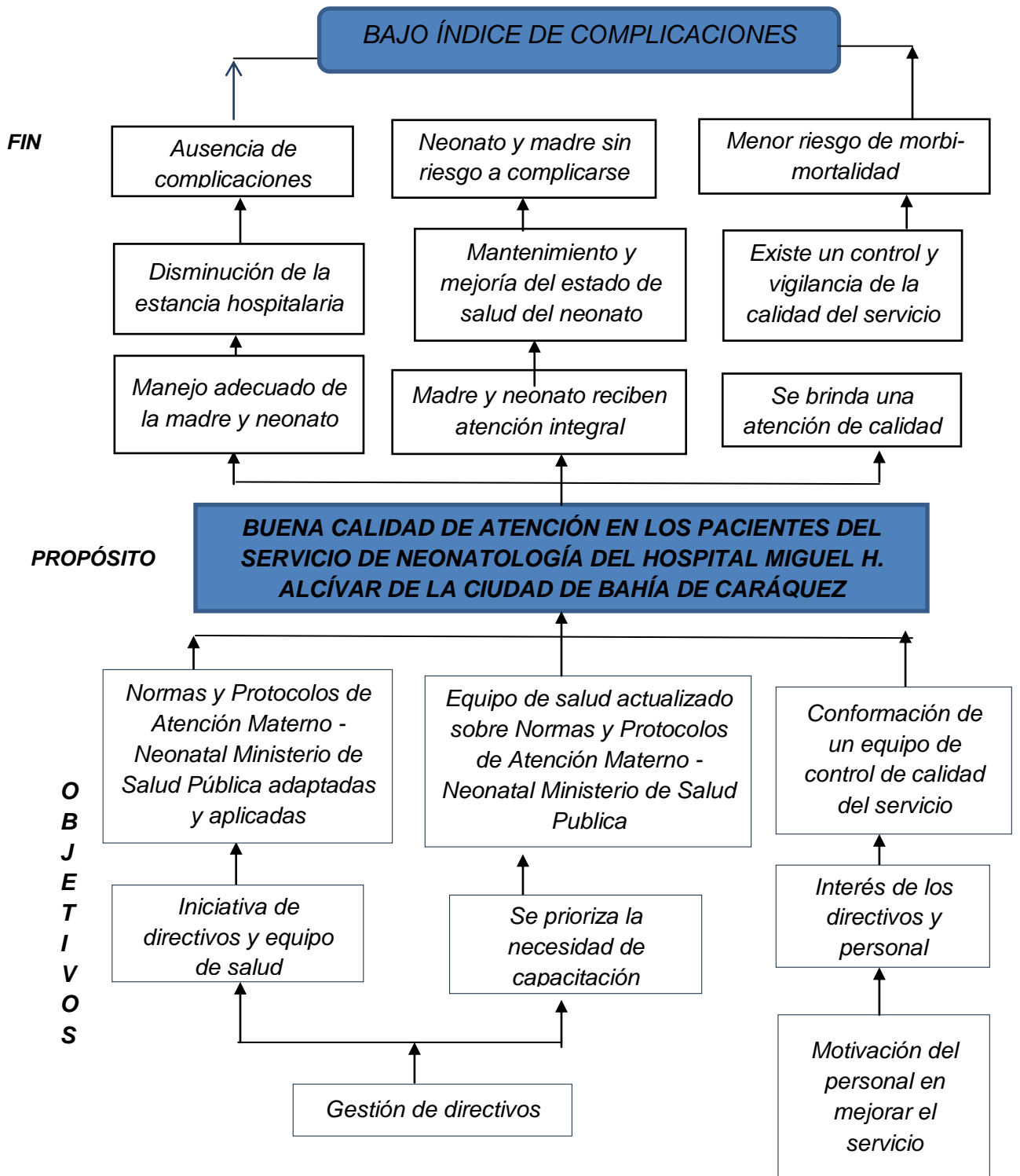
GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez	Brindar atención especializada con protección al usuario externo e interno.	RECURSO: Humano, material y financiero. MANDATO: Constitución de Ecuador 2008. Capítulo tercero. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.	<ul style="list-style-type: none"> • Mala calidad de atención al Neonato. • Mala infraestructura física.
Personal de salud del servicio de neonatología	Capacitarse en el manejo adecuado de los pacientes Neonatos.	RECURSOS: Humanos, material. MANDATOS: Título VII Régimen del buen vivir Capítulo primero Art. 340.- El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de enfermería desactualizado en el manejo del R.N. • No existen normas, procedimientos ni protocolos de atención al neonato. • Desorganización administrativa del área de atención. • No hay un plan de capacitación para el personal. • No existen normas, procedimientos, ni protocolos de atención al Neonato.
Padres de neonatos que están ingresados en el hospital de Bahía de	Elaboración de Normas, procedimiento y protocolos de atención al	RECURSO: Humano, material y financiero. MANDATO: Título VII	<ul style="list-style-type: none"> • Personal no desarrolla en forma segura su actividad laboral. • Inexistencia de un

Caráquez	paciente Neonato. Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención al R.N.	RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR Art. 362.- Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el Consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.	comité que evalúe los riesgos en la Institución.
Maestranteros de la UTPL	Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención del neonato	Recursos Humanos Materiales Económicos Mandato Título IV. Evaluación, aprobación de materias. Trabajo de fin de carrera Modalidad presencial. Art. 12.-Del proyecto de fin de carrera	

2.2. Árbol de Problemas



2.3. **Árbol de Objetivo**



2.4. Matriz del marco lógico

ASPECTOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN			
Contribuir a disminuir el índice de complicaciones en los pacientes del servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez	-Hasta Noviembre del 2013 se disminuye un 10% de complicaciones del servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez	Estadísticas de atención	autoridades comprometidas
PROPÓSITO			
Los pacientes del servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez reciben buena calidad de atención.	-Hasta Junio del 2013 el 100% de los pacientes del servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez reciben buena calidad de atención.	-Resultados de las encuestas de calidad de atención Fotocopias	-Equipo de salud involucrado.
RESULTADOS			
1. Normas y Protocolos de Atención Materno – Neonatal del Ministerio de Salud Pública adaptados y aplicándose	-Hasta el 1 de Abril del 2013 el 100% de las normas y protocolos del MSP adaptados -Hasta el 1 mayo del 2013 el 100% de las normas y protocolos de atención Materno Infantil aplicándose	-Manual de Normas - H. Clínica - fotografías	-Equipo de salud participando en el proyecto.
2. Equipo de salud actualizado sobre Normas y Protocolos de Atención Materno – Neonatal del MSP	Hasta el 15 de Agosto del 2013 el 100% del Equipo de salud actualizado sobre Normas y Protocolos de Atención Neonatal del Ministerio de Salud	√ Registro de asistencias √ Evidencias fotográficas.	√ Equipo de salud participando de las capacitaciones
3. Equipo de control de calidad del servicio conformado	Hasta el 30 de agosto del 2013 existe un 100% del Equipo de control de calidad del servicio conformado	√ Oficios √ Actas de conformación √ fotografías	√ Apoyo de las autoridades del Hospital

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO 1: Normas y Protocolos de Atención Materno - Neonatal Ministerio de Salud Pública adaptadas y aplicadas			
1.1. Adaptación de las normas y el protocolo. 1.1.1. Revisión del Manual del MSP 1.1.2. Selección de temas 1.1.3. Conformación de un equipo responsable	√ Maestrante √ Equipo de salud	29 de Marzo del 2013	√ Material de oficina √ Impresiones √ Internet √ \$50
1.1.4. Revisión del borrador 1.2. Aprobación de las normas y protocolos adaptadas al servicio	√ Maestrante √ Equipo de salud	30 de marzo del 2013	√
1.3. Aplicación de las Normas y Protocolos de Atención Materno - Neonatal Ministerio de Salud Pública 1.3.1. Temas del Componente: √ Recepción de recién nacido √ Reanimación de recién nacido √ Asfixia √ Recién nacido prematuro √ Peso bajo al nacimiento √ Tamizaje neonatal √ Enfermedad de membrana hialina √ Neumonía √ Infección √ Hipoglicemia √ Hiperbilirrubinemia √ Policitemia √ Anemia √ Líquidos y electrolitos √ Transporte	√ Equipo de Salud	26 de Abril 2013	√ Materiales varios √ \$100

RESULTADO 2: Equipo de salud actualizado sobre Normas y Protocolos de Atención Neonatal del Ministerio de Salud			
2.1. Elaboración del Plan de capacitación al equipo de salud. 2.2. Temas : √ Protocolo de manejo de la recepción del recién Nacido. √ Antes del nacimiento. √ Después del nacimiento √ Protocolo de manejo de atención subsecuente al recién nacido.	√ Maestrante √ Equipo de salud	2 de agosto 2013	√ Material de oficina √ Impresiones √ Internet √ \$ 50.00

√ Después de la recepción			
√ Reanimación			
√ Esquema de Procedimientos			
2.3. Ejecución de la capacitación actualizado sobre Normas y Protocolos de Atención Neonatal del Ministerio de Salud	√ Maestrante √ Capacitadores	9 de agosto 2013	√ Material de oficina √ Enfocus √ Computadora √ Materiales de apoyo √ Refrigerio \$ 300.00
2.3.1. Aplicación del plan y cronograma			
2.4. Evaluación al equipo de salud.	√ Maestrante	15 de agosto 2013	√ Material de oficina √ Impresiones √ Esferográficos \$10
2.5. Aplicación de una encuesta de satisfacción			

RESULTADO 3 : Equipo de control de calidad del servicio conformado			
3.1. Definición operativa de la calidad de la atención materno neonatal del Hospital	√ Maestrante √ Autoridad del hospital	16 de agosto 2013	√ Materiales de oficina \$10
3.1.1. Reunión con las autoridades para analizar:			
√ Organización y funciones para el mejoramiento de la calidad de la atención materno neonatal			
3.2. Conformación del equipo responsable de la calidad del servicio	√ Maestrante √ Equipo de salud √ Autoridades	23 de agosto 2013	√ Material de oficina √ Hojas √ Esferográficos √ Refrigerio \$ 50.00
3.2.1. Definición de funciones y responsabilidades del equipo de control de calidad del servicio	√ Maestrante √ Equipo de salud √ Autoridades	24 de agosto 2013	√
3.3. Construcción de los indicadores de calidad (listas de chequeo de insumos y equipos, y encuestas de satisfacción a usuarias)	√ Maestrante √ Equipo de control de calidad del servicio	29 de agosto 2013	√ Material de oficina \$30
3.4. Ejecución de actividades	√ Maestrante √ Equipo de control de calidad del servicio	30 agosto 2013	√ Material de oficina \$30

CAPITULO III
RESULTADOS

RESULTADO 1: Normas y Protocolos de Atención Materno - Neonatal del Ministerio de Salud Pública adaptadas y aplicadas.

Para lograr este resultado se llevaron a cabo las siguientes actividades:

1.1 Adaptación de las Normas y Protocolos de Atención Materno - Neonatal del Ministerio de Salud Pública.

Para el cumplimiento de esta actividad del 29 de marzo del 2013 se realizó una revisión de normas y protocolos aplicables a las actividades del área de neonatología, para el efecto se diseñó una lista de chequeo de los procedimientos que se deben considerar en el trabajo diario, a continuación la lista, de acuerdo a las normas y protocolos emitidas por el CONASA (Consejo Nacional de Salud) en torno al componente neonatal. Cada uno de los pasos del protocolo subsecuente al nacimiento se realizó con el apoyo de la lista de chequeo precedente, dando constancia y cumplimiento a lo que establece la norma del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Ver figura 4)

Para este efecto se realizaron las siguientes actividades:

1. Revisión del Manual del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
2. Selección de los Temas
3. Conformación de un equipo responsable
4. Revisión del borrador

Los temas fueron escogidos en base a la lista de observaciones realizadas de acuerdo a los indicadores del Ministerio de Salud Pública en cuanto a la atención neonatal se refiere en el área del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez, a continuación los temas generales:

1. Atención del post – parto
2. Atención del/a recién nacido/a término y pretermo

La temática a desarrollar será:

1. Peso bajo al nacimiento
2. Neumonía
3. Infección o Sepsis

4. Hipoglicemia
 5. Hiperbilirrubinemia
 6. Dificultad respiratoria
-
- √ Recepción de recién nacido
 - √ Reanimación de recién nacido
 - √ Asfixia
 - √ Recién nacido prematuro
 - √ Peso bajo al nacimiento
 - √ Tamizaje neonatal
 - √ Enfermedad de membrana hialina
 - √ Neumonía
 - √ Infección
 - √ Hipoglicemia
 - √ Hiperbilirrubinemia
 - √ Policitemia
 - √ Anemia
 - √ Líquidos y electrolitos
 - √ Transporte

1.2 Revisión de borradores y aprobación

Se realizó también la reunión de revisión de borrador de la revisión de normas y protocolos de atención del recién nacido y de las actividades inherentes al área de neonatología.



Figura 4. Material bibliográfico sobre las Normas y Protocolos de Atención Materno - Neonatal del Ministerio de Salud Pública.



Leónidas Plaza 20 de Junio del 2013

Proyecto mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel h Alcivar de Bahía de Caráquez en la Provincia de Manabí año 2013

Responsable: Lcda. Sor Magdalena Mes tanza Lombeida

Lic.

Ana María Vera
COORDINADORA DE DEPARTAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Presente.

De mis consideraciones

Por medio de la presente me dirijo a Usted para pedirle de la manera muy comedida forme parte de la Comisión de Revisión de las Normas Y protocolos del Proceso de Neonatología la misma que contribuirá al mejoramiento de la calidad de nuestro servicio por motivo de estar realizando la tesis de grado en el lugar que laboro el tema es: **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL H ALCIVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABI AÑO 2013.**

La misma que se realizará el día 25 de Junio del presenta año en EL Departamento de Enfermería a las 15h30.

Esperando contar con su valiosa presencia quedo de Usted muy agradecida

Atentamente:

Lcda. Sor Magdalena Mes tanza Lombeida

LCDA SOR MAGDALENA MESTANZA LOMBEIDA

*Recibido
20 de Junio del 2013
Ana María Vera*

Figura. 4: Petición de participación en la revisión e normas y protocolos



Figura. 5: Conformación de un equipo responsable de la revisión de los protocolos y normas



Figura. 5: asistentes en la reunión de la revisión de los protocolos y normas

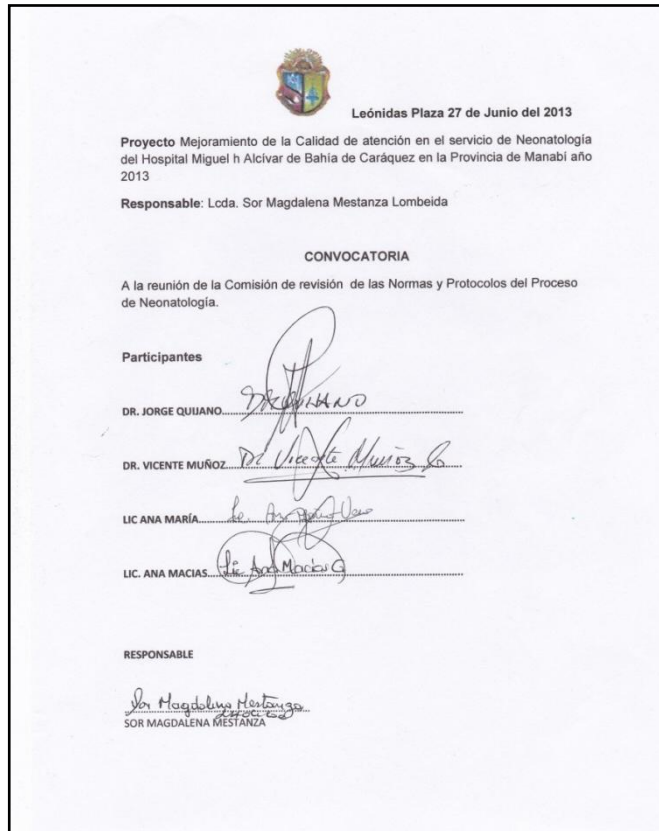


Figura. 6 Participantes en la reunión de aprobación de las normas y protocolos de neonatología

1.3 Aplicación de las Normas y Protocolos de Atención Materno - Neonatal Ministerio de Salud Pública

Para el cumplimiento de esta actividad desde el 26 de abril del 2013 el equipo de salud del departamento aplica la atención al neonato mediante las Normas y Protocolos de Atención Materno - Neonatal Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Ver figura 7)



Figura. 7. Médico aplicando los procedimientos del manual de normas y protocolos



Figura. 8. Personal de salud aplicando los procedimientos del manual de normas y protocolos, en cuanto a la información a las madres de neonatos.

PROTOCOLOS DE MANEJO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO.

MSP (COMPONENTE NEONATAL –CONASA)

NIVELES DE ATENCIÓN	I	II	III	SE REALIZÓ	NO SE REALIZÓ	OBSERVACIÓN
PROTOCOLO DE MANEJO DE ATENCIÓN SUBSECUENTE AL RECIÉN NACIDO. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)						
DESPUEÉS DE LA RECEPCIÓN-REANIMACIÓN DEL RN.	X	X	X	X		
1. El lavado de manos debe ser de dos minutos antes de ingresar al servicio y 15 segundos para cada valoración. Debe hacerse desde los dedos hacia los codos, con jabón sin antiséptico. Secarse manos y antebrazos con toallas de papel. Colocarse después alcohol gel al 70%. Después de haberse lavado las manos, NO tocar otros objetos y partes del cuerpo del examinador.	X	X	X	X		

<p>2. Hacer examen físico completo y registro de datos en la historia clínica (Formularios 051 y 052). Realizar antropometría: medición de peso, talla y perímetro cefálico. Graficar estos datos en las curvas correspondientes</p>	X	X	X	X		
<p>3. Administrar 1 mg de vitamina K intramuscular (muslo derecho) en recién nacido a término (RNT) y 0.5 mg en recién nacido pretérmino (RNPR), para prevenir la enfermedad hemorrágica.</p>	X	X	X	X		
<p>4. Aplicación ocular de 1 gota de nitrato de plata al 1% o ungüento oftálmico de eritromicina al 0.5% para prevenir conjuntivitis gonocócica.</p>	X	X	X	X		
<p>5. Calcular edad gestacional por FUM, ECO, para determinar si el RN es a término, prematuro y posmaduro. Si no se dispone de estos datos, utilizar test de Capurro Somático y para prematuros el test de Ballard modificado o la siguiente medición: Perímetro Cefálico +2</p>	X	X	X	X		
<p>6. El control de la temperatura en el RN es indispensable, debido a su labilidad en la termorregulación (capacidad para mantener una temperatura corporal interna normal): En los cuidados posteriores, mantener temperatura ambiental neutra (rango de temperatura en la cual las funciones metabólicas del RN se realizan con el menor consumo de oxígeno). No colocar al RN cerca de ventanas o corrientes de aire. No usar bolsas de agua caliente para calentar al RN. El transporte debe realizarse de acuerdo a las normas establecidas (ver Transporte) TEMPERATURA °C Axilar 36,5°C – 37 °C Rectal 0.5°C – 1°C más alta que la axilar Piel Abdominal 36°C – 36.5°C Se considera hipertermia o fiebre a la temperatura axilar > 37°C; e hipotermia o enfriamiento a la temperatura axilar < de 36,5°C. Al momento del nacimiento es indispensable evitar la pérdida de calor, porque la hipotermia impide una adaptación del RN (aumento del consumo de oxígeno, mayor producción de ácido láctico, inhibe la</p>	X	X	X	X		

producción de surfactante).						
7. Tener en cuenta las siguientes patologías como factores de riesgo para la hipotermia: asfixia, choque, sepsis, hemorragia intracerebral, malformaciones congénitas, síndrome de distrés respiratorio, prematurez y el peso bajo para la edad gestacional.	X	X	X	X		
8. Reconocer precozmente los signos de adaptación deficiente, si el RN no inicia o mantiene su función respiratoria normal o hay signos de enfermedad como ictericia precoz (en las primeras 24 horas de vida), fiebre, vómito, diarrea, distensión abdominal, mala succión, disminución o aumento del tono muscular, temblor, palidez, hemorragia o malformaciones congénitas; referirlo de inmediato al nivel de mayor complejidad para atención especializada.	X	X	X	X		
9. Si existe hipoglicemia, corregirla y evitar cambios bruscos de temperatura. Cada 30 minutos debe medirse la temperatura axilar hasta que suba a > de 36,5°C. De igual manera, vigilar la glicemia.	X	X	X		X	No se observó
10. Bañar con agua segura tibia entre las seis y doce horas de vida, cuando la temperatura del RN se haya estabilizado y si el peso es > 2 000 gramos. No bañarlo en la sala de partos.	X	X	X	X		
11. Vestir al RN. El tipo y cantidad de ropa a utilizar no debe restringir los movimientos y está condicionada a la temperatura ambiental.	X	X	X	X		
12. No permitir el uso de ombligueros, talcos, aceites, ni colonias en RN.	X	X	X	X		
13. Si las condiciones de la madre y del RN lo permiten, mantener al RN permanentemente junto a su madre, desde el nacimiento y hasta el alta. Iniciar el Método Canguro de ser necesario (ver Capítulo: "Prematurez").	X	X	X		X	Se lo ponen en cuna aparte
14. Colocar al niño en la misma cama de su madre, en un plano inclinado con la cabecera más alta que los pies.	X	X	X	X		
15. El alojamiento conjunto favorece el mantenimiento de la lactancia materna y fortalece el vínculo emocional entre madre y RN.	X	X	X	X		

<p>16. EVALÚE CONTRAINDICACIONES PARA LACTANCIA MATERNA</p> <p>Contraindicación absoluta: Citotóxicos e inmunosupresores VIH – Sida en la madre Galactosemia Compuestos radioactivos Drogas ilegales Otras: amiodarona, lindano</p> <p>Contraindicación relativa (evitar): Imidazólicos, aspirina, codeína, litio, cloranfenicol, quinolonas (ciprofloxacina), tiazidas, derivados del ergot. Alcohol, nicotina No consumir en exceso: café, chocolate, té, bebidas gaseosas.</p>	X	X	X		X	No se observó
<p>17. No administrar ningún otro líquido después del nacimiento, sino exclusivamente leche materna. Recomendar a la madre que debe dar de lactar a su RN cada vez que éste lo solicite; pero no exceder las dos horas sin alimentarlo.</p>	X	X	X	X		
<p>18. Explicar a la madre la técnica de lactancia:</p> <p>Posición adecuada y cómoda de la madre: sentada, espalda en respaldar. La cabeza del RN descansa en el pliegue del codo de la madre. El abdomen del RN está en contacto con el de la mamá (“ombbligo con ombbligo”). La oreja, el hombro y la cadera del RN deben estar alineados. La mano de la madre sostiene la espalda del RN. El mentón del RN toca el seno. La boca del RN agarra el pezón y la areola. El labio inferior está volteado hacia fuera. Se ve más areola por arriba de la boca que por debajo. La madre debe sostener su seno con la mano en forma de “C”, con el dedo pulgar hacia arriba.</p>	X	X	X	X		

NORMAS Y PROTOCOLOS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
	FREC.UENCIA	PORSENTAJE
Recepción del recién nacido	1	100
Lavado de manos	1	100
Fototerapia	1	100
Oxígeno terapia	1	100
Administración de fármacos	1	100

RESU
LTAD
O 1:
Norma
s y
Protoc
olos
de

atención Materno – Neonatal del Ministerio de Salud Pública adaptadas y aplicándose.

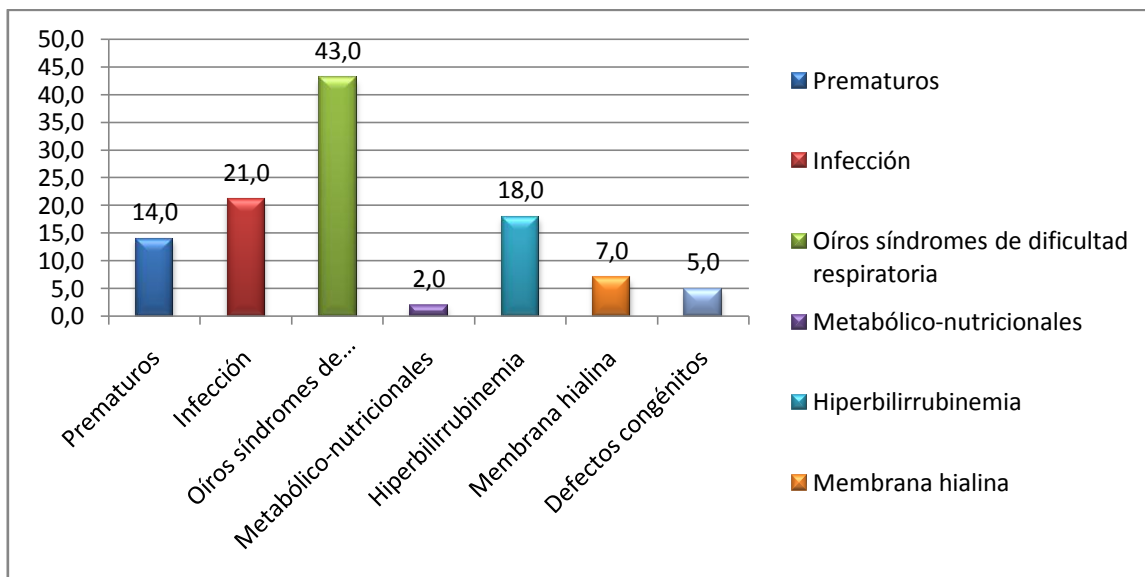
Hasta el 1 de abril del 2013 el 100% de las normas y protocolos del MSP adaptadas

Hasta el 1 mayo del 2013 el 100% de las normas y protocolos de atención Materno Infantil aplicándose.

Tabla 2. Recién Nacidos/as Atendidos

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Historias clínicas

Gráfico 2. Recién Nacidos/as Atendidos



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Historias clínicas

Análisis e interpretación:

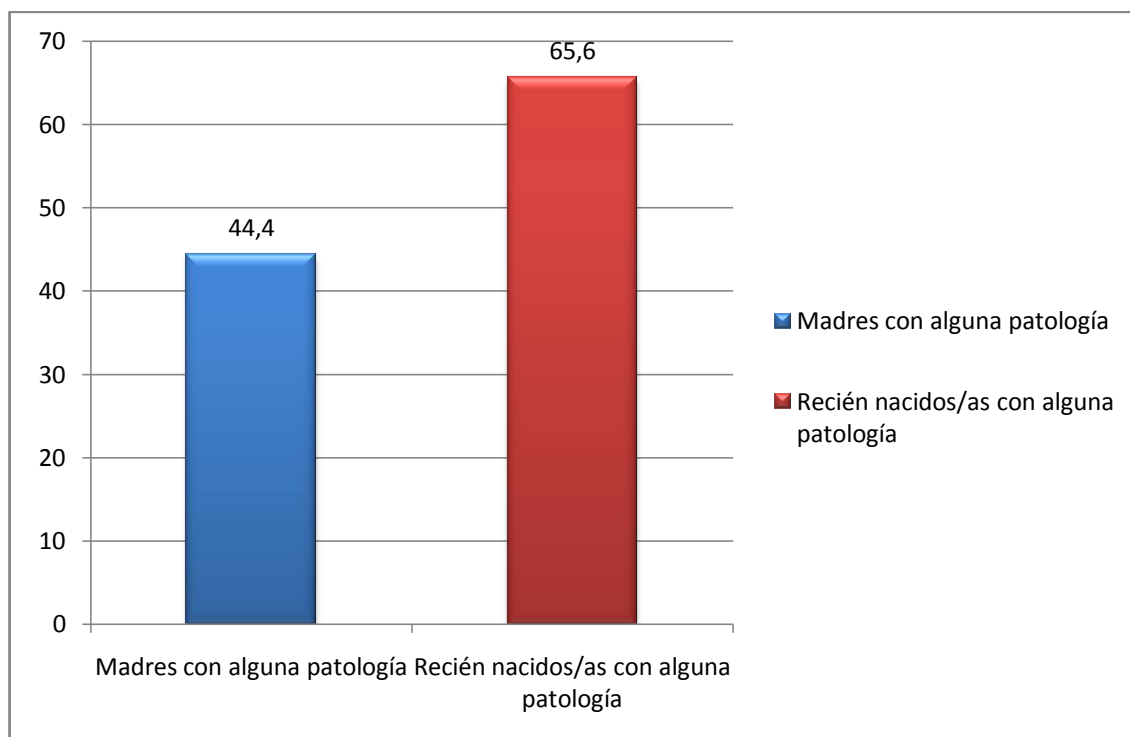
La tabla y gráfico N 2. muestra que mayor cantidad de pacientes atendidos fue de sexo femenino, con una mayoría de recién nacidos en otro sitio.

Tabla 3. Patología Materna y Neonatal

CARACTERÍSTICA	NUMERO	PORCENTAJE
Madres con alguna patología	8	44,4
Recién nacidos/as con alguna patología	13	65,6
TOTAL	21	100%

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Historias clínicas

Gráfico 3. Patología Materna y Neonatal



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Historias clínicas

Análisis e interpretación:

La tabla y gráfico N° 2 muestra que las madres con alguna patología son la minoría con en 44,4%, recién nacidos/as con alguna patología 65,6%

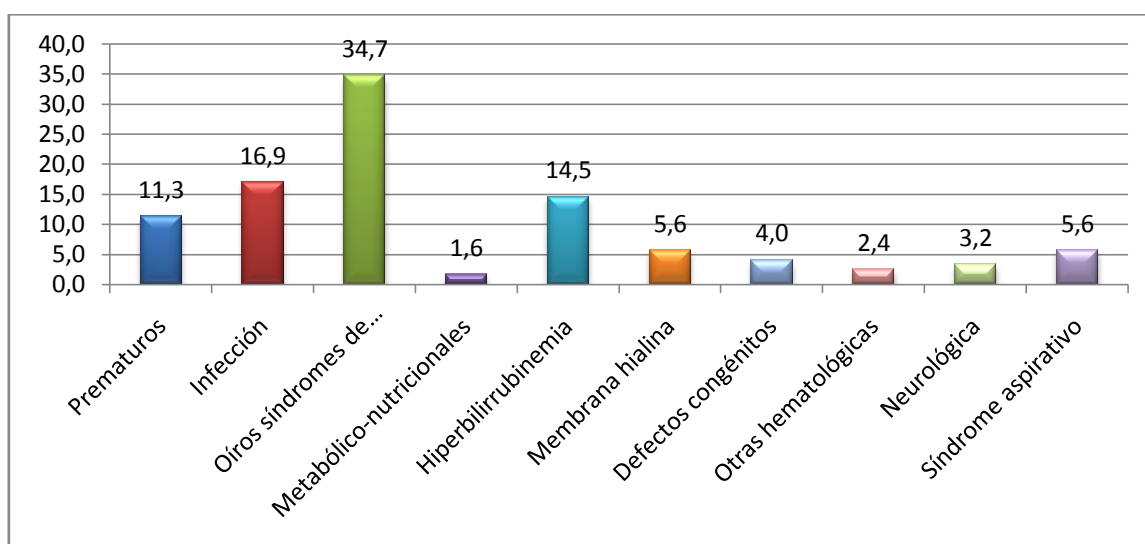
Tabla 4. Diez primeras causas de morbilidad neonatal en la sala de patología

PATOLOGIA	NUMERO	PORCENTAJE
Prematuros	14,0	11,3
Infección	21,0	16,9
Oíros síndromes de dificultad respiratoria	43,0	34,7
Metabólico-nutricionales	2,0	1,6
Hiperbilirrubinemia	18,0	14,5

Membrana hialina	7,0	5,6
Defectos congénitos	5,0	4,0
Otras hematológicas	3,0	2,4
Neurológica	4,0	3,2
Síndrome aspirativo	7,0	5,6
TOTAL	124	100%

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Historias clínicas

Tabla 4. Diez primeras causas de morbilidad neonatal en la sala de patología



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Historias clínicas

Análisis e interpretación:

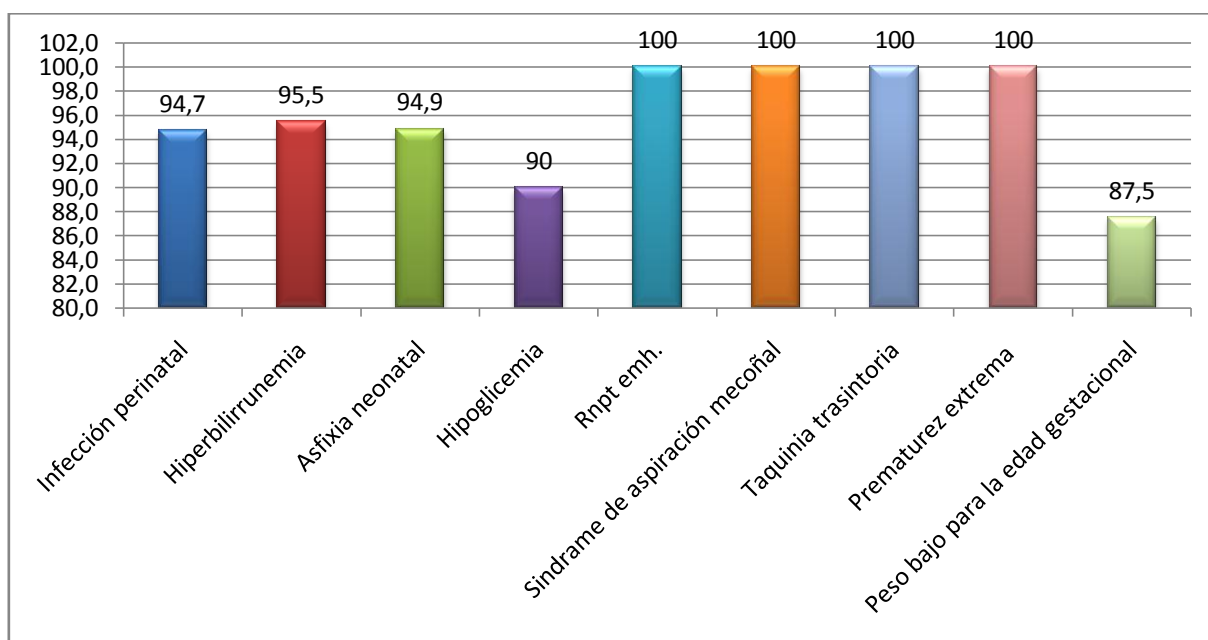
La tabla y gráfico N° 4 muestra que las diez primeras causas de morbilidad neonatal en la sala de patología otros síndromes de dificultad respiratoria representan el 34,7%, y el 16,9% las infecciones

Tabla 5. Diez primeras causas de morbilidad neonatal en la sala de patología con la aplicación de las normas y protocolos

PATOLOGIA	F	Aplicación de normas y protocolos	
		Cantidad	Porcentaje
Infección perinatal	38	36	94,7
Hiperbilirrubinemia	22	21	95,5
Asfixia neonatal	39	37	94,9

Hipoglicemia	10	9	90
Rnpt emh.	42	42	100
Síndrome de aspiración mecoñal	3	3	100
Taquinia trasintoria	7	7	100
Prematurez extrema	5	5	100
Peso bajo para la edad gestacional	8	7	87,5

Tabla 5. Diez primeras causas de morbilidad neonatal en la sala de patología con la aplicación de las normas y protocolos



Análisis e interpretación:

La tabla y gráfico N° 5 muestra que las diez primeras causas de morbilidad neonatal con la aplicación del 100% de las normas y protocolos son Rnpt emh., síndrome de aspiración mecoñal, taquinia transitoria y prematurez extrema

Gráfico 4. Diez primeras causas de morbilidad neonatal en la sala de patología

Análisis e interpretación:

RESULTADO 2: Equipo de salud actualizado sobre Normas y Protocolos de Atención Neonatal del Ministerio de Salud

Para lograr este resultado se llevaron a cabo las siguientes actividades:

2.1. Elaboración de la planificación de la capacitación sobre: Normas y Protocolos de Atención Neonatal del Ministerio de Salud

El 2 de agosto del 2013 se elaboró el plan de capacitación para el equipo de salud el cual consto con temas, expositores, y ayudas metodológicas (Ver programación de la capacitación) en el cual se organizaron los temas a tratar, el expositor y la fecha y hora del evento.

Planificación para la realización de la capacitación de actualización al equipo de salud sobre Normas y Protocolos de Atención Neonatal del Ministerio de Salud

INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con la cobertura y calidad de la atención no solamente dependen de la carencia de medicamentos, el retardo de la aplicación de los tratamientos adecuados para las emergencias obstétricas y neonatales, prácticas clínicas basadas en criterios personales y normas establecidas por expertos antes que en evidencias científicas; esto como consecuencia de que aún no se ha puesto en práctica un sistema de vigilancia epidemiológica, guías, normas de manejo y supervisión con tutoría.

OBJETIVO: Actualizar al equipo de salud sobre normas y protocolos de atención neonatal del ministerio de salud

JORNADA DE TRABAJO: 8 Horas

RECURSOS

Recursos Humanos

- 4 capacitadores
- Equipo de Salud

Recursos materiales

- Computadora / Enfocus
- Marcadores
- Papelógrafos

Metodología

- Conferencia
- Charla
- Trabajo grupal
- Trabajo práctico

RECURSOS ECONÓMICOS

- Los Recursos económicos son aportados por el maestrante

EVALUACIONES: La evaluación de la capacitación se hará de la siguiente forma:

- ✓ Se evaluará mediante la asistencia.
- ✓ El interés que demuestren los participantes, material de trabajo, metodología de trabajo.
- ✓ Se evaluará el producto a través de las habilidades, destrezas y experiencias demostradas en los talleres.
- ✓ Será escrita al final de la Capacitación.

MATRIZ DE LA CAPACITACION AL EQUIPO DE SALUD

OBJETIVO / TEMA	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLE
Recepción de recién nacido	Charla	Enfocus Computadora	Dr. Enrique José García
Reanimación de recién nacido	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Manuel Salazar Cevallos
Asfixia	Exposición	Enfocus Computadora	Maestrante
Recién nacido prematuro	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Enrique José García
Peso bajo al nacimiento	Exposición	Enfocus	Dr. Manuel Salazar Cevallos
Tamizaje neonatal	Exposición	Computadora	Dr. Enrique José García
Enfermedad de membrana hialina	Exposición	Enfocus	Dr. Manuel Salazar Cevallos

2.3. Búsqueda de recursos, invitaciones, lugar, multimedia, materiales a poyo, conferencistas.

Para realizar esta actividad desde 15 de agosto del 2013 se realizó la búsqueda de los recursos, lugar para la realización del evento, invitación de capacitadores y personal de salud. (Ver figura 8)

Invitación



Figura. 8. Invitación a conferencistas a participar de la capacitación.

2.4. Ejecución de la capacitación al equipo de salud


Para el cumplimiento de esta actividad del 27 al 31 de agosto del 2012, se llevó a cabo la capacitación al equipo de salud, se firmó la lista de asistencia y se distribuyó el material de apoyo a los participantes. Los temas expuestos fueron de gran importancia para el equipo de salud que emprenderá nuevos lineamientos para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas. (Ver figurasNo. 9 -12)



Figura 9. Maestrante participando de la capacitación a equipo médico



Figura 10. Maestrante participando de la capacitación a equipo médico



REGISTRO DE FACILITADORES DE LA CAPACITACION DE CUIDADOS DE LOS NEONATOS

NOMBRES APELLIDOS	CEDULA	FECHA	FIRMA
Dr. Miguel Loor Cevallos	1208093903	19 de Mayo 2013	<i>[Signature]</i>
Lic. Ángela López Anchundia	130641207-3	21 de Mayo 2013	<i>[Signature]</i>
Lic. Ana Macías G.	120497089-3	28 de Mayo 2013	<i>[Signature]</i>
Licdo. Héctor Carbo	120236072-0	23 de Junio 2013	<i>[Signature]</i>
Dr. Vicente Muñoz	12007699233	23 de Junio 2013	<i>[Signature]</i>

[Signature]
 Sor Magdalena Mestriza
 MAESTRANTE UTPL

Figura. 11. Registro de firmas de los expositores sobre las normas y protocolos adaptadas al servicio de Neonatología

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

RESULTADO 2: Equipo de salud actualizado sobre Normas y Protocolos de atención neonatal del ministerio de salud pública

Indicadores

Hasta el 15 de Agosto del 2013 el 100% del Equipo de salud actualizado sobre Normas y Protocolos de Atención Materno -Neonatal del Ministerio de Salud.

Este indicador se cumple en un 100%, ya que el equipo de Salud participó en la actualización de conocimientos sobre Normas y Protocolos de Atención Neonatal del Ministerio de Salud.(Ver figura 12)

Los talleres de actualización de conocimientos se realizaron del 9 al 13 de agosto 2013 y tuvieron una buena acogida por parte de los participantes. Se aplicó un test de evaluación después de la capacitación a los 18 participantes o asistentes, cuyos resultados se resumen en cuadros y gráficos.



Figura. 12 Exposición de la maestra sobre las normas y protocolos adaptadas al servicio de Neonatología

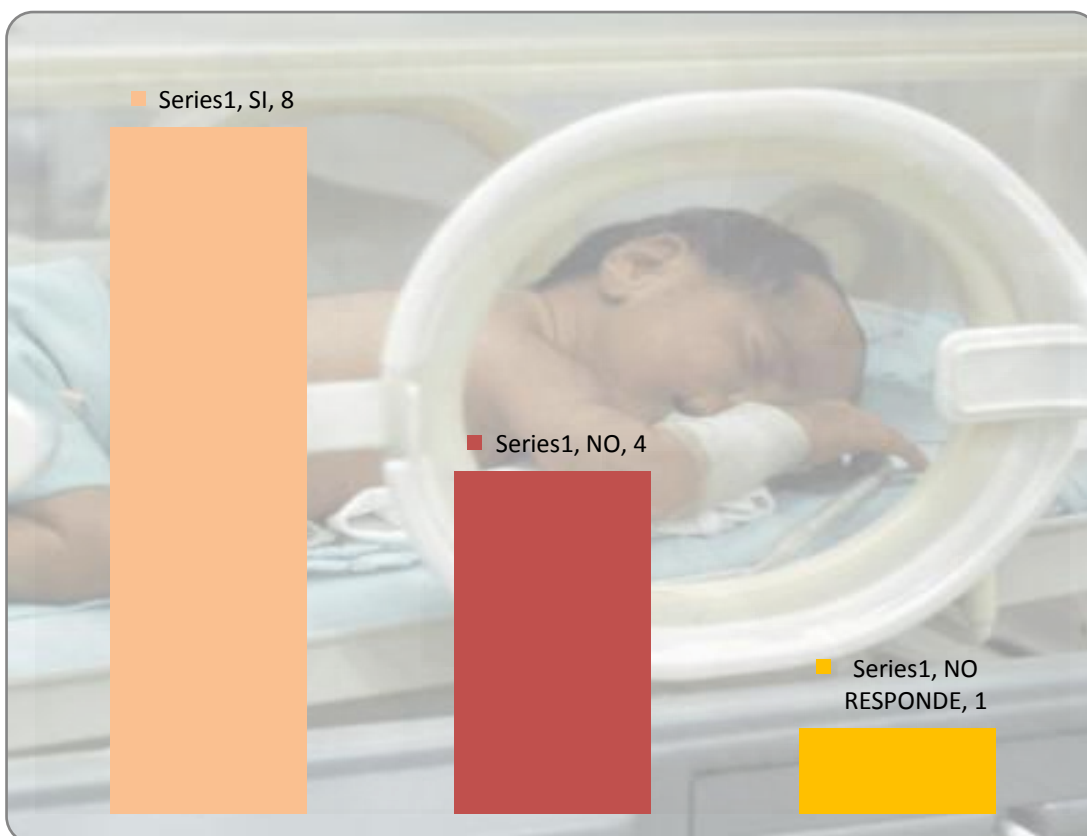
Distribución porcentual del test de al equipo de salud

Tabla N° 5. Conoce Ud. Si el MSP tiene normas o protocolos de atención del RN.

RESPUESTA	FREC.	%
SI	8	44,4
NO	10	55,6
NO RESPONDE	0	0,0
TOTAL	18	100,0

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Gráfico N.5



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Análisis e interpretación:

Se realizó la pregunta a los asistentes sobre si tenían conocimiento de normas y protocolos de atención neonatal por parte del MSP del Ecuador, a lo que respondieron 8 que si conocían (44,4%) y 10 que no conocían (55,6%).

Tabla N° 6. Tienen algún protocolo o norma de atención en el área

RESPUESTA	FREC.	%
SI	17	94,4
NO	1	5,6
NO RESPONDE	0	0,0
TOTAL	18	100,0

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Gráfico N.6



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Análisis e interpretación:

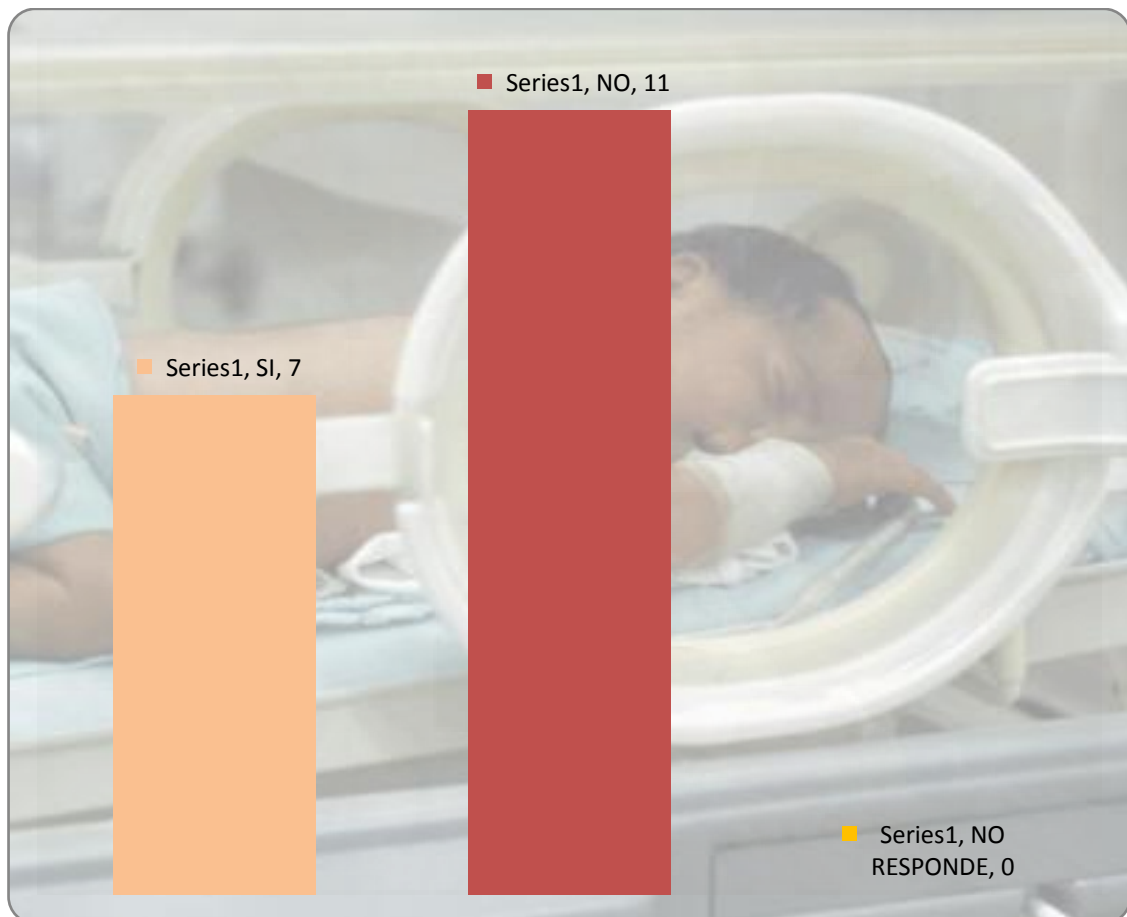
Se realizó la consulta a los asistentes sobre si tenían normas o protocolos de atención neonatal en el área de neonatología, respondieron 17 que si tenían (94,4%) y 1 que no conocían (5,6%).

Tabla Nº 7. Tiene ud. Control de lo que aplica (norma) en su área

RESPUESTA	FREC.	%
SI	7	38,9
NO	11	61,1
NO RESPONDE	0	0,0
TOTAL	18	100,0

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Gráfico N.7



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Análisis e interpretación:

Se realizó la consulta a los asistentes sobre si tenían control de la norma o protocolos de atención neonatal que tienen en el área de neonatología, respondieron 7 que si tenían (38,9%) y 11 que no conocían (61,1%).

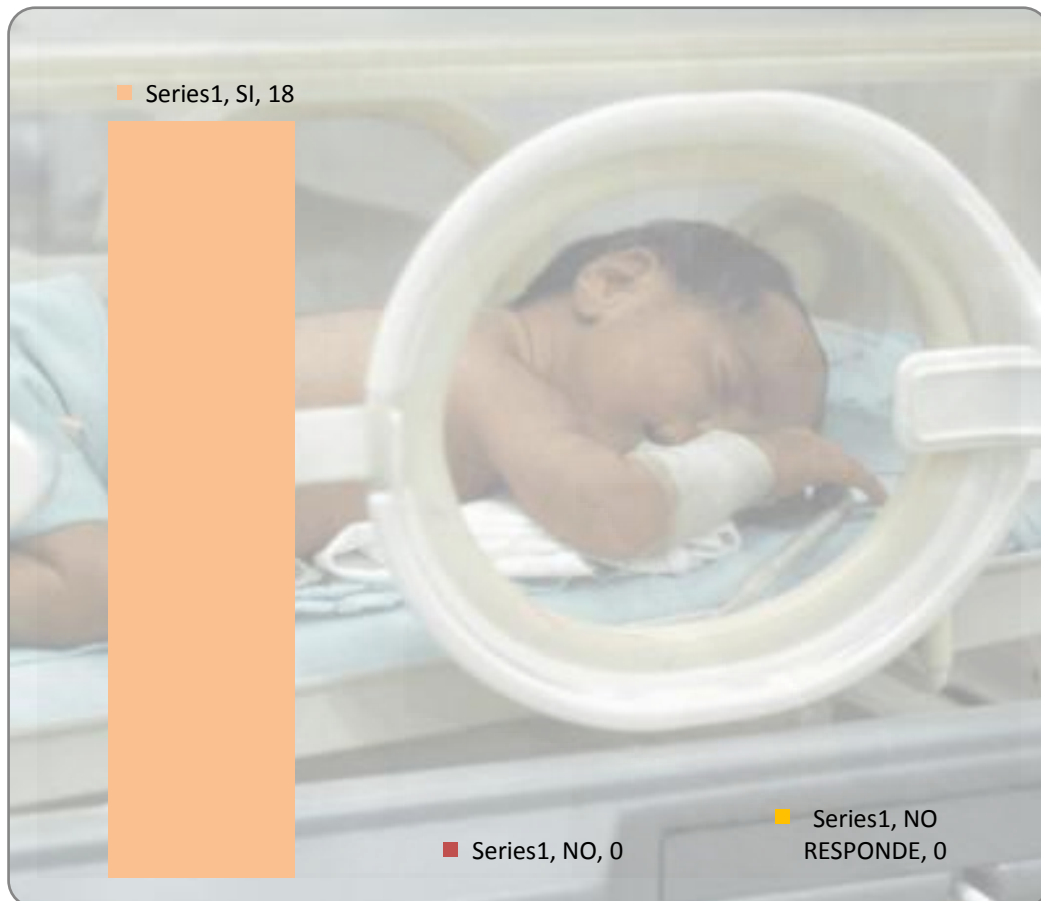
Tabla N° 8. Cree Ud. Necesario que su área mantenga capacitación permanente de

normas o protocolos

RESPUESTA	FREC.	%
SI	18	100,0
NO	0	0,0
NO RESPONDE	0	0,0
TOTAL	18	100,0

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Gráfico N.8



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Análisis e interpretación:

Se observa que en esta pregunta a los asistentes sobre si necesitan capacitación sobre normas o protocolos de atención neonatal el 100% respondió que sí sería útil o necesario.

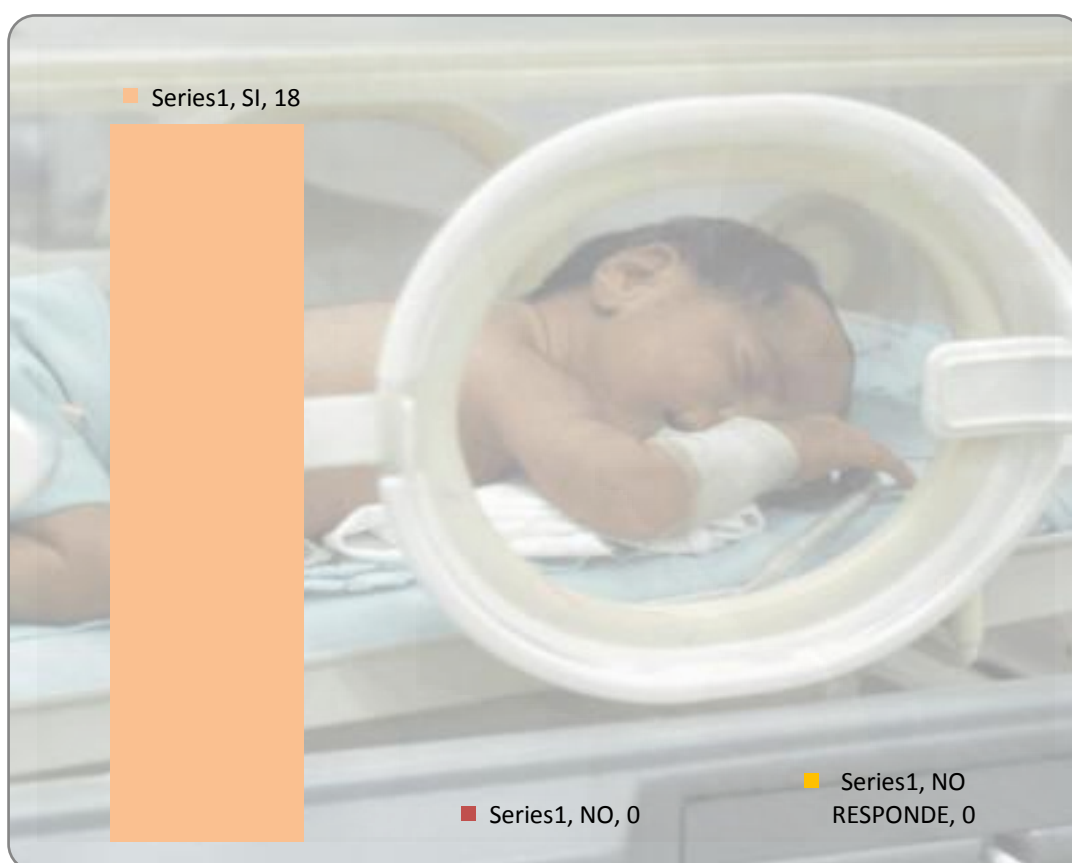
Tabla Nº 9. Cree Ud. Que la aplicación de una norma o protocolos y su respectivo

seguimiento mejoran la calidad de atención

RESPUESTA	FREC.	%
SI	18	100,0
NO	0	0,0
NO RESPONDE	0	0,0
TOTAL	18	100,0

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Gráfico N.9



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Análisis e interpretación:

Se observa que en esta pregunta a los asistentes sobre si necesitan capacitación sobre normas o protocolos de atención neonatal el 100% respondió que sí sería útil o necesario..

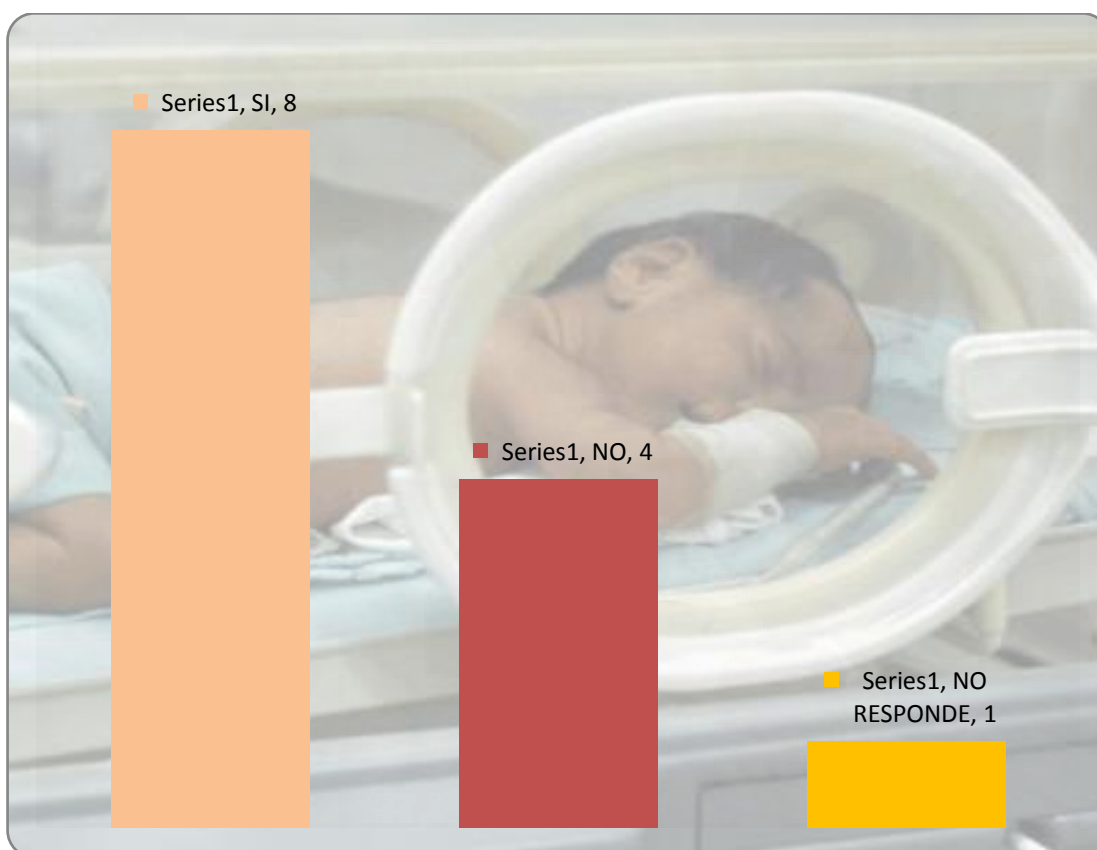
Tabla N° 10. Conoce Ud. Ahora si existe una norma nacional de atención en el área de

neonatología

RESPUESTA	FREC.	%
SI	8	44,4
NO	10	55,6
NO RESPONDE	0	0,0
TOTAL	18	100,0

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Gráfico N.10



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Análisis e interpretación:

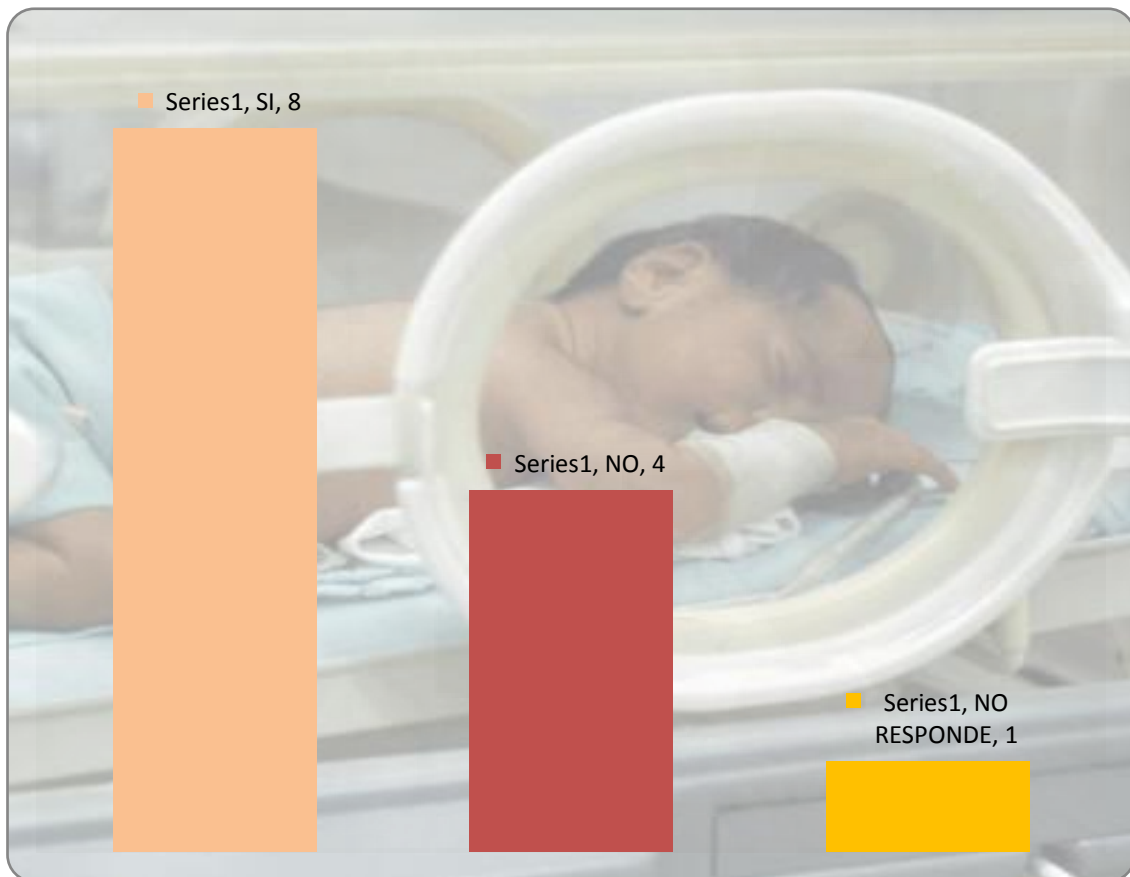
Los asistentes en un 100% mencionaron después de la capacitación conocer ahora que si existe una norma.

Tabla Nº 11: Aplicaría Ud. La norma nacional de atención en el área de neonatología

RESPUESTA	FREC.	%
SI	8	44,4
NO	10	55,6
NO RESPONDE	0	0,0
TOTAL	18	100,0

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Gráfico N.11



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Análisis e interpretación:

Los asistentes en un 100% mencionaron después de la capacitación comprometerse al cumplimiento de la norma de atención neonatal.

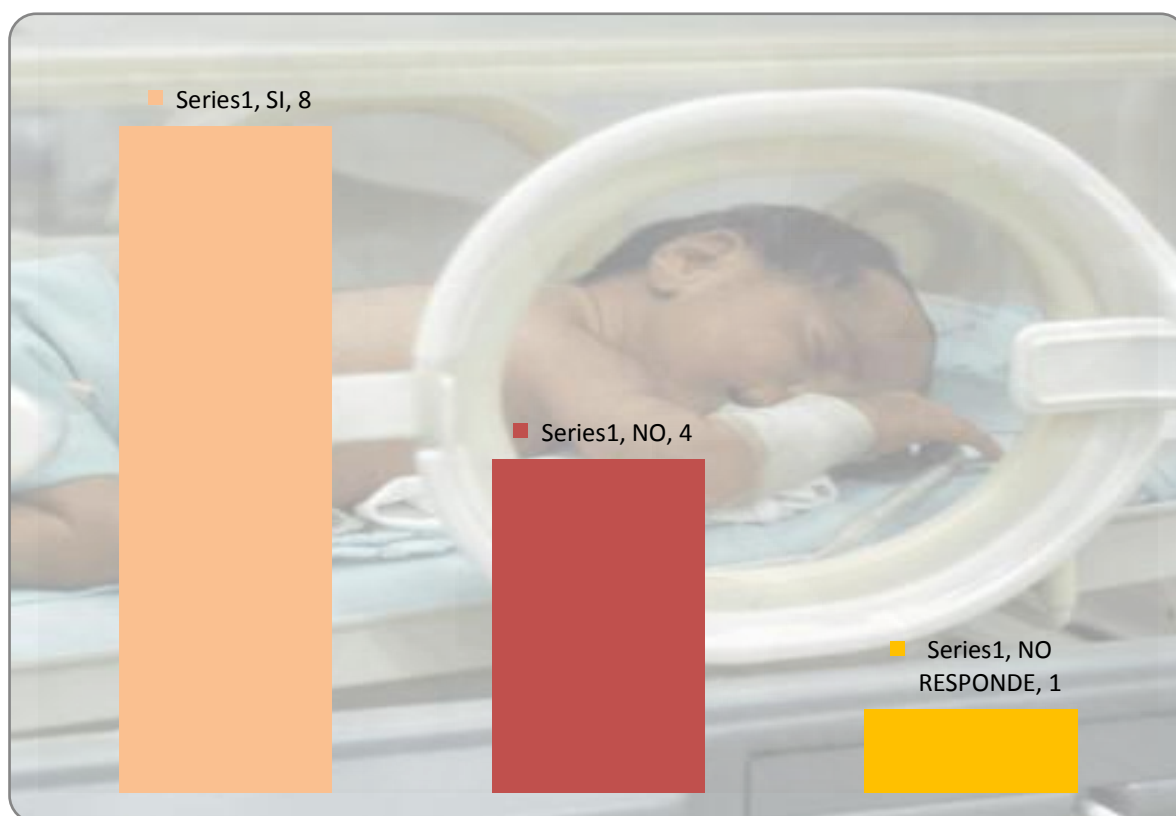
Tabla Nº 12: Verificaría Ud. Que los pasos de La norma nacional de atención en el área

de neonatología se estén cumpliendo

RESPUESTA	FREC.	%
SI	8	44,4
NO	10	55,6
NO RESPONDE	0	0,0
TOTAL	18	100,0

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Gráfico N.12



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Análisis e interpretación:

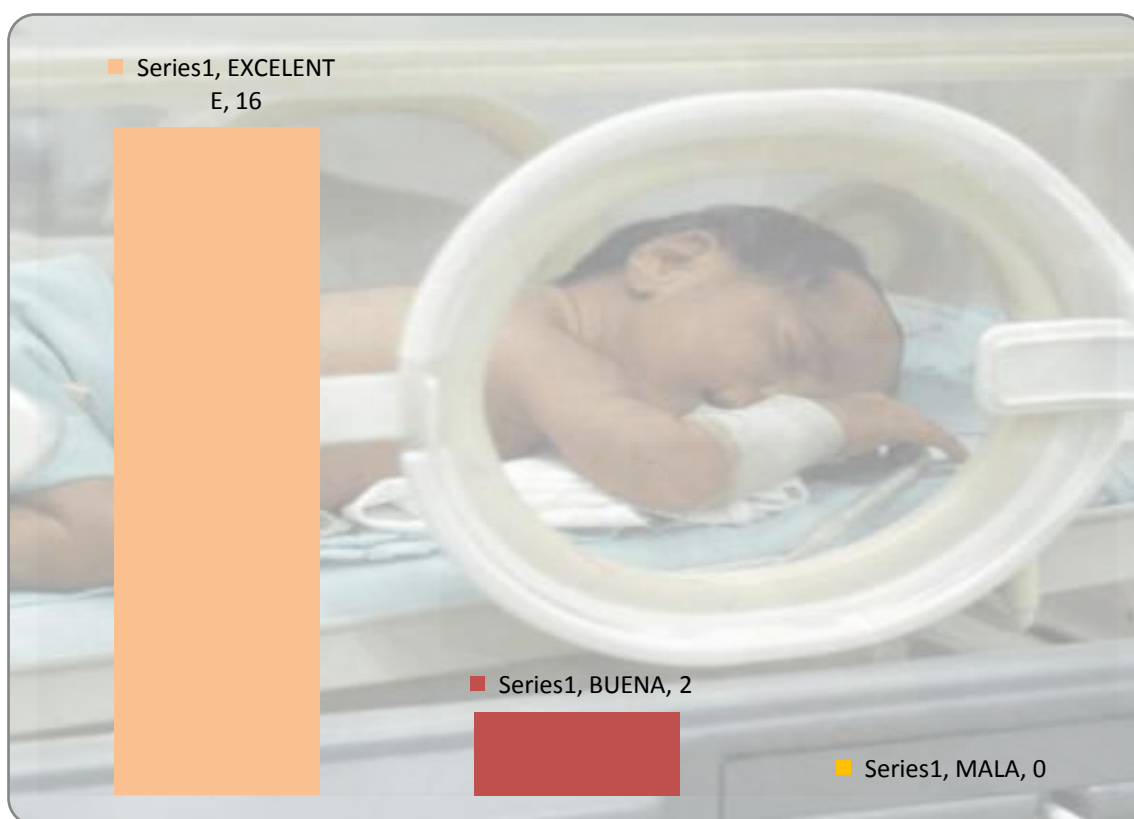
Los asistentes en un 100% mencionaron después de la capacitación comprometerse que si realizarán la vigilancia y seguimiento del cumplimiento de la norma de atención neonatal.

Tabla Nº 13: Cómo calificaría Ud. A la capacitadora

RESPUESTA	FREC.	%
EXCELENTE	16	88,9
BUENA	2	11,1
MALA	0	0,0
TOTAL	18	100,0

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Gráfico N.13



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Análisis e interpretación:

Los asistentes calificaron a la capacitadora con excelente, 16 asistentes (88,9%) y buena 2 (11,1%).

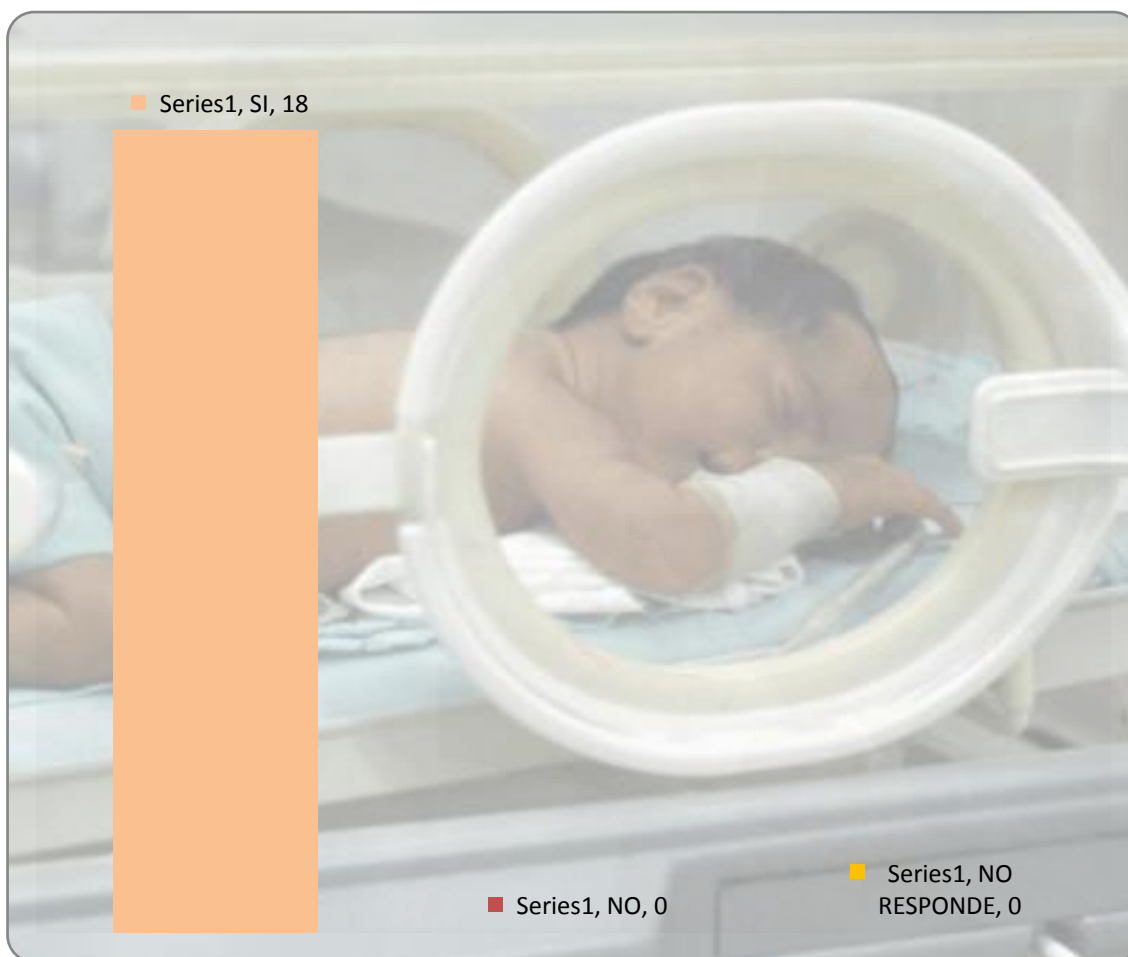
Tabla Nº 14: Cree Ud. Que la norma facilita la atención y calidad del usuario o

cliente del área de neonatología

RESPUESTA	FREC.	%
SI	18	100,0
NO	0	0,0
NO RESPONDE	0	0,0
TOTAL	18	100,0

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Gráfico N.14



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta al personal de salud

Análisis e interpretación:

El 100% de los asistentes a la capacitación manifestó estar de acuerdo que la utilización de una norma beneficia en gran medida a la calidad de atención del usuario de neonatología.

RESULTADO 3: Equipo de control de calidad del servicio conformado

3.1. Definición operativa de la calidad de la atención materna neonatal del Hospital.

Para esta actividad se realizó la definición operativa de la calidad de la atención materna neonatal del Hospital, por medio de una reunión con los líderes del área:

- **Reunión con las autoridades para analizar la calidad de atención materna neonatal**



Figura. 12. Reunión de análisis de la calidad de atención materna neonatal

En esta reunión quedo establecido que las políticas, planes, programas, normas y protocolos son un paso importante para garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, pero no son suficientes. Se debe fortalecer la vigilancia y control de su cumplimiento en las instituciones que conforman el sector salud, pero sobre todo crear el compromiso y la satisfacción en los profesionales y trabajadores de la salud para basar las intervenciones, que garanticen embarazos, partos y nacimientos seguros para todas y todos.

Se quedaron establecidos los siguientes compromisos:

- √ Revisión de normas con las autoridades del Hospital y el Líder de Pediatría
- √ Sistema de monitoreo y reporte de los indicadores de calidad de la atención materno neonatal
- √ Organización y funciones para el mejoramiento de la calidad de la atención materno

neonatal

3.2. Conformación de los equipos de la calidad de atención

Para la organización y funciones para el mejoramiento de la calidad de la atención materno neonatal, compromiso adquirido en la reunión previa se procedió a conformar un equipo técnico del servicio de neonatología con la verificación del adecuado de equipos de mejoramiento de la calidad, de acuerdo a su propia realidad y a las necesidades de mejoramiento de los servicios y/o procesos de atención, tomando en cuenta las deficiencias que el hospital presente.

Se estableció que para la conformación de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) , se debe considerar que se lo haga con personal multidisciplinario y que tengan estrecha relación de trabajo con el proceso o servicio deficiente.



Figura 13. Conformación del equipo responsable de la calidad de atención

3.3. Definición de funciones y responsabilidades del equipo de control de calidad del servicio

Basado en los parámetros del Ministerio de Salud Pública fueron delineadas las funciones y responsabilidades del equipo de mejoramiento continuo de la calidad quedando establecida de la siguiente manera:

Equipos de mejoramiento continuo de la calidad(EMCC)

Funciones y responsabilidades:

- Recolectar los datos necesarios para la construcción de los indicadores de calidad (auto-evaluación de historias clínicas, listas de chequeo de insumos y equipos, para las encuestas de satisfacción a usuarias se recomienda que se coordine con personal ajeno a la institución (usuarias, estudiantes, etc).
- Mantener reuniones semanales o mensuales, para procesar y analizar la información, identificar deficiencias en los procesos de atención, planificar y ejecutar actividades de mejora (ciclos rápidos).
- Enviar la información del hospital; reporte mensual de indicadores (base de datos Excel) e informe de ciclos rápidos, en forma impresa y archivos electrónicos, al subdirector técnico, dentro de los primeros ocho días de cada mes. Para el efecto se han diseñado formularios que permiten planificar y documentar los ciclos rápidos de mejoramiento que realiza el equipo (ver manual del facilitador, Unidad tres).
- Analizar críticamente la metodología de mejoramiento aplicada y proponer al nivel provincial los ajustes metodológicos pertinentes.
- Socializar al personal del hospital, sobre la calidad de la atención (estándares e indicadores) y de las actividades de mejoramiento (ciclos rápidos).

3.4. Construcción de los indicadores de calidad (listas de chequeo de insumos y equipos, y encuestas de satisfacción a usuarias)

Para esta actividad se procedió a elaborar los instrumentos que ayudaran a verificar la calidad de atención brindada, consto de 4 pasos:

1. Consto del chequeo de los insumos y materiales necesario.
2. Estándar e indicador de proceso atención del post – parto
3. Estándar e indicador de proceso: atención del/a recién nacido/a a término
4. Encuesta de satisfacción a las usuarias

Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a

Provincia _____ Área de Salud _____
Nº _____

Unidad Operativa _____ Fecha de la medición _____

Mes evaluado _____ Responsable de la medición _____

INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.

Realice la constatación física, en horas laborables del listado de insumos, equipos y medicamentos, en las siguientes áreas del Hospital o Unidad de Salud, de acuerdo al nivel de complejidad y número de salas: área de preparación, consultorio/s obstétrico/s de Consulta Externa, farmacia, laboratorio, emergencia, sala/s de parto/s (área materna y del recién nacido/a), hospitalización obstétrica, cirugía obstétrica y anestesiología. Para la constatación de los medicamentos en la farmacia, se deberá verificar la existencia de un stock mínimo considerado por la Unidad de Salud.

3. Registre en el casillero del instrumento en sentido vertical signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-), si no cumple con cada ítem del estándar. En caso de existir más de un ambiente, por ejemplo más de un consultorio obstétrico se debe verificar en cada uno de ellos y colocar signo + o – en cada columna (1, 2 y 3); en cumple, se han diseñado tres columnas para estos casos, al final se realizará un promedio tomando en cuenta el número de ítems que deben ser cumplidos y los que se cumplen.

INSTRUMENTO: Lista de chequeo

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:		Cumple		
Área de preparación :				
1.	Fonendoscopio / estetoscopio	+		
2.	Tensiometro	+		
3.	Tallimetro o cinta métrica	+		
4.	Balanza de adulto	+		
5.	Termómetros	+		
Promedio (si aplica)		100%		
Consultorio de Gineco-Obstetricia:		+		
6.	Lavabo / Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.	+		
7.	Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios corto punzantes.	+		
8.	Fonendoscopio / estetoscopio	+		
9.	Tensiómetro.	+		
10.	Termómetros.	+		
11.	Lámpara cuello de ganso	+		
12.	Camilla ginecológica o mesa de examen con pierneras.	+		
13.	Corneta de Pinard y/o Doppler	+		

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.* Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:		Cumple		
14.	'Cinta métrico	+		
15.	"Pop electo (solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete y recetarios)	+		
16.	Guaníes estériles desechables	+		
18.	Tirillas para proteinuria	+		
19.	Espéculos vaginales estériles y/o desechables	+		

20.	Espátulas de Ayre / Cepillo endocervical / Fijador para placas / Placas portaobjeto	+		
21.	Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado).	+		
22.	Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg.	+		
1 Promedio si aplica)		100%		
Farmacia: (stock mínimo considerado por cada Unidad de Salud)				
23.	Soluciones desinfectantes (Clorexhidine - Alcohol yodado).			✓
24.	Soluciones poreneroles: Loctato Ringer / Solución Salino 0.9% / Sustituto del plasmó.			✓
25.	* Paracetamol tabletas 500 mg.			✓
26.	* Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Acido Fólico tabletas 1 mg.			✓
27.	Epinefrino (adrenalina) ampolla 1 mg.			✓
28.	Atropina ampolla 1 mg.			✓
29.	Oxitocino ampollas de 10UI.			✓
30.	Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr/10 cc			✓
31.	Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.			✓
32.	'Ampicilino ampollas 1 q/tabletas 500mg.			✓
33.	Cefazolina ampollas 1 g.			✓
34.	Eritromicina tabletas 500 mg.			✓
35.	Clindamicino ampollas 600mg/cópsulos 300 mg.			✓
36. Gentomiana ampollas 80 mg.				✓
37.	Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.			✓
38.	Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. o Dexometosona amp 4 mg/ml.			✓
39.	Fitomenodiono (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina.			✓
40.	Ungüento oftálmico: oxiterrociclina al 1% o eritromicina al 0.5%.			✓

41.	Lidocoina ol 2 % sin epinefrino ISElfrosco.	✓
-----	---	---

Libratorio:		
42.	Lavabo / Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.	✓
43.	Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzontes.	✓
44.	Microscopio.	✓
45.	Centrífuga.	✓
46.	Cámara cuento glóbulos.	✓
47.	Cooqulómetro pora tiempos de coagulación.	✓
48.	Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc y/o vocutoiner	✓
49.	Tubos: topa rojo. lila, celeste.	✓
50.	Tubos de eritrosedimentación y hematocrito.	✓
51.	Reactivo y/o tirillas paro glicemia.	✓
52.	Reactivo pora VDRL.	✓
53.	Reactivo y/o tirillas poro proteinurio.	✓
54.	Reactivos poro tiempos de coagulación. Reactivos para TGO - TGP.	✓
55.	Kit para pruebo rápida VIH.	✓
56.	Set paro tipificación y pruebas cruzados.	✓
57.	Reactivos poro test de embarazo.	✓
Servicio de Emergencia:		✓
58.	'Lavabo / 'Jabón liquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de popel.	✓
59.	Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzontes.	✓
60.	Fonendoscopio / estetoscopio.	✓
61.	Tensiómetro.	✓
62.	Termómetros.	✓

63. Lámpara cuello de ganso.	✓
64. Camilla ginecológico o meso de examen con pierneras.	✓
65. Corneta de Pinard y/o Doppler.	✓
66. Reloj de pared.	✓
67. Guantes quirúrgicos estériles.	✓

Salo de partos (Atención del parto normal y complicado):	1	2	3
90. 'Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.	✓	✓	✓
91. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzones.	✓	✓	✓
92. Fonendoscopio / estetoscopio.	✓	✓	
93. Tensiómetro.	✓		
94. Termómetros.	✓		
95. Lámpara cuello de ganso o quirúrgica.	✓		
96. Camilla de partos / Camilla ginecológica o mesa de examen con pierneras.	✓	✓	✓
97. Corneta de Pinard y/o Doppler.	✓	✓	✓
98. Reloj.	✓		
99. Dos Paquetes de instrumental listos para atención de partos.	✓	✓	
100. Equipo para aspiración manual endouterina (AMEU).	✓		✓
101. Dos paquete de ropo estéril para parto / AMEU.	✓	✓	✓
102. Tirillas para proteinuria.	✓	✓	
103. Guantes quirúrgicos estériles.	✓	✓	
104. Soluciones desinfectantes {Clorexhidine - Alcohol yodado}.	✓	✓	✓
105. Suturas absorbibles (Catgut / Vicryl)	✓	✓	
106. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc.	✓	✓	✓

107. Esparadrapo normal y poroso.	✓	✓	
108. Gasas estériles	✓		
109. Cateter venoso # 18 o 20	✓	✓	
110. Equipo de venociisis o equipo de bomba de infusión.	✓	✓	✓
111. Microqotero o bomba de infusión	✓		✓
112. Soluciones parenterales: Lactato Rinquer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.	✓	✓	✓
113. Epinefrino (adrenalina) ampollo 1 mg.	✓	✓	
114. Atropina ampolla 1 mg.	✓		
115. Oxitocina ampollas de 10UI	✓		
116. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr/10 cc	✓		✓
117. Hidralazina ampolla 20 mq/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mq.	✓	✓	✓
118. Eritromicina tabletas 500 mg	✓		
119. Betametasona amp 6 mg/ml/2 mi. o Dexametasono amp 4 mg/ml	✓	✓	
120. Lidocaína al 2 % sin epinefrino (SE) frasco.	✓		✓
121. Qxíqeno disponible	✓		
Promedio (si aplica)	100%		

Sala de partos (Atención de Recién Nacido normal): INSUMOS Y MEDICAMENTOS.* Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	D E I E I Cumple		
122. Lavabo / Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de popel.	+		
123. Basureros con fondo según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.	+		
124. Fonendoscopio pediátrico/estetoscopio. Pediátrico.	+		
125. Tallímetro o cinta métrica	+		
126. Balanza pediátrica y/o neonatal.	+		
127. Tres toallas o campos de tela para secado del recién nacido.	+		

128. Fuente de calor - Termómetro ambiental	+		
129. Meso de examen	+		
130. Reloj.	+		
131. Guantes estériles desechables	+		
132. Perilla de caucho	+		
133. Aspirador con manómetro.	+		
134. Ligaduras de cordón umbilical (anillos de caucho o clamp)	+		
135. Manillas para identificar al/a recién nacido/o	+		
136. Laringoscopio neonatal con hoja 0-1.	+		
137. Tubo endotroqueol para recién nacido #2—4	+		
138. Sonda nasogástrica para neonatos N ⁶ 6-8 FR.	+		
139. Ambú para recién nacido con mascarillas de varios tamaños	+		
140. Fitomenadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina	+		
141. Ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1 % o eritromicina al 0.5%	+		
Promedio (si aplica)		100%	
Estación de enfermería de hospitalización obstétrica:		✓	
142. Lavabo / Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.		✓	
143. Basureros con fondo según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.		✓	
144. Fonendoscopio / estetoscopio.		✓	
145. Tensiómetro.		✓	
146. Termómetros.		✓	
147. Corneto de Pinard y/o Doppler		✓	
148. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc		✓	
149. Esparadrappo normal y poroso.		✓	
150. Gasas estériles		✓	

151. Catéter venoso No. 18 o 20	✓
152. Equipo de venodisís o equipo de bomba de infusión.	✓
153. Microqotero o bomba de infusión	✓
154. Soluciones parenterales: Lactato Ringer/ Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasmó.	✓
155. Epinefrino (adrenalina) ampollo 1 mg.	✓
156. Atropina ampollo 1 mg.	✓
157. Oxitocina ampollas de 10UI	✓
158. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr/10 cc	✓
159. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.	✓
160. Eritromicina tabletas 500 mg	✓
161. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.	✓
162. Gentamidna ampollas 80 mg	✓
163. Metronidazol ampollas 500 mq / tabletas 500 mg.	✓
164. Ampicilina ampollas 1 gr. /tabletas 500 mg.	✓
165. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. O Dexametasona amp 4 mg/ml.	✓
166. Oxígeno disponible.	✓

Estándar e indicador de proceso atención del post – parto

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

ESTÁNDAR

En todo post parto inmediato atendido en la Unidad Operativa, deberá controlarse y registrarse en la historia clínica perinatal en 3 controles obligatorios, durante las primeras dos horas las siguientes actividades:

1. Registro de la hora

2. Temperatura
3. Pulso
4. Tensión arterial
5. Involución uterina
6. Características de loquios

Estándar e indicador de proceso: atención del/a recién nacido/a a término

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

En todo/a recién nacido/a a término se deberá realizar y registrar en la historia clínica por lo menos las siguientes actividades:

1. Peso al nacer
2. Talla en cm
3. Perímetro cefálico en cm
4. Apgar (1' - 5')
5. Registro de realización o no de reanimación respiratoria (si aplica o si apgar <7)
6. Examen físico
7. Administración de 1 mg. de vitamina K IM.
8. Profilaxis de oftalmía bacteriana con ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%
9. Alojamiento conjunto.
10. Apego precoz.
11. Lactancia materna inmediata y exclusiva.

ENCUESTA DE SATISFACCION A LAS USURIAS

1. ¿Conocía al personal de salud que la atendió en el proceso de parto y nacimiento antes de iniciarse éste?

- Solo al ginecólogo/a
- Solo al personal de enfermería
- A ambos
- A ninguno

2. Señale el grado de confianza que le inspiró el personal que le atendió durante el proceso de parto y nacimiento

- Mucha
- Bastante
- Alguna
- Poca
- Ninguna

3. Inmediatamente después del nacimiento ¿mantuvo el contacto piel con piel con su bebé

- Si
- No
- No sabe/ No lo recuerda

EN GENERAL, PENSANDO EN LA ATENCIÓN DURANTE EL PARTO Y POSTPARTO

4. **¿Sintió que se respetó su intimidad?**

- Siempre
- Casi siempre
- Pocas veces
- Nunca
- Ns/No lo recuerda

5. ¿Fue tratada con amabilidad y comprensión?

- Siempre

- Casi siempre
- Pocas veces
- Nunca
- Ns/No lo recuerda

6. ¿Cree que se le dio toda la información o las explicaciones que usted necesitó en un lenguaje comprensible?

- Siempre
- Casi siempre
- Pocas veces
- Nunca
- Ns/No lo recuerda

7. **¿Se sintió Vd. participe en las decisiones acerca de su propio cuidado y el de su Bebe ?**

- Siempre
- Casi siempre
- Pocas veces
- Nunca
- Ns/No lo recuerda

8. **El personal de salud le ha dado instrucciones respecto a la lactancia materna**

- Si
- No

3.5. **Aplicación de estándares de indicadores y encuesta de calidad e atención**



Figura 14. Aplicación de los estándares de calidad



Figura 15. Aplicación de los estándares de calidad

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADO

RESULTADO 3: Equipo de control de calidad del servicio conformado

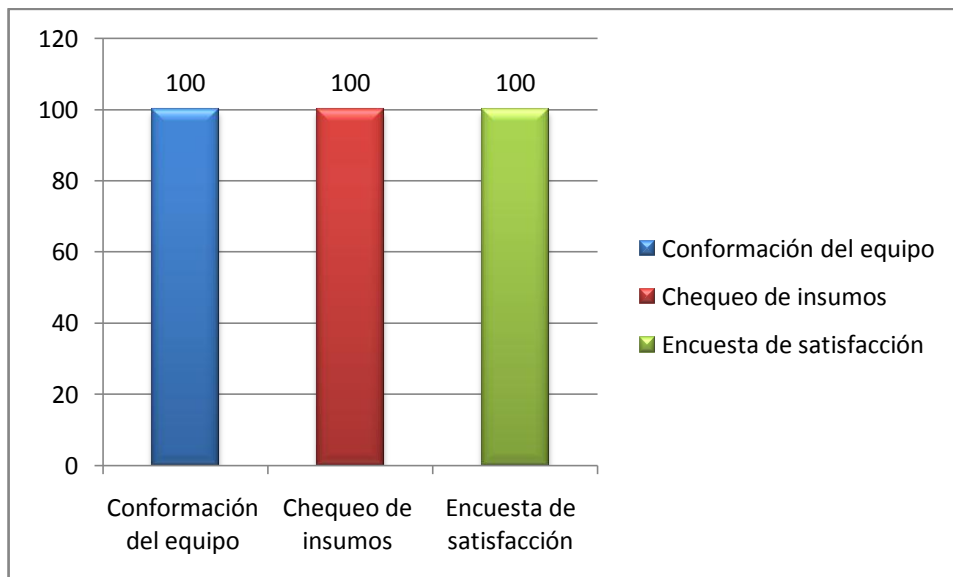
INDICADOR: Hasta el 30 de agosto del 2013 existe un 100% del equipo de control de calidad del servicio conformado

Tabla N° 14: Evaluación de la conformación del equipo de calidad

ACTIVIDADES	Nivel de cumplimiento	
	F	%
Conformación del equipo	1	100
Chequeo de insumos	1	100
Encuesta de satisfacción	1	100

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: planificación de actividades

Gráfico N° 14: Evaluación de la conformación del equipo de calidad



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: planificación de actividades

Análisis de resultados: La tabla y gráfico N° 14, muestra las actividades de conformación del equipo de control de calidad, con un 100% en la conformación del equipo, chequeo de insumos, evaluación de procesos de atención y encuesta de satisfacción

PROPÓSITO

Los pacientes del servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez reciben buena calidad de atención.

INDICADOR

Hasta Junio del 2013 el 100% de los pacientes del servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez reciben buena calidad de atención.

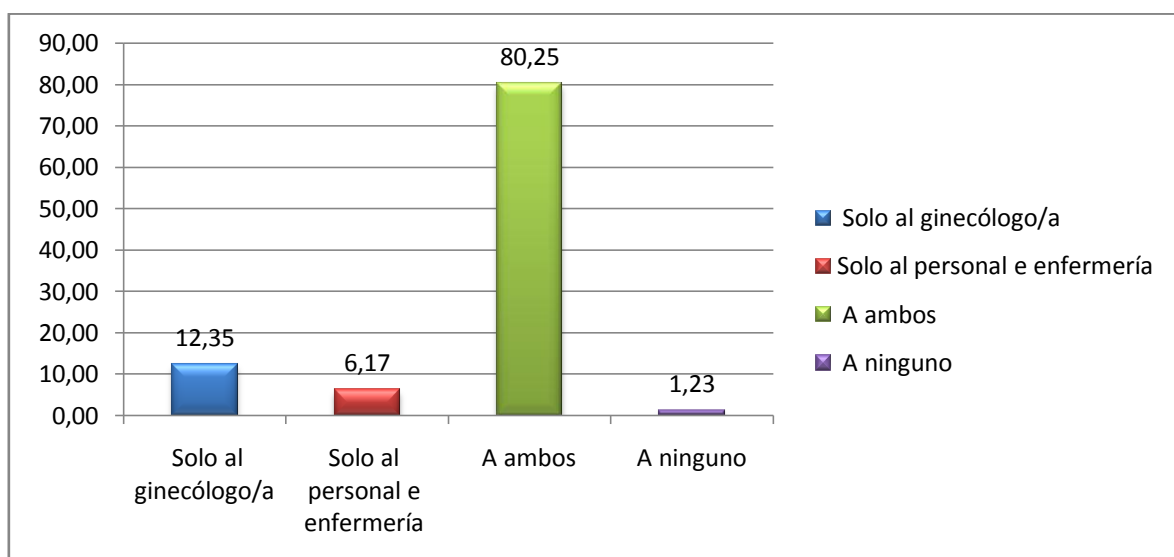
Distribución porcentual de la encuesta de satisfacción a 62 usuarias del servicio

Tabla N° 15: Familiaridad hacia el personal de salud que la atendió en el proceso de parto y nacimiento antes de iniciarse

ALTERNATIVAS	F	%
Solo al ginecólogo/a	20	12,35
Solo al personal e enfermería	10	6,17
A ambos	130	80,25
A ninguno	2	1,23
TOTAL	162	100,00

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

Gráfico N° 15: Familiaridad hacia el personal de salud que la atendió en el proceso de parto y nacimiento antes de iniciarse



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

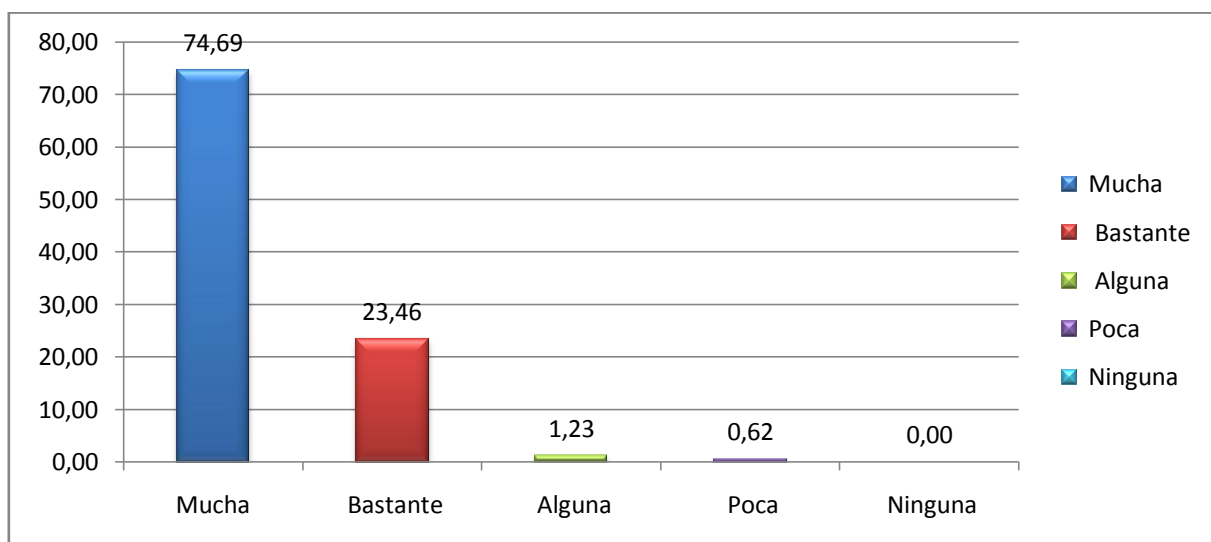
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 18, en cuanto a la familiaridad hacia el personal de salud que la atendió en el proceso de parto y nacimiento antes de iniciarse el 80,25% menciona a ambos, el 12,35 solo al ginecólogo, el 6,175 al personal de enfermería y el 21,23% ninguno.

Tabla Nº 16: Grado de confianza que le inspiró el personal que le atendió durante el proceso de parto y nacimiento

ALTERNATIVAS	F	%
Mucha	121	74,69
Bastante	38	23,46
Alguna	2	1,23
Poca	1	0,62
Ninguna	0	0,00
TOTAL	162	100,00

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

Gráfico Nº 16: Grado de confianza que le inspiró el personal que le atendió durante el proceso de parto y nacimiento



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

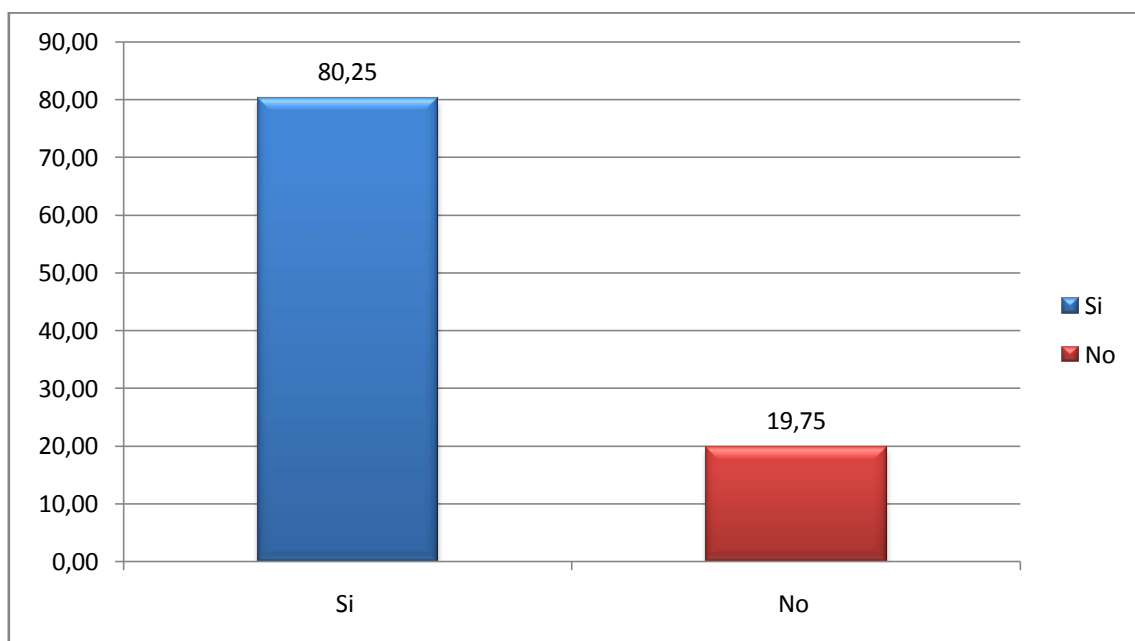
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 19, respecto a el grado de confianza que le inspiró el personal que le atendió durante el proceso de parto y nacimiento el 74,69% menciona que mucha , el 23,46% bastante, el 1,23 alguna, la minoría corresponde al 0,62 que la califico como poca.

Tabla N° 17: Inmediatamente después del nacimiento se mantuvo contacto piel con piel con su bebé

ALTERNATIVAS	F	%
Si	130	80,25
No	32	19,75
TOTAL	162	100,00

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
 Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

GráficoN° 17: Inmediatamente después del nacimiento se mantuvo contacto piel con piel con su bebé



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
 Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

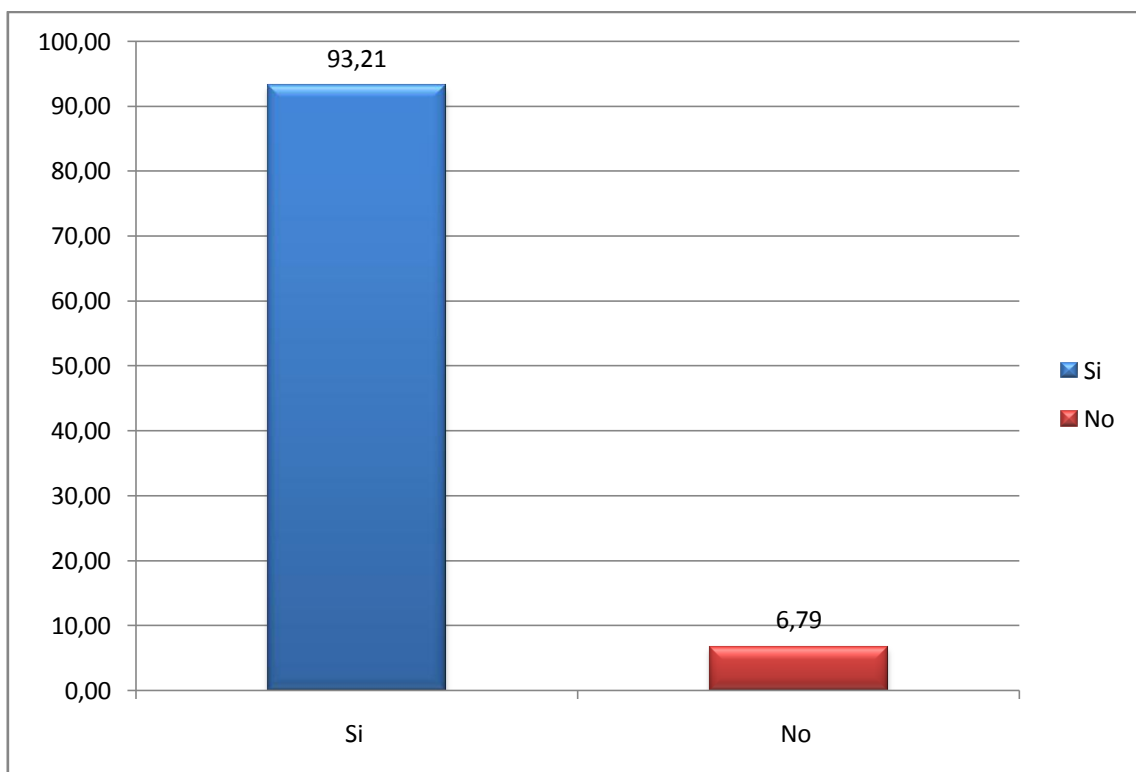
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 20, respecto al contacto piel con piel con su bebé inmediatamente después del nacimiento el 80,25% menciona que sí, el restante 19,75% que no, esta cifra representa a la presencia de problemas en el momento de nacimiento o posparto que imposibilitaron esta acción.

Tabla N° 18: Instrucciones respecto a la lactancia materna por parte del personal de salud

ALTERNATIVAS	F	%
Si	151	93,21
No	11	6,79
TOTAL	162	100,00

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

GráficoN° 18: Instrucciones respecto a la lactancia materna por parte del personal de salud



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

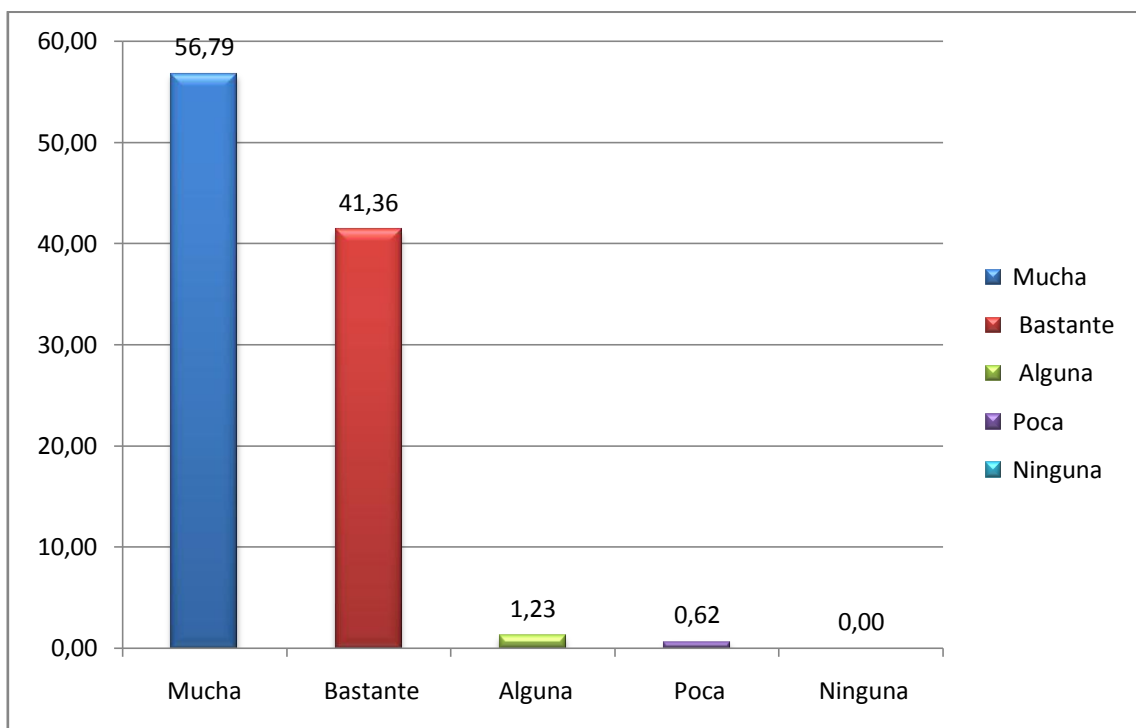
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 21, de las Instrucciones respecto a la lactancia materna por parte del personal de saludel 93,21% menciono que sí , el restante 6,79% % que no.

Tabla N° 19: Trato con amabilidad y comprensión

ALTERNATIVAS	F	%
Mucha	92	56,79
Bastante	67	41,36
Alguna	2	1,23
Poca	1	0,62
Ninguna	0	0,00
TOTAL	162	100,00

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
 Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

GráficoN° 19: Trato con amabilidad y comprensión



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
 Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

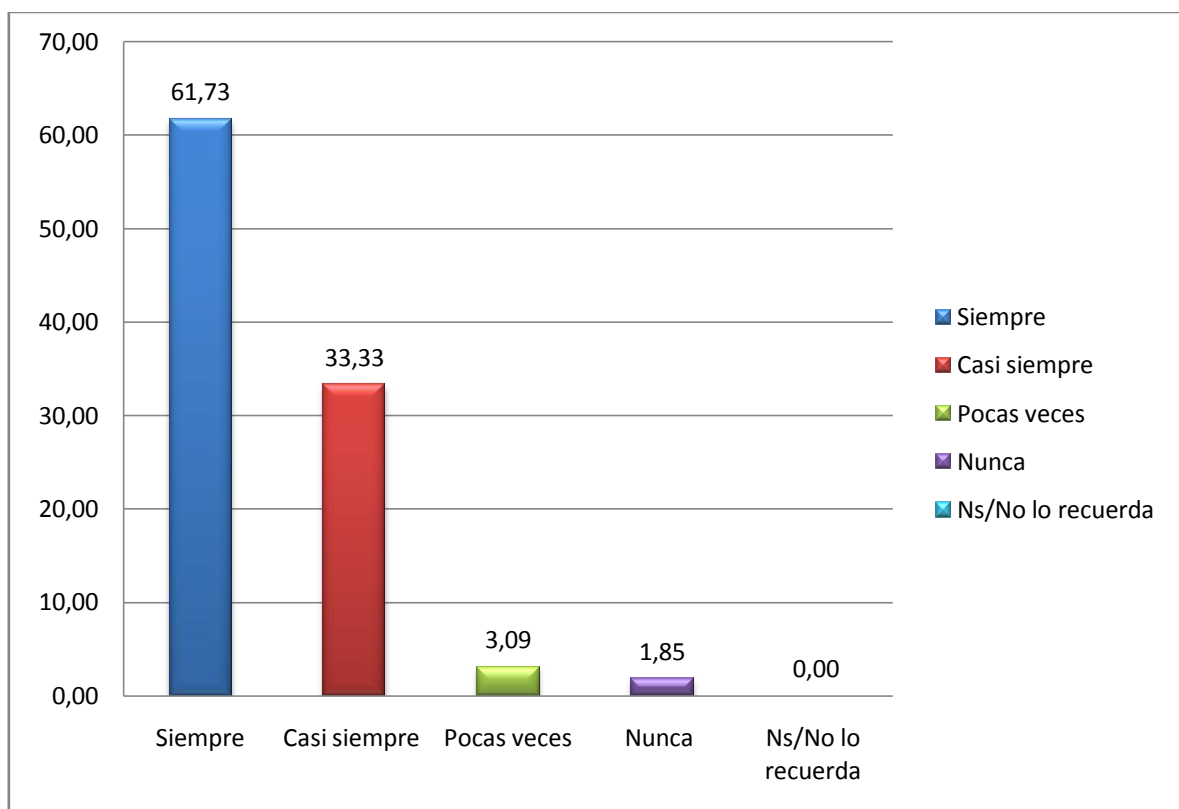
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 22, respecto a el trato con amabilidad y comprensión de parte del personal que le atendió el 9% menciono que mucha , el 41,36% bastante, el 1,23 alguna, la minoría corresponde al 0,62 que la califico como poca.

Tabla N° 20: Información o las explicaciones en un lenguaje comprensible

ALTERNATIVAS	F	%
Siempre	100	61,73
Casi siempre	54	33,33
Pocas veces	5	3,09
Nunca	3	1,85
Ns/No lo recuerda	0	0,00
TOTAL	162	100,00

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

Gráfico N° 20: Información o las explicaciones en un lenguaje comprensible



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

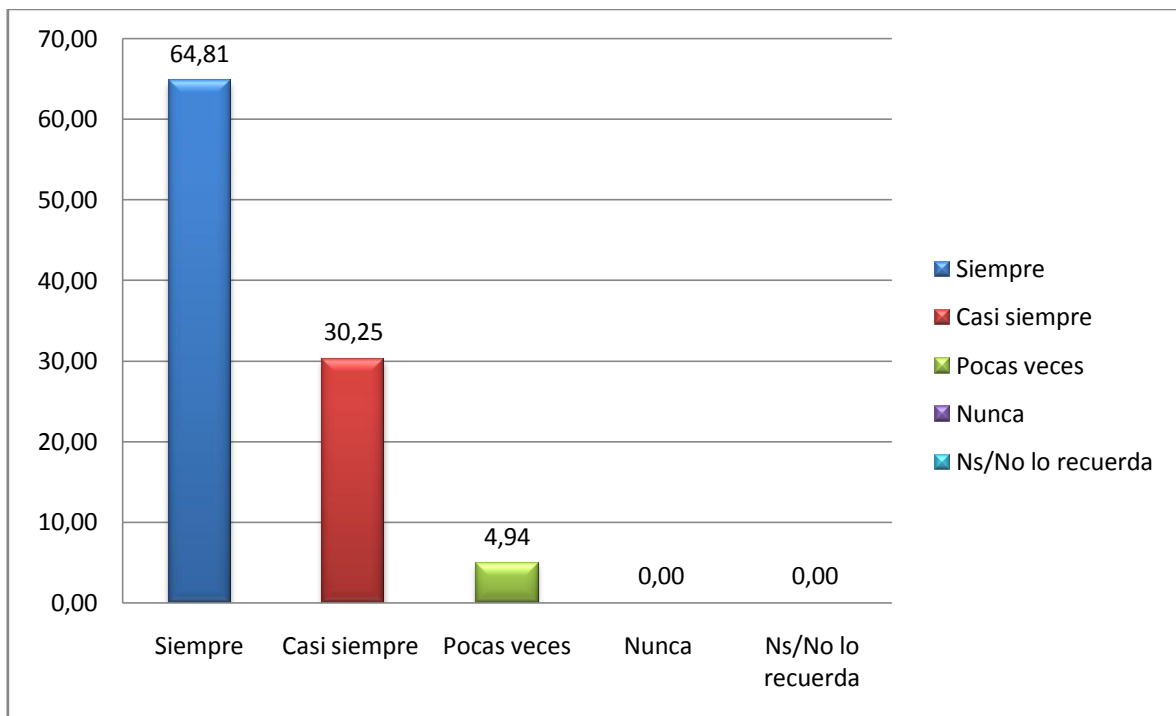
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 23, respecto a si la Información o las explicaciones en un lenguaje comprensible el 61,73% % menciono que siempre , el 33,33% casi siempre, el 3,09% pocas veces , la minoría corresponde al 1,85% nunca .

Tabla N° 21: Participación en las decisiones acerca de su propio cuidado y el de su bebe

ALTERNATIVAS	F	%
Siempre	105	64,81
Casi siempre	49	30,25
Pocas veces	8	4,94
Nunca	0	0,00
Ns/No lo recuerda	0	0,00
TOTAL	162	100,00

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

Gráfico N° 21: Participación en las decisiones acerca de su propio cuidado y el de su bebe



Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico 24, respecto a la participación en las decisiones acerca de su propio cuidado y el de su bebe, el 64,81% menciono que siempre , el 30,25% casi siempre, el 4,94% pocas veces .

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL FIN

FIN Contribuir a disminuir el índice de complicaciones en los pacientes del servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez

INDICADOR

-Hasta Noviembre del 2013 se disminuye un 10% de complicaciones del servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez

Tabla Nº 25: Morbilidad en las atenciones al neonato del servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar

PATOLOGIA	2012		2013	
	F	%	F	%
Infección perinatal	38	20.3	36	22.2
Hiperbilirrunemia	22	11.7	21	13.2
Asfixia neonatal	39	20.8	43	27
Hipoglicemia	10	5.3	8	5
Rnpt emh.	42	22.4	44	27.7
Síndrome de aspiración mecoñal	3	1.6	1	0.6
Taquinia trasintoria	7	3.7	5	3.1
Prematurez extrema	5	2.6	4	2.5
Peso bajo para la edad gestacional	8	4.2	6	3.7
OTRAS	13	6.9	11	6.9
TOTAL	187	100%	159	100%

Elaborado por: Mestanza Lombeida, María Magdalena
Fuente: Estadísticas de atención

Conclusiones

Se logró mejorar la calidad de atención de los pacientes del servicio de neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez, mediante la adaptación y aplicación de normas y protocolos de atención Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública, actualización al equipo de salud y conformación de un equipo de control de la calidad del servicio; con la finalidad de disminuir el índice de complicaciones.

Se adaptó y aplicó el 100% de las Normas y protocolos de Atención Materno-Neonatal del Ministerio de Salud Pública, manejando de manera correcta y adecuada a la madre y el neonato.

Se actualizó el 100% del equipo de salud sobre las Normas y protocolos de Atención Materno-Neonatal del Ministerio de Salud Pública, brindando una atención integral reduciendo el riesgo a complicarse.

Se conformó el 100% del equipo de control de calidad del servicio, reduciendo el riesgo de morbi-mortalidad.

Recomendaciones

Que este proyecto sea un referente para las autoridades, para promover en base a las diferentes actividades un servicio de calidad y eficiente, para satisfacer las necesidades de esta población de usuarios atendidos del servicio de salud.

Que el Hospital Miguel H. Alcívar, siga implementado proyectos de mejoramiento de la calidad de atención, reforzando las actividades ejecutadas y optimizando el servicio en bienestar de la población.

Al equipo de salud, que por medio de la utilización de estándares de calidad logren potencializar mejoras en la salud y la calidad de vida de los usuarios.

En los usuarios que asisten al servicio de salud, se fomente participación de estos en los diferentes programas llevados a cabo por la institución

BIBLIOGRAFÍA

Textos

- Avery,G. & Fletcher, M. &Mac ,D. (2001). *Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido*. 5ª Ed. esp. Editorial Médica Panamericana: Madrid.
- Valdés M. & Gómez, V. & Báez, M. (2011) *Tema de pediatría*. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;
- Xiong, X.& Harville E. & Soldan ,V. & Tomashek KM,& Breart G,(2010) *Maternal dengue and pregnancy outcomes: a systematic review*. *Obstet Gynecol Surv*.
- Coto, C. López, S. &Concheso, C.(2008) *Proteína C reactiva y orosomucoide como parámetros de control evolutivo y eficacia terapéutica en la sepsis neonatal*. *AnEspPediatr*.
- Coto, C. & Ramos, A. (2008). *Neumonías neonatales. PAR* (patología del aparato respiratorio); nº 107.
- CloherlyJP, Stark AR (eds.). (2008). *Manual de cuidados neonatales*. 3ª ed. esp. Masson SA: Barcelona.
- MSP/Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud.(2009). *Componente Neonatal*, MSP: Quito.
- Armijos, N. (2010), *Planificación estratégica*. Loja-Ecuador. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
- Piedra, M.& Buele, N. (2010), *Disefio y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de Grado I*, Loja-Ecuador, Editorial de la Universidad Tecnica Particular de Loja.
- Tapia, J. (2008). *Neonatologia*, Chile, Editorial Mediterraneo.
- Segura S, &Cambra F,& Moreno, M.&Thio M, (2009) experiencia en edad pediátrica. *An Pediatr* (BARC);
- Ceriani, C. y otros (2009)*Neonatología Practica*. Buenos Aires.
- Sánchez, P.y otros (2011) *Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud*. Barcelona

Linkografías

- Beck S, et al. (2010). *Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas*, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>
- Benitez, J. Bordon, C. (2004). Factores que motivan la internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales, Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16808398200400100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

- Borbonet, D, Medina, E. (2008). *Guía nacional para el seguimiento del recién nacido de muy bajo peso al nacer*. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-0542008000400009&script=sci_arttext&lng=en
- Domínguez ED. Conferencia: "Implementación de ECMO en nuestro país". 9° Jornadas Nacionales de Neonatología; 6° Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento Neonatal de Alto Riesgo. Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires, 21-23 de agosto de 2008. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/stractifles/actividades/congresos/.../>.
- Hubner, M. &Nazer, J. (2009) *Estrategias para mejorar la sobrevida del prematuro extremo*, [en línea]. RevChilPediatría. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?>
- Ibáñez; y Plaza, (2005) *Manual para padres con niños prematuros*, Madrid. Disponible en: <http://www.prematuros.info/PDF/LibroPrematuros.pdf>
- Illanes, O. Cerda, R. (2010). *Estudio de 258 pacientes en el primer año de vida*. V'81 n'3. Santiago. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062010000300009&script=sci_arttext&lng=en
- Iramain, L. (2010). *Seguimiento del prematuro gran prematuro en atención primaria*, v.37 n.1 Asunción abr. 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322009000700017&script=sci_abstract&lng
- Martin, A. (2008). *Entre la idealización de la lactancia materna y la realidad. La experiencia de amamantar a un recién nacido prematuro*, Septiembre. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108723891>
- Paisan, L. (2010) *Presente y Futuro del gran prematuro*. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/gipuzkoa2006/granprematuro.pdf>
- Pastor, J. Garcia, L. Cotes, M. (2010). *Recién nacido Prematuro: a propósito de un caso* Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v20n04a13153991pdf01.pdf>
- Sanabria, SM. (2008). *Predicción de secuela neurológica al año de edad en niños prematuros evaluados con el examen evolutivo de la conducta*. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cg>
- Sanchez, G.&Quintero, L.& Rodriguez, G. (2010). *Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapeutico* [en línea]. 2 :176-80 - vol.12 num 48. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-universitaria->

APENDICES

APÉNDICE N°. 1

REGISTROS Y AVANCE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos: Lcda. María Magdalena Mestanza Lombeida

Centro Universitario: Universidad Particular de Loja

Título del Proyecto: mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar De Bahía De Caráquez en la provincia de Manabí año 2013”

RESULTADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA					OBS
		2012	2013	M	J	J	
RESULTADO 1 .Normas y Protocolos de Atención Materno – Neonatal del Ministerio de Salud Pública adaptadas y aplicándose	Hasta el 1 de Abril del 2013 el 100% de las normas y protocolos del MSP adaptadas -Hasta el 1 mayo del 2013 el 100% de las normas y protocolos de atención Materno Infantil aplicándose	100%	100%				Cronograma ejecutado
RESULTADO 2 Equipo de salud actualizado sobre Normas y Protocolos de Atención Materno – Neonatal del MSP	Hasta el 15 de Agosto del 2013 el 100% del Equipo de salud actualizado sobre Normas y Protocolos de Atención Neonatal del Ministerio de Salud		100%				Cronograma ejecutado
RELTADO 3 Equipo de control de calidad del servicio conformado	Hasta el 30 de agosto del 2013 existe un 100% del Equipo de control de calidad del servicio conformado		100%				Cronograma ejecutado

APÉNDICE N°. 2
OFICIOS RECIBIDOS Y ENVIADOS

Leónidas Plaza 16 de Mayo del 2013

Dra.
Mirian Reyna
DIRECTORA DEL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR
Presente

De mis consideraciones

Por medio de la presente le pongo en conocimiento que con motivo de estar realizando una Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local en la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) como requisito para culminación de esta Maestría tengo que realizar un proyecto de Tesis para lo cual pongo en su conocimiento que lo he decidido realizarlo en el lugar que laboro, el título del proyecto es **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL H ALCIVAR DE BAHIA DE CARAQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABI AÑO 2013**, para lograrlo solicito a Usted su autorización para sustraer información necesaria para ejecutar este proyecto que ira en beneficio de del Servicio de Neonatología y la Institución .

Esperando contar con su colaboración, me suscribió de Ud.-

Atentamente

Juv. Hapolalya Mestanza
LCDA SOR MARIA MESTANZA LOMBEIDA
MAESTRANTE UTPL

M. Reyna
Recibido
16-05-2013
09h17.

Leónidas Plaza 16 de Mayo del 2013

Dr.
Jorge Quijano
JEFE DEL PROCESO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL
MIGUEL H. ALCIVAR
Presente.

De mis consideraciones

Por medio de la presente le pongo en conocimiento que con motivo de estar realizando una Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local en la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) como requisito para culminación de esta Maestría tengo que realizar un proyecto de Tesis para lo cual pongo en su conocimiento que lo he decidido realizarlo en el lugar que laboro, el título del proyecto es **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL H ALCIVAR DE BAHIA DE CARAQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABI AÑO 2013**, para lograrlo solicito a Usted su autorización para sustraer información necesaria para ejecutar este proyecto que ira en beneficio de del Servicio de Neonatología y la Institución .

Esperando contar con su colaboración, me suscribió de Ud.-

Atentamente

Sr. Magdaleno Herbenza
24 de Mayo
LCDA SOR MARIA MESTANZA LOMBEIDA
MAESTRANTE UTPL

C. Quijano
Recibido 16 mayo / 13
Se concedo lo solicitado

APÉNDICE N°. 3

CONFORMACIÓN DEL EQUIPO PARA REVISIÓN DE NORMAS



Leónidas Plaza 20 de Junio del 2013

Proyecto mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel h Alcívar de Bahía de Caráquez en la Provincia de Manabí año 2013

Responsable: Lcda. Sor Magdalena Mestanza Lombeida

Lic.

Ana MACIAS
LIDER DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL NEONATOLOGÍA

Presente.

De mis consideraciones

Por medio de la presente me dirijo a Usted para pedirle de la manera muy comedida forme parte de la Comisión de Revisión de las Normas Y protocolos del Proceso de Neonatología la misma que contribuirá al mejoramiento de la calidad de nuestro servicio por motivo de estar realizando la tesis de grado en el lugar que laboro el tema es: **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL H ALCIVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABI AÑO 2013.**

La misma que se realizará el día 25 de Junio del presenta año en EL Departamento de Enfermería a las 15h30.

Esperando contar con su valiosa presencia quedo de Usted muy agradecida

Atentamente:

...Sor. Magdalena Mestanza Lombeida...

LCDA SOR MAGDALENA MESTANZA LOMBEIDA

MAESTRANTE UTPL

*Recibido
25-06-2013
del Sr. Alcivar y*



Leónidas Plaza 20 de Junio del 2013

Proyecto mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel h Alcívar de Bahía de Caráquez en la Provincia de Manabí año 2013

Responsable: Lcda. Sor Magdalena Mestanza Lombeida

Presente.

Dr. Vicente Muños
MEDICO TRATANTE DEL PROCESO DE NEONATOLOGÍA

De mis consideraciones

Por medio de la presente me dirijo a Usted para pedirle de la manera muy comedida forme parte de la Comisión de Revisión de las Normas Y protocolos del Proceso de Neonatología la misma que contribuirá al mejoramiento de la calidad de nuestro servicio por motivo de estar realizando la tesis de grado en el lugar que laboro el tema es: **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL H ALCIVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABI AÑO 2013.**

La misma que se realizará el día 25 de Junio del presenta año en EL Departamento de Enfermería a las 15h30.

Esperando contar con su valiosa presencia quedo de Usted muy agradecida

Atentamente:

Lcda. Sor Magdalena Mestanza

LCDA SOR MAGDALENA MESTANZA LOMBEIDA

MAESTRANTE UTPL

Recibido 20/06/13
Dr. Vicente Muños



Leónidas Plaza 20 de Junio del 2013

Proyecto mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel h Alcívar de Bahía de Caráquez en la Provincia de Manabí año 2013

Responsable: Lcda. Sor Magdalena Mestanza Lombeida

Dr. Jorge Quijano

JEFE DEL PROCESO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR

Presente.

De mis consideraciones

Por medio de la presente me dirijo a Usted para pedirle de la manera muy comedida forme parte de la Comisión de Revisión de las Normas Y protocolos del Proceso de Neonatología la misma que contribuirá al mejoramiento de la calidad de nuestro servicio por motivo de estar realizando la tesis de grado en el lugar que laboro el tema es: **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL H ALCIVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABI AÑO 2013.**

La misma que se realizará el día 25 de Junio del presenta año en EL Departamento de Enfermería a las 15h30.

Esperando contar con su valiosa presencia quedo de Usted muy agradecida

Atentamente:

Sor Magdalena Mestanza

LCDA SOR MAGDALENA MESTANZA LOMBEIDA

MAESTRANTE UTPL

Jorge Quijano
20 Junio 2013



Leónidas Plaza 20 de Junio del 2013

Proyecto mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel h Alcívar de Bahía de Caráquez en la Provincia de Manabí año 2013

Responsable: Lcda. Sor Magdalena Mestanza Lombeida

Lic.

Ana María Vera
COORDINADORA DE DEPARTAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Presente.

De mis consideraciones

Por medio de la presente me dirijo a Usted para pedirle de la manera muy comedida forme parte de la Comisión de Revisión de las Normas Y protocolos del Proceso de Neonatología la misma que contribuirá al mejoramiento de la calidad de nuestro servicio por motivo de estar realizando la tesis de grado en el lugar que laboro el tema es: **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL H ALCIVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABI AÑO 2013.**

La misma que se realizará el día 25 de Junio del presenta año en EL Departamento de Enfermería a las 15h30.

Esperando contar con su valiosa presencia quedo de Usted muy agradecida

Atentamente:

Lcda. Sor Magdalena Mestanza Lombeida

LCD A SOR MAGDALENA MESTANZA LOMBEIDA

*Recibido
20/06/2013
Ana María Vera*



Leónidas Plaza 20 de Junio del 2013

Proyecto mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel h Alcívar de Bahía de Caráquez en la Provincia de Manabí año 2013

Responsable: Lcda. Sor Magdalena Mes tanza Lombeida

Lic.

Ana MACIAS
LIDER DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL NEONATOLOGÍA

Presente.

De mis consideraciones

Por medio de la presente me dirijo a Usted para pedirle de la manera muy comedida forme parte de la Comisión de Revisión de las Normas Y protocolos del Proceso de Neonatología la misma que contribuirá al mejoramiento de la calidad de nuestro servicio por motivo de estar realizando la tesis de grado en el lugar que laboro el tema es: **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL H ALCIVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABI AÑO 2013.**

La misma que se realizará el día 25 de Junio del presenta año en EL Departamento de Enfermería a las 15h30.

Esperando contar con su valiosa presencia quedo de Usted muy agradecida

Atentamente:

Sor. Magdalena Montaña

LCDA SOR MAGDALENA MESTANZA LOMBEIDA

MAESTRANTE UTPL

*Recibido
20.06.2013
Lic. Ana Macias*



Bahía 22 Noviembre 2013

**Dra.
Mirian Reyna
DIRECTORA DEL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR
Ciudad.-**

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitarle certifique que Sor María Magdalena Mestanza Lombeida estudiante de la UTPL realizo su tesis de grado en el Hospital Miguel H Alcívar con el tema **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL H ALCIVAR DE BAHIA DE CARAQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABI AÑO 2013.**

Contando con su colaboración me despido de Usted

Atentamente.

Sor Magdalena Mestanza
**Sor Magdalena Mestanza
MAESTRANTE UTPL**

Por la
Dr. Reyna





Bahia 23 de Junio 2013

Lloda.

Ana Macías
LIDER DE CUIDADOS DE PROCESO DE NEONATOLOGIA

Ciudad.-

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle de la manera más comedida sea el facilitador de la capacitación sobre **NORMAS Y PROTOCOLOS DEL CUIDADO DEL NEONATO** para el personal de Neonatología en el Auditorio del Hospital Miguel H Alcivar

Por la atención que usted le dé a la presente, desde ya le quedo agradecida.

Atentamente.


Sor Magdalena Mestanza
MAESTRANTE UTPL





Bahía 23 de Junio 2013

**Dr.
Vicente Muñoz
MÉDICO TRATANTE DEL SUB PROCESO DE NEONATOLOGIA**

Ciudad.-

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle de la manera más comedida sea el facilitador de una capacitación sobre **NORMAS Y PROTOCOLOS DEL CUIDADO DEL NEONATO** para el personal de Neonatología en el Auditorio del Hospital Miguel H Alcívar

Por la atención que usted le dé a la presente, desde ya le quedo agradecida.

Atentamente.


**Sor Magdalena Mestanza
MAESTRANTE UTPL**



APENDICE N° 4
LISTA DE ASISTENTES PARA LA APROBACIÓN DE NORMAS



Leónidas Plaza 27 de Junio del 2013

Proyecto Mejoramiento de la Calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel h Alcivar de Bahía de Caráquez en la Provincia de Manabí año 2013

Responsable: Lcda. Sor Magdalena Mestanza Lombeida

CONVOCATORIA

A la reunión de la Comisión de revisión de las Normas y Protocolos del Proceso de Neonatología.

Participantes

DR. JORGE QUIJANO.....
Jorge Quijano

DR. VICENTE MUÑOZ.....
Dr. Vicente Muñoz

LIC ANA MARÍA.....
Lic. Ana María

LIC. ANA MACIAS.....
Lic. Ana Macías

RESPONSABLE

Sor Magdalena Mestanza
SOR MAGDALENA MESTANZA



Leónidas Plaza 27 de Junio del 2013

Proyecto Mejoramiento de la Calidad de atención en el servicio de Neonatología del Hospital Miguel h Alcivar de Bahía de Caráquez en la Provincia de Manabí año 2013

Responsable: Lcda. Sor Magdalena Mestanza Lombeida

ASISTENTES

A la reunión de la Comisión de revisión de las Normas y Protocolos del Proceso de Neonatología.

Participantes

DR. JORGE QUIJANO.....

DR. VICENTE MUÑOZ.....

LIC ANA MARÍA.....

LIC. ANA MACIAS.....

RESPONSABLE

SÓR MAGDALENA MESTANZA

Apéndice N° 5

LISTA DE LOS PARTICIPANTES A LA CAPACITACIÓN



REGISTRO DE FACILITADORES DE LA CAPACITACION DE CUIDADOS DE LOS NEONATOS

NOMBRES APELLIDOS	CEDULA	FECHA	FIRMA
Dr. Miguel Looz Cevallos	1708093903	19 de Mayo 2013	
Lic. Ángela López Anchundia	130841287-3	21 de Mayo 2013	
Lic. Ana Macías G.	130497039-3	28 de Mayo 2013	
Licda. Héctor Carbo	130236072-0	23 de Junio 2013	
Dr. Vicente Muñoz	1200769923	23 de Junio 2013	

Sor Magdalena Mestanza
MAESTRANTE UTPL

ASISTENCIA

"Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de neonatología del Hospital Miguel H. Alcivar de Bahía de Caráquez en la provincia de Manabí año 2013"

REGISTRO DE REUNIONES 15/08/2013

NOMBRE

FIRMA

19. Lic. Genhith Guerrero

20. Lic. Pamela Alvarado

21. Lic. María del Carmen Lucas

22. Lic. Ana Macías

23. Lic. Janeth Mendoza

24. Lic. Mercedes Zambrano

25. Sra. Martha Franco

26. Sra. Zolla Bazurto

27. Sra. Betsy Torres

10. Lic. Aracely Ávila

11. Lic. Zoila Panta

12. Sra. María Esther Intriago

13. Sra. Teresa Zambrano

14. Sra. Liris Macías

[Handwritten signatures on lines]

ATTE.


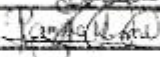
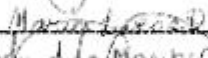
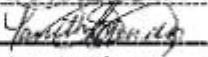
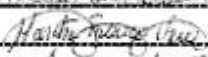
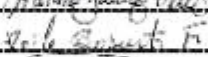
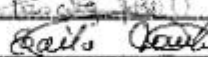
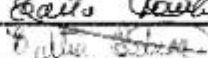
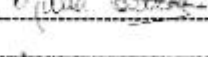
[Handwritten signature]

Sor Magdalena Mestanza
MAESTRANTE UTP

ASISTENCIA

"Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de neonatología del Hospital Miguel H. Alcivar de Bahía de Caráquez en la provincia de Manabí año 2013"

REGISTRO DE REUNIONES 15/08/2013


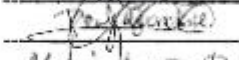
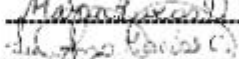

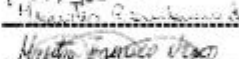
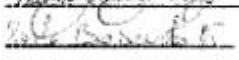

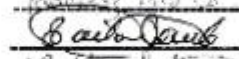

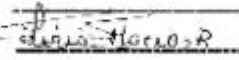




NOMBRE	FIRMA
19. Lic. Genhith Guerrero	
20. Lic. Pamela Alvarado	
21. Lic. María del Carmen Lucas	
22. Lic. Ana Macías	
23. Lic. Janeth Mendoza	
24. Lic. Mercedes Zambrano	
25. Sra. Martha Franco	
26. Sra. Zolla Bazurto	
27. Sra. Betsy Torres	
10. Lic. Aracely Ávila	
11. Lic. Zoila Panta	
12. Sra. María Esther Intriago	
13. Sra. Teresa Zambrano	
14. Sra. Liris Macías	

ATTE.


Sor Magdalena Mestanza
 MAESTRANTE UTPL

"Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez en la provincia de Manabí año 2013"

REGISTRO DE REUNIONES 14/06/2013

NOMBRE	FIRMA
1. Lic. Genhith Guerrero	
2. Lic. Pamela Alvarado	
3. Lic. María del Carmen Lucas	
4. Lic. Ana Macías	
5. Lic. Janeth Mendoza	
6. Lic. Mercedes Zambrano	
7. Sra. Martha Franco	
8. Sra. Zolla Bazurto	
9. Sra. Betsy Torres	
10. Lic. Aracely Ávila	
11. Lic. Zoila Panta	
12. Sra. María Esther Intriago	
13. Sra. Teresa Zambrano	
14. Sra. Liris Macías	


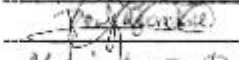
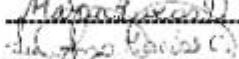

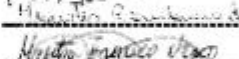
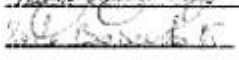

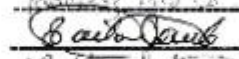

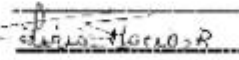




ATTE.



Sor Magdalena Mestanza
MAESTRANTE UTPL

**"Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de neonatología del
Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez en la provincia de Manabí
año 2013"**

REGISTRO DE REUNIONES 14/06/2013

NOMBRE	FIRMA
1. Lic. Genhith Guerrero	
2. Lic. Pamela Alvarado	
3. Lic. María del Carmen Lucas	
4. Lic. Ana Macías	
5. Lic. Janeth Mendoza	
6. Lic. Mercedes Zambrano	
7. Sra. Martha Franco	
8. Sra. Zolla Bazurto	
9. Sra. Betsy Torres	
10. Lic. Aracely Ávila	
11. Lic. Zoila Panta	
12. Sra. María Esther Intriago	
13. Sra. Teresa Zambrano	
14. Sra. Liris Macías	

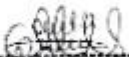
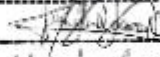
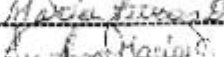
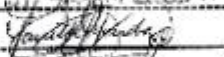

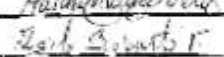
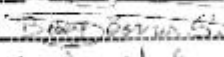


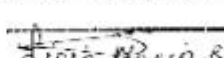
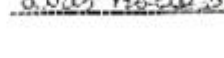



ATTE.



Sor Magdalena Mestanza
MAESTRANTE UTPL

“Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez en la provincia de Manabí año 2013”

REGISTRO DE REUNIONES 05/06/2013

NOMBRE	FIRMA
1. Lic. Genhith Guerrero	
2. Lic. Pamela Alvarado	
3. Lic. María del Carmen Lucas	
4. Lic. Ana Macías	
5. Lic. Janeth Mendoza	
6. Lic. Mercedes Zambrano	
7. Sra. Martha Franco	
8. Sra. Zoila Bazurto	
9. Sra. Betsy Torres	
10. Lic. Aracely Ávila	
11. Lic. Zoila Panta	
12. Sra. María Esther Intriago	
13. Sra. Teresa Zambrano	
14. Sra. Liris Macías	


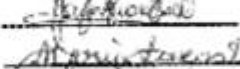


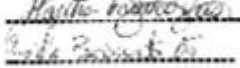

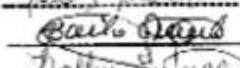
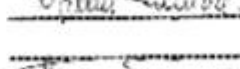
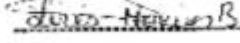





ATTE.


Sor Magdalena Mestanza
 MAESTRANTE UTPL


ASISTENCIA

"Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez en la provincia de Manabí año 2013"

REGISTRO DE REUNIONES 06/07/2013

NOMBRE	FIRMA
10. Lic. Genhith Guerrero	
11. Lic. Pamela Alvarado	
12. Lic. María del Carmen Lucas	
13. Lic. Ana Macías	
14. Lic. Janeth Mendoza	
15. Lic. Mercedes Zambrano	
16. Sra. Martha Franco	
17. Sra. Zoila Bazurto	
18. Sra. Betsy Torres	
10. Lic. Aracely Ávila	
11. Lic. Zoila Panta	
12. Sra. María Esther Intriago	
13. Sra. Teresa Zambrano	
14. Sra. Liris Macías	


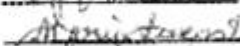



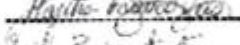
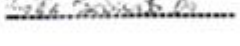
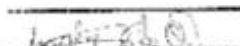
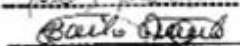
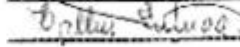
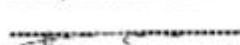
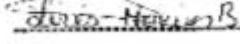


ATTE.


Sor Magdalena Mestanza
 MAESTRANTE UTPL

ASISTENCIA

"Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de neonatología del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez en la provincia de Manabí año 2013"

REGISTRO DE REUNIONES 06/07/2013

NOMBRE	FIRMA
10. Lic. Genhith Guerrero	
11. Lic. Pamela Alvarado	
12. Lic. María del Carmen Lucas	
13. Lic. Ana Macías	
14. Lic. Janeth Mendoza	
15. Lic. Mercedes Zambrano	
16. Sra. Martha Franco	
17. Sra. Zoila Bazurto	
18. Sra. Betsy Torres	
10. Lic. Aracely Ávila	
11. Lic. Zoila Panta	
12. Sra. María Esther Intriago	
13. Sra. Teresa Zambrano	
14. Sra. Liris Macías	

ATTE.



Sor Magdalena Mestanza
MAESTRANTE UTPL

ASISTENCIA

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MIGUEL H. ALCÍVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABÍ AÑO 2013"

REGISTRO DE REUNIONES 23/06/2013

NÒMINA	FIRMA
1.-LIC. GENITH GUERRERO S.	_____
2.-LC. SOR MARÍA MESTANZA ENF.	_____
3.-LIC. PAMELA ALVARADO ENF. C	_____
4. - LIC. DENIS FARFAN M. ENF. C	<i>Denis Farfan M</i>
5. - LIC. MARIA DEL CARMEN LUCAS ENF	<i>Maria del Carmen Lucas</i>
6.- LIC. JANETH MENDOZA M ENF. C	<i>Janeth Mendoza M</i>
7. - LIC. ARACELI AVILA Q. AUX.ENF.	<i>Araceli Avila Q.</i>
8.-. LIRIS MACÍAS B. AUX. ENF.	_____
9.-SRA. MARTHA FRANCO V. AUX. ENF.	<i>Martha Franco V.</i>
10.- SRTA. ANITA BERMÚDEZ AUX. ENF.	<i>Anita Bermúdez</i>
11.-LIC. ZOILA PANTA B. AUX. ENF.	_____
12.- SRA. ESTHER INTRIAGO CH. AUX. ENF.	_____
13.-SRA. TERESA ZAMBRANO AUX.ENF.	<i>Teresa Zambrano</i>
14.- SRA. BETSY TORRES AUX. ENF	<i>Betsy Torres</i>
15.-SRA. MARGARITA CEDEÑO AUX. AD	_____
16.- SR. JOSÉ HOLGUÍN AUX. AD. SALUD	_____
<i>José Holguín</i>	
LIC. ANA MACÍAS G. ENF. LÍDER NEONATOLOGIA	<i>Ana Macías G.</i>

ASISTENCIA

ASISTENCIA

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MIGUEL H. ALCÍVAR DE BAHÍA DE CARÁQUEZ EN LA PROVINCIA DE MANABÍ AÑO 2013"

REGISTRO DE REUNIONES 20/07/2013

NOMBRE

FIRMA

1.-LCDA. GENITH GUERRERO S.

Genith Guerrero S.

2.-LCDA. SOR MARÍA MESTANZA L.

Maria José Pisco Lora.

3.-SRTA. MARÍA JOSÉ PISCO I.R.E.

Johan Párraga L.

4.-SR. JOHAN PÀRRAGA L. I.R.E.

Mercedes Zambrano

5.-LIC. MERCEDES ZAMBRANO AUX. ENF.

Martha Franco V.

6.-SRA. MARTHA FRANCO V. AUX. ENF

Zoila Basurto F.

7.-SRA. ZOILA BASURTO F. AUX. ENF.

Betsy N. Torres S.

8.-SRA. BETSY TORRES S. AUX. ENF.

Anita Bermúdez

9.-SRTA. ANITA BERMÚDEZ AUX. ENF.

Maria Elena Lora S.

10.-SRA. MARÍA ELENA LOOR S. AUX, ENF

Araceli Àvila Q.

11.-LIC. ARACELI ÀVILA Q. AUX. ENF.

Zoila Panta B.

12.-LIC. ZOILA PANTA B. AUX. ENF.

13.-SRA. ESTHER INTRIAGO CH. AUX. ENF.

14.-SRA. MARGARITA CEDEÑO AUX. AD. SALUD

15.-SRA. MARCELA MELO AUX. AD. SALUD

ATTE,

Lic. Ana Macías G.

LIC. ANA MACÍAS G.
ENF. LÍDER NEONATOLOGÍA

Sor Magdalena Mestanza
24 de Dec

ANEXO N° 6

TRITICO DE INFORMACIÓN A LAS MADRES

PRECAUCIONES GENERALES PRECAUCIONES GENERALES EN EL NEONATO

- Lavarse las manos antes de tocar al niño.
- No permitir que se fume delante del bebé y preservarlo de ambientes contaminados.
- Evitar el contacto con juguetes y objetos con los que puedan haber jugado niños enfermos.
- Evitar los lugares cerrados con gente (supermercados, transporte público, guarderías).
- Evitar que se le acerque nadie con fiebre.
- Lavar muy bien los platos con agua caliente y jabón.
- Tirar los pañuelos de papel tras su uso.

Cuándo ir al pediatra

Si el bebé come peor, llora en exceso, duerme más de lo habitual o está irritable o menos activo.

Si tose a menudo, vomita o regurgita con frecuencia.

Si respira más rápido o con dificultad, con movimientos visibles del tórax.

Si tiene deposiciones frecuentes o líquidas.

Durante los tres primeros meses, y sobre todo hasta el primer mes, los signos de una infección son a veces muy sutiles, por lo que se debe acudir al pediatra o a urgencias cuanto antes si el bebé está más decaído, desgastado o presenta peor color.

Cuándo debemos acudir a urgencias

Si duerme mal dos noches seguidas.

Si su temperatura corporal supera los 37,5° o, por el contrario, no alcanza los 36°.

Llora, inconsolable, durante una hora.

Su piel está azulada, pálida o con manchas.

Tarda en despertarse.

Presenta signos de deshidratación.

Sufre cambios en la respiración.

GUIA PRÁCTICA DE CUIDADOS NEONATALES



AUTORA:
SOR MARÍA MAGDALENA MESTANZA
LOMBEIDA
BAHÍA DE CARAQUEL - MANABI - ECUADOR
2013

CONTROL POSNATAL INMEDIATO

Lo recomendado por el MSP de Ecuador abarca lo siguiente para el primer día de nacido y se resume así:

Evaluar un mínimo de tres controles obligatorios durante las primeras tres horas: signos vitales (TA, temperatura y pulso), retracción uterina; hemorragia; genitales externos y características de los loquios.

Iniciar contacto piel a piel, lactancia materna exclusiva y alojamiento conjunto madre hijo: Apenas el recién nacido está estable y respira, se lo puede colocar sobre el pecho de la madre, en decúbito prono, con las pieles en contacto, cubriendo la espalda de la criatura y el pecho de la madre con un lienzo seco y tibio, lo que favorece el inicio temprano de la lactancia materna y está relacionado con una duración más larga de la lactancia materna exclusiva.

También puede beneficiar a la madre ya que el amamantamiento estimula la secreción de oxitocina materna y promueve las contracciones uterinas con lo cual es posible que disminuya el sangrado materno.



1. El Ministerio de Salud de Ecuador ha estandarizado la realización y registro de al menos 11 actividades para la Atención al recién nacido sano:
2. Registro de sexo;
3. Peso al nacer;
4. Talla en cm;
5. Perímetro cefálico en cm;
6. Apgar al 1 y 5 minutos;
7. Registro de realización o no de reanimación respiratoria;
8. Examen físico;
9. Alojamiento conjunto;
10. Administración de 1 mg. De vitamina K₁;
11. Apego precoz e inicio de la lactancia materna exclusiva.



ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO SANO

- Vigilar y favorecer la respiración espontánea
- Prevenir pérdidas de calor
- Prevenir y controlar infecciones
- Asegurar amamantamiento materno inmediato y alojamiento conjunto
- Otorgar ciudadanía



APÉNDICE N° 7

FOTORRELATORIA

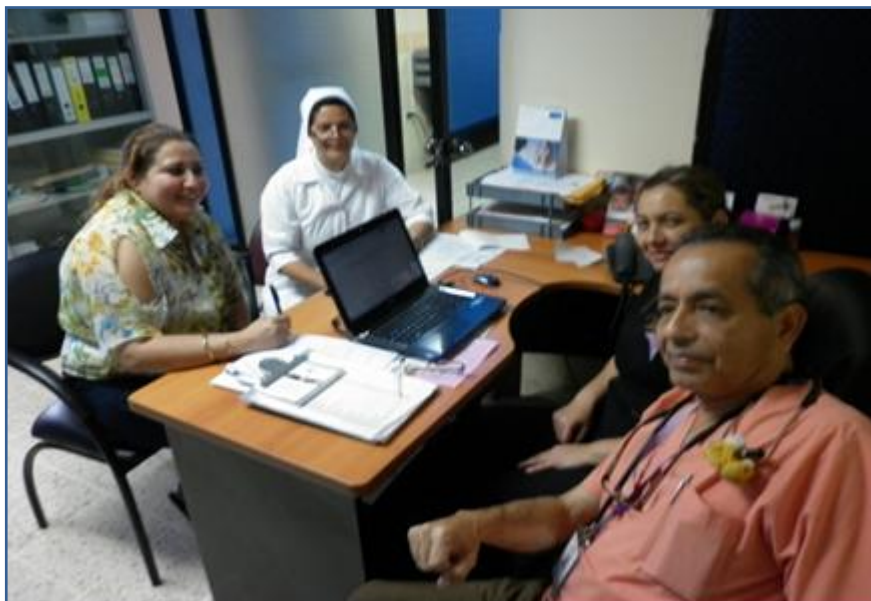
Fotografía N° 01

REUNIONES CON DIRECTIVOS



Fotografía N° 02

REUNIÓN CON LOS DIRECTIVOS



Fotografía N° 03

REUNIONES CON LOS DIRECTIVOS



Fotografía N° 04

EXPOSICIÓN DE LAS NORMAS



Fotografía N° 05

REUNIÓN CON LA COMISIÓN



Fotografía N°

CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD

Fotografía N° 06



Fotografía N° 07

CAPACITACIÓN AL PERSONAL



Fotografía N°08

CAPACITACIÓN AL PERSONAL



Fotografía N° 09

CAPACITACIÓN A LAS MADRES EN ALOJAMIENTO CONJUNTO



Fotografía N° 10

APLICACIÓN DE NORMAS



Fotografía N° 11

REUNIÓN CON LA COMICIÓN



Fotografía N°12
CAPACITACIÓN A LAS MADRE



Fotografía N° 13
APLICANDO NORMAS



Fotografía N°14
LACTANCIA MATERNA



Fotografía N°15



Fotografía N°16



Fotografía N°17



Fotografía N° 18



Fotografía N°19



Fotografía N°20



Fotografía N°21



Fotografía N°22



Fotografía N°23



Fotografía N° 24



Fotografía N° 25



Fotografía N° 26



Fotografía N° 27



Fotografía N° 28



Fotografía N° 29



Fotografía N° 30



Fotografía N° 31



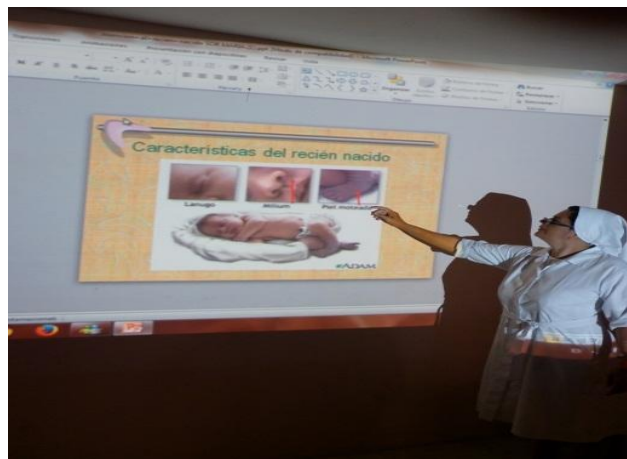
Fotografía N° 32



Fotografía N° 33



Fotografía N° 34



Fotografía N° 35



Fotografía N° 36



Fotografía N° 37



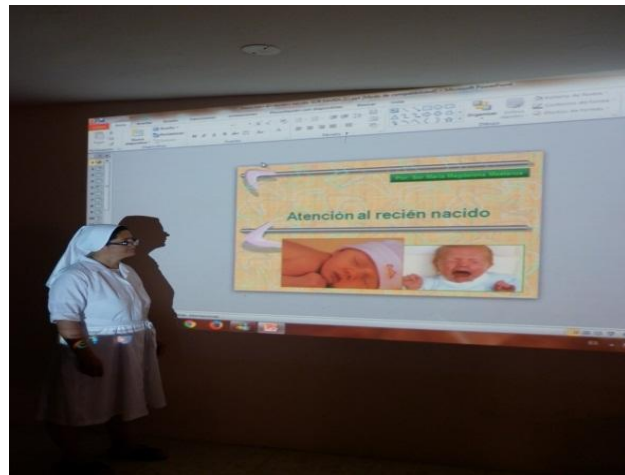
Fotografía N° 38



Fotografía N° 39



Fotografía N° 40



Fotografía N° 41



APÉNDICE N° 8

NORMAS Y PROTOCOLOS DEL MSP

Objetivo

Mejorar la calidad del servicio garantizando la aplicación de Normas y Protocolos del MSP, evitando complicaciones.

Disminuir la incidencia de complicaciones del neonato utilizando técnicas y procedimientos, dar apoyo a los familiares mediante la educación e información oportuna.

MISION DEL AREA

El proceso de neonatología brinda atención integral al recién nacido normal y patológico mediante servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación asegurando acciones individualizadas oportunas con talentos humanos aplicando la tecnología más apropiada a nuestro nivel de complejidad.

VISION DEL AREA

Para el año 2015 el proceso de neonatología contara con atención médica y de enfermería especializada, con tecnología moderna que permita brindar al recién nacido normal y patológico atención de fomento, prevención, curación y rehabilitación con eficacia y eficiencia solidaria y equidad que conlleven al cumplimiento de estándares de calidad por ende satisfacción de la familia y comunidad

TALENTO HUMANO.

El área de neonatología del Hospital de Bahía de Caráquez cuenta con:

- Un médico jefe departamental (pediatría)
- Tres médicos tratantes
- Seis médicos Residente
- Una enfermera Líder
- Cinco Enfermeras de Cuidado directo
- Ocho auxiliares de enfermería
- dos auxiliares de servicio

RECURSO FINANCIERO.

Esta área es beneficiada por la Ley de Maternidad Gratuita

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.

El área funciona en el primer piso del Hospital con conexión directa con el área de Centro obstétrico, es de construcción de hormigón armado; cuenta con los siguientes equipos de los cuales solo mencionaremos los principales:

3 incubadoras funcionando,

3 servo cunas completas

1 incubadoras de transporte

1 cuna radiante,

3 lámparas de fototerapia,

6 bombas de infusión, equipo de diagnóstico, laringoscopio,

8 cuneros con su porta cuneros, manómetros, glucómetro, entre otros.

El área de neonatología se encuentra ubicada en la primera planta del Hospital de Bahía de Caráquez, cuenta con **tres cubículos de ingreso** de pacientes, como son:

UBICACIÓN

La ubicación del servicio de Neonatología tiene que cumplir los siguientes requisitos básicos:

Estar integrado en el servicio de Pediatría.

Estar lo más próximo al área obstetricia.

Tener luz exterior.

Tener un sistema de ventilación adecuado.

Tener un sistema de climatización adecuado.

APARATOS

Cunas: La cuna o el moisés se eligen según el tiempo del bebé, el espacio que se tenga y según el concepto de adaptación al ambiente que los padres tengan acordado para su hijo.

Cuando nace el bebé no se le suele colocar directamente en la cuna, aunque hay quien lo hace. Es mejor un moisés sin barras, con tela o un cestillo. Al menos para los dos primeros meses. La razón es que aunque el bebé se mueva poco siempre tendremos la seguridad de que por un descuido no se meta la cabeza entre los barrotes, aunque ahora todos tienen la medida justa para que no pase la cabeza.

En un moisés que es más pequeño que una cuna, siempre puedes tener el bebé cerca cuando duerme y vigilarlo para lo que pueda necesitar, máxime si tiene problemas de respiración o por si lleva un chupete, un alfiler o un babero de cuello. No es conveniente ponerle esto pero siempre hay quien no cumple con estas prevenciones.

Además el niño puede verte y no se siente tan desprotegido. Por supuesto, están las hamaquitas, pero en el moisés el niño duerme mejor y no tendrá problemas con la espalda.

El colchón del moisés suele ser de goma-espuma. El niño al nacer pesa entre 3 y 5 Kg. y no deforma el colchón. De todos modos se supone que no pasará en este moisés más de dos o tres meses. En cuanto veamos que le falta poco para que sus pies lleguen al tope porque ha crecido, ya se le puede pasar a la cuna de barrotes.

PERSONAL DE ENFERMERÍA

Poco se ha hablado hasta el momento de la Enfermería en Neonatología. Quizás sea dentro del equipo de trabajo multidisciplinar en estas unidades los profesionales más implicados en que los pacientes lleguen a un buen fin, para que esta premisa de implicación llegue a penetrar dentro del espíritu del cuidado, se deben de dar los siguientes requisitos:

Conocer su función: La función de la enfermera en los servicios de neonatología está fundamentada en la identificación, el seguimiento y control de los cuidados de salud de los neonatos. La piedra angular de esta definición viene definida por el concepto de cuidados y definimos estos como "todas aquellas intervenciones de salud y promoción de esta, específicas de los niños recién nacidos". Estas intervenciones deben de ser normalizadas y estructuradas adecuadamente, actualmente la NIC (Nursing Intervenciones Clasificación) que traducido al español CIE (Clasificación de intervenciones de Enfermería) es el organismo que se encarga de esta tarea.

Conocer sus límites: Los límites del profesional de Enfermería en los servicios de neonatología deben de ir definidos por el nivel de preparación y pericia del profesional.

Comienzan desde que el neonato toma contacto con el mundo exterior, hasta que cumple un mes de edad. Conlleva cuidados desde los más básicos de protección e higiene de la salud hasta los más específicos de mantenimiento de la vida en condiciones óptimas.

Tener conocimientos de aplicabilidad de los cuidados: Los conocimientos de los profesionales de Enfermería en un porcentaje muy elevado vienen dados por su experiencia, pero sin duda alguna, con el desarrollo de estos profesionales debe de venir dado por el nivel de adquisición de conocimientos científicos que redunden en las intervenciones que se aplican a los neonatos. Estos conocimientos se adquieren por medio de:

Lectura de bibliografía adecuada a los cuidados neonatales

Lectura crítica de revistas científicas referentes a los cuidados neonatales

Revisiones sistemáticas de problemas específicos de los cuidados neonatales

Tener experiencia en la aplicabilidad de los cuidados: La experiencia en muchas ocasiones viene ligada a los años de experiencia, pero esta circunstancia puede ser errónea, la experiencia viene dada por el grado de conocimiento y aplicabilidad sobre un cuidado específico neonatal, a mi me pueden haber enseñado mal a hacer una técnica de cuidado y desde luego yo creer que esa técnica es la idónea, para comprobar es tipo de experiencias desde luego hay que tener espíritu de mejora.

Tener capacidad para mejorar: Esta capacidad viene dada por el grado de implicación que el profesional tiene con su paciente, no viene dada como muchos autores dicen enfocando todo a incentivos, los incentivos profesionales no deben de ser económicos, se supone que los profesionales cualificados deben de percibir un salario digno y equiparado a su nivel de conocimiento y responsabilidad. Para mejorar en los cuidados es importante que se cumplan las premisas anteriores y después de cumplidas, el grado de implicación con tus pacientes es el que nos va a dar los vectores de mejora de los cuidados, desde luego estos vectores son las fuentes más adecuadas a la investigación en el campo de los cuidados en general.

Los profesionales de enfermería en las unidades neonatales son variados respecto al país en que se trate, desde luego hay que considerar que:

A mayor número de profesionales no implica mayor calidad en los cuidados

El costo de los cuidados redonda mucho en el número de profesionales

El nivel de preparación profesional es directamente proporcional al nivel de calidad de los cuidados

El producto enfermero en las unidades neonatales tiene que ver mucho con la preparación profesional, el número de profesionales y los resultados obtenidos

TAREAS RUTINARIAS Y MATERIAL

Las tareas diarias de la enfermería en neonatología las definimos como las tareas básicas que hacemos a diario con los neonatos, y estas las definimos como:

Tareas relacionadas con el ingreso en neonatología: De todos los ingresos en neonatología un alto porcentaje de ellos son niños RN (recién nacidos) que provienen del área obstétrica, por regla general prematuros de menos de 36 semanas de gestación. Procedemos de la siguiente forma:

Proceder a la correcta identificación del RN, comprobando que las muñequeras están correctamente y corresponde con los documentos de identificación

Procedemos a obtener datos de somato métricos (peso, talla, perímetro craneal, perímetro torácico), hacer un sondaje nasogástrico comprobando la permeabilidad de las fosas nasales y aprovechando este para hacer un pequeño lavado gástrico, se le aplica intramuscular 1mgr de vitamina K, se le protege el apéndice del cordón umbilical con una gasa humedecida con una solución antiséptica que no contenga yodo y se procede a la profilaxis ocular con una gota de rifamicina en las conjuntivas oculares. Comprobamos que los genitales tienen un aspecto normal y hacemos un sondaje rectal para comprobar la permeabilidad anal

Lo colocamos bajo una fuente de calor, a ser posible en una incubadora si su peso es inferior a 2, 2 kg

Si el RN por cualquier motivo presenta un estado crítico, se procede a la monitorización de los constantes vitales (Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria y Saturación de Oxígeno) y si se ve conveniente se coloca en una cuna térmica en previsión de hacer técnicas invasivas como por ejemplo la canalización de vasos umbilicales

Se realiza la primera valoración de enfermería, habitualmente identificando los problemas principales de salud y estableciendo un plan de actuación

Cumplimentación de la Historia Clínica, compuesta básicamente en:

- Hoja de Valoración.
- Hoja de Problemas / Diagnósticos.
- Hoja de Evolución.
- Hoja de Intervenciones.
- Hoja de Evaluación.
- Hoja de Resultados.

Tareas relacionadas con el desarrollo: Lo primero que hacemos es identificar la edad gestacional, posteriormente establecemos las medidas para su control (peso diario, talla cada semana, perímetro cefálico cada dos días, perímetro torácico cada 2 días, perímetro del abdomen cada 2 días. El material que utilizamos es: peso en forma de balanza bien calibrada que tenga la capacidad de pesar hasta un nivel de precisión gramal y cinta métrica de un metro, calibrada en milímetros

Tareas relacionadas con la higiene de la piel y mucosas: Cuando llega a nuestra unidad procedemos a la higiene básica de la piel, limpiando aquellas zonas imprescindibles para proceder a su monitorización si es que procede, entre las 12 y 24 horas del nacimiento procedemos a hacer un lavado de la piel, utilizando un jabón neutro para la piel (pH 5.5), aclarando con agua tibia a 37°C y secando con un paño de tacto suave, secando por contacto si previamente no se calentado el paño. la higiene de los genitales se realiza cuando se a pertinente, es decir cuando este manchado de heces o de orina de manera habitual en las primeras horas de vida se debe de controlar cada 3 horas, anotando cuando se produce la primera micción y la primera emisión de heces (meconio)

*

Tareas relacionadas con la alimentación: Al ingreso ya debemos de evaluar que tipo de alimentación va recibir el neonato, habitualmente la alimentación ideal para el neonato es la leche materna y debemos de iniciarla lo antes posible, a ser posible iniciar con la ingesta del calostro materno. Si no es posible la alimentación natural procedemos a la alimentación con leche de inicio o formulas especiales a concentraciones más bajas. Para ello necesitamos un lactario, servicio de biberón y demás material específico para la alimentación

Tareas relacionadas con el confort: Uno de los objetivos más importante como enfermeros es la obtención de la máxima comodidad para nuestros pacientes, para ello lo más importante es crear el ambiente adecuado, debe de crearse un ambiente con una luz natural indirecta, ambiente musical suave, material que produzca el mínimo de ruido, para poder conseguir que nuestros neonatos y sus familias estén en un ambiente lo menos hostil. Material de alta calidad para el abrigo y utensilios de descanso.

Tareas relacionadas con la seguridad: Hay que proporcionarle un ambiente seguro a su alrededor, para ello es imprescindible utilizar material homologado y con suficientes medidas de seguridad para minimizar al mínimo los accidentes, puestas de incubadoras con cierres adecuados, barandillas de las cunas adecuadas y con las medidas mínimas para garantizar su seguridad, etc. Si en algún momento dudamos de la seguridad de un material, es conveniente desecharlo para su utilización.

Tareas relacionadas con la unidad familiar: La unidad es un objetivo muy importante para nuestro entorno, pensamos que los neonatos son un miembro más que se incorpora a la unidad familiar y nosotros debemos de proporcionar el ambiente para que este acogimiento sea el idóneo, es para ello necesario que se habiliten espacios adecuados para recibir a los familiares y poder charlar con ellos respecto a las características, logros o complicaciones del neonato.

Tareas relacionadas con el control y la calidad: Estas cada día más auge, pero he de reconocer que estamos muy lejos de implantar sistemas de control eficaces. Hablar de calidad es muy complicado en muchas ocasiones esto de la calidad viene dado por las expectativas que tiene la persona cuando habla de calidad, para unos la calidad será excelente y para otros pésima, en entornos similares, claro esto es posible porque cada uno de los individuos tiene unas expectativas diferentes a los que considera ideal, posiblemente este concepto esté muy ligado al nivel de conocimiento; considero que a más conocimiento más exigencia con respecto a lo que consideran óptimo.

TAREAS ESPECÍFICAS

En las unidades de neonatología hay muchas tareas específicas, que solo se suelen se suelen realizar en estos servicios, aquí enunciaré algunas de las más habituales:

- Alimentación por lactancia materna
- Alimentación artificial
- Obtención de gases capilares
- Canalización de vías periféricas
- Canalización de vías centrales de acceso periférico
- Curas de cordón umbilical
- Aseo e higiene de la piel y mucosas del neonato
- Garantizar la permeabilidad de la vía aérea
- Garantizar el bienestar del neonato: medidas de control del nivel de dolor

TERMINOLOGÍA MÁS UTILIZADA

Neonato: Un bebé recién nacido hasta las 6 semanas de edad.

Recién nacido a término ó maduro: Es aquel que ha nacido entre las 37 y 42 semanas de edad gestacional.

Recién nacido pre término, prematuro o inmaduro: Es aquel que ha nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional.

Recién nacido pos término o postmoderno: Es aquel que ha nacido después de las 42 semanas de edad gestacional.

OTROS CONCEPTOS EN NEONATOLOGÍA

Diagnóstico del Estado del Recién Nacido

Anamnesis

CONSIDERAR FACTORES DE RIESGO:

- Antenatales
- Durante el parto
- Posparto

Examen físico

Valorar la presencia de los siguientes signos y síntomas:

- Neurológicos: encefalopatía aguda (alteración de la conciencia: irritabilidad, letargia, coma), del tono muscular, de los reflejos primitivos, de la función autonómica (bradicardia,

apneas, midriasis, etc.) y convulsiones (aparecen en las primeras 12 horas de vida).

- Respiratorios: insuficiencia respiratoria, hipertensión pulmonar persistente.
- Cardiovasculares: choque carcinogénico, arritmias (isquemia/ necrosis miocárdica), arritmias (bloqueos AV), insuficiencia tricúspide o mitral (necrosis de músculos papilares), hipertensión arterial (aumento de la resistencia vascular periférica).
- Digestivos: vómito (problemas de alimentación), úlceras por estrés (residuo gástrico con estrías sanguinolentas), enterocolitis necrotizante y perforación intestinal.
- Renales: insuficiencia renal aguda con oliguria (diuresis < a 1 cc/kg/hora), proteinuria, hematuria y/o hiperazoemia (necrosis tubular), parálisis vesical.
- Secreción inadecuada de hormona antidiurética: se sospecha en RNs con hiponatremia (a pesar de adecuado aporte de sodio), densidad urinaria normal o incrementada y algún grado de oliguria.
- Hepáticos: aumento de TGO

RN Prematuro

Recién nacido con edad gestacional de 35 – 36 semanas, 6 días.

RN Prematuro leve

Recién nacido con edad gestacional de 32 – 34 semanas, 6 días.

RN Prematuro moderado

Recién nacido con edad gestacional menor a 32 semanas.

RN Prematuro grave

Cálculo de la edad gestacional

La edad gestacional se calcula por FUM o por ecografía obstétrica. Si no es posible y de acuerdo a la condición del RN, se utiliza el test de Ballard modificado o la fórmula del Perímetro cefálico + 2.

Causas de Prematurez: Extrínsecas.

- Falta de control prenatal adecuado.
- Analfabetismo, pobreza, desnutrición materna
- Anemia de la madre.
- Anormalidades uterinas congénitas, leiomiomas uterinos, útero bicorne.
- Antecedente de muerte fetal.
- Corioamnionitis.
- Tabaquismo, drogadicción, teratógenos químicos.
- Edad materna menor de 15 años y mayor de 35 años.
- Embarazo múltiple, polihidramnios.

- Trastornos hipertensivos gestacionales.
- Gestaciones previas pretérmino
- Hemorragia del tercer trimestre
- Infecciones del tracto urinario
- Intervalo intergenésico corto
- Ruptura prematura de membranas
- Polihidramnios

Intrínsecas

- Defectos cromosómicos.
- Isoinmunización.
- Infecciones maternas (STORCH).
- Malformaciones congénitas.

RN peso bajo al Nacimiento

Cuando el recién nacido presenta un peso menor a 2500 g, se clasifica en:

- Peso bajo: < 2500 g.
- Peso muy bajo: < 1500 g.
- Peso extremadamente bajo: < 1000 g

RN peso bajo para la edad gestacional

Pequeño para la edad gestacional (PEG).

Se establece de acuerdo a la Curva Peso / Edad Gestacional.

Corresponde al recién nacido que se ubica por su peso por debajo o en el percentil 10, en relación a la edad gestacional.

Es necesario determinar si el peso bajo conlleva restricción de crecimiento fetal (RCF), simétrico o asimétrico.

La RCF se determina mediante el índice de Rohrer (Índice ponderal o índice pondo estatura: IPE)

PROTOCOLOS DE MANEJO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO.

MSP (COMPONENTE NEONATAL –CONASA)

NIVELES DE ATENCIÓN	I	II	III	SE REALIZÓ	NO SE REALIZÓ	OBSERVACIÓN
PROTOCOLO DE MANEJO DE ATENCIÓN SUBSECUENTE AL RECIÉN NACIDO. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)						
DESPUEÉS DE LA RECEPCIÓN-REANIMACIÓN DEL RN.	X	X	X	X		
1. El lavado de manos debe ser de dos minutos antes de ingresar al servicio y 15 segundos para cada valoración. Debe hacerse desde los dedos hacia los codos, con jabón sin antiséptico. Secarse manos y antebrazos con toallas de papel. Colocarse después alcohol gel al 70%. Después de haberse lavado las manos, NO tocar otros objetos y partes del cuerpo del examinador.	X	X	X	X		
2. Hacer examen físico completo y registro de datos en la historia clínica (Formularios 051 y 052). Realizar antropometría: medición de peso, talla y perímetro cefálico. Graficar estos datos en las curvas correspondientes	X	X	X	X		
3. Administrar 1 mg de vitamina K intramuscular (muslo derecho) en recién nacido a término (RNT) y 0.5 mg en recién nacido pretérmino (RNPR), para prevenir la enfermedad hemorrágica.	X	X	X	X		
4. Aplicación ocular de 1 gota de nitrato de plata al 1% o ungüento oftálmico de eritromicina al 0.5% para prevenir conjuntivitis gonocócica.	X	X	X	X		
5. Calcular edad gestacional por FUM, ECO, para determinar si el RN es a término, prematuro y posmaduro. Si no se dispone de estos datos, utilizar test de Capurro Somático y para prematuros el test de Ballard modificado o la siguiente medición: Perímetro Cefálico +2	X	X	X	X		
6. El control de la temperatura en el RN es indispensable, debido a su labilidad en la termorregulación (capacidad para mantener una temperatura corporal interna normal): En los cuidados posteriores, mantener temperatura	X	X	X	X		

<p>ambiental neutra (rango de temperatura en la cual las funciones metabólicas del RN se realizan con el menor consumo de oxígeno). No colocar al RN cerca de ventanas o corrientes de aire. No usar bolsas de agua caliente para calentar al RN. El transporte debe realizarse de acuerdo a las normas establecidas (ver Transporte)</p> <p>TEMPERATURA °C Axilar 36,5°C – 37 °C</p> <p>Rectal 0.5°C – 1°C más alta que la axilar</p> <p>Piel Abdominal 36°C – 36.5°C</p> <p>Se considera hipertermia o fiebre a la temperatura axilar > 37°C; e hipotermia o enfriamiento a la temperatura axilar < de 36,5°C.</p> <p>Al momento del nacimiento es indispensable evitar la pérdida de calor, porque la hipotermia impide una adaptación del RN (aumento del consumo de oxígeno, mayor producción de ácido láctico, inhibe la producción de surfactante).</p>						
<p>7. Tener en cuenta las siguientes patologías como factores de riesgo para la hipotermia: asfixia, choque, sepsis, hemorragia intracerebral, malformaciones congénitas, síndrome de distrés respiratorio, prematurez y el peso bajo para la edad gestacional.</p>	X	X	X	X		
<p>8. Reconocer precozmente los signos de adaptación deficiente, si el RN no inicia o mantiene su función respiratoria normal o hay signos de enfermedad como ictericia precoz (en las primeras 24 horas de vida), fiebre, vómito, diarrea, distensión abdominal, mala succión, disminución o aumento del tono muscular, temblor, palidez, hemorragia o malformaciones congénitas; referirlo de inmediato al nivel de mayor complejidad para atención especializada.</p>	X	X	X	X		
<p>9. Si existe hipoglicemia, corregirla y evitar cambios bruscos de temperatura. Cada 30 minutos debe medirse la temperatura axilar hasta que suba a > de 36,5°C. De igual manera, vigilar la glicemia.</p>	X	X	X		X	No se observó
<p>10. Bañar con agua segura tibia entre las seis y doce horas de vida, cuando la temperatura del RN se haya</p>	X	X	X	X		

estabilizado y si el peso es > 2 000 gramos. No bañarlo en la sala de partos.						
11. Vestir al RN. El tipo y cantidad de ropa a utilizar no debe restringir los movimientos y está condicionada a la temperatura ambiental.	X	X	X	X		
12. No permitir el uso de ombligueros, talcos, aceites, ni colonias en RN.	X	X	X	X		
13. Si las condiciones de la madre y del RN lo permiten, mantener al RN permanentemente junto a su madre, desde el nacimiento y hasta el alta. Iniciar el Método Canguro de ser necesario (ver Capítulo: "Prematurez").	X	X	X		X	Se lo ponen en cuna aparte
14. Colocar al niño en la misma cama de su madre, en un plano inclinado con la cabecera más alta que los pies.	X	X	X	X		
15. El alojamiento conjunto favorece el mantenimiento de la lactancia materna y fortalece el vínculo emocional entre madre y RN.	X	X	X	X		
16. EVALÚE CONTRAINDICACIONES PARA LACTANCIA MATERNA Contraindicación absoluta: Citotóxicos e inmunosupresores VIH – Sida en la madre Galactosemia Compuestos radioactivos Drogas ilegales Otras: amiodarona, lindano Contraindicación relativa (evitar): Imidazólicos, aspirina, codeína, litio, cloranfenicol, quinolonas (ciprofloxacina), tiazidas, derivados del ergot. Alcohol, nicotina No consumir en exceso: café, chocolate, té, bebidas gaseosas.	X	X	X		X	No se observó
17. No administrar ningún otro líquido después del nacimiento, sino exclusivamente leche materna. Recomendar a la madre que debe dar de lactar a su RN cada vez que éste lo solicite; pero no exceder las dos horas sin alimentarlo.	X	X	X	X		

<p>18. Explicar a la madre la técnica de lactancia: Posición adecuada y cómoda de la madre: sentada, espalda en respaldar. La cabeza del RN descansa en el pliegue del codo de la madre. El abdomen del RN está en contacto con el de la mamá (“ombbligo con ombbligo”). La oreja, el hombro y la cadera del RN deben estar alineados. La mano de la madre sostiene la espalda del RN. El mentón del RN toca el seno. La boca del RN agarra el pezón y la areola. El labio inferior está volteado hacia fuera. Se ve más areola por arriba de la boca que por debajo. La madre debe sostener su seno con la mano en forma de “C”, con el dedo pulgar hacia arriba.</p>	X	X	X	X		
--	---	---	---	---	--	--

NACIDO PREMATURO:

P PROTOCOLO DE MANEJO DEL RN PREMATURO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)						
NIVELES DE ATENCIÓN	I	II	II	SE REALIZÓ	NO SE REALIZÓ	OBSERVACIÓN
ETAPA PRENATAL						
1. Realice, complete o revise la Historia Clínica Perinatal y el Carné perinatal.	X	X	X	X		
2. Establezca factores de riesgo antes del nacimiento del RN.	X	X	X	X		
3. Si encuentra factores de riesgo importantes, comunique a los familiares	X	X	X	X		
4. Identificar y tratar de ser posible, las causas de la prematuridad (especialmente las extrínsecas).	X	X	X	X		

5. Si hay amenaza de parto pretérmino : Administrar Betametasona (12 mg IM cada 24 horas por dos días) o Dexametasona (6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis) a la madre antes del parto; incluso si el nacimiento es inminente. Desde las 24 a las 34 semanas de edad gestacional.	X	X	X	X		
6. Si se requiere de referencia a una unidad de mayor complejidad, el mejor transporte es intraútero.	X	X	X	X		
ETAPA POSNATAL	X	X	X	X		
1. Valoración inicial e inmediata por el personal de mayor experiencia (no interno rotativo). Si es necesario, realizar maniobras de reanimación (ver Reanimación del RN) .	X	X	X	X		
2. Aplicar medidas generales: Prevenir la hipotermia: • Secar y abrigar al RN inmediatamente luego del parto (temperatura axilar entre 36,5°C y 37°C), • No bañar. • Si amerita, colocar en incubadora. • Si no se cuenta con incubadora, optar por el Método Canguro. Temperatura de incubadora para prematuros, de acuerdo al peso. Monitorear signos vitales, Administrar oxígeno de ser necesario (mantener saturación entre 88% y 92%), Colocar Vitamina K (0.5 mg intramuscular en muslo derecho), Realizar profilaxis ocular. Mantener ambiente térmico neutro Evitar los estímulos fuertes (ruido, luz, manipulación, etc.)	X	X	X	X		
3. Registrar temperatura axilar cada 8 horas mínimo (idealmente cada 3 horas). Mantener temperatura del RN entre 36,5 y 37,5 OC.	X	X	X	X		

4. Determinar cada 3 horas (hasta que el RN se estabilice): FC, FR, Presión arterial, Escala de Downes Saturación de oxígeno, mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino.	X	X	X	X		
5. Exámenes básicos: tipificación, bilirrubinas. De ser necesario realizar los exámenes para tratar la patología subyacente (BH, gases arteriales, etc.).	X	X	X	X		
6. Registrar glicemia tres veces al día y por razones necesarias. Si existe dificultad respiratoria moderada o severa, realizar gasometría. Si existe dificultad respiratoria moderada o severa: realizar radiografía de tórax.	X	X	X	X		
7. Prevenir la hipoglicemia: Iniciar lactancia materna lo antes posible si las condiciones del RN prematuro lo permiten; De lo contrario administrar líquidos intravenosos	X	X	X	X		
8. Administrar oxígeno, si RN presenta signos de dificultad respiratoria: taquipnea, cianosis, quejido espiratorio, o retracciones subcostales o subxifoideas. (Saturación normal: entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino)	X	X	X	X		
9. Identificar y registrar en la Historia Clínica signos de peligro: Hipoactividad, Mala succión, Distensión abdominal, Frecuencia respiratoria > a 60/min Frecuencia respiratoria < a 40/min	X	X	X	X		
10. Identificar las posibles complicaciones: Asfixia, Síndrome de distrés respiratorio (membrana	X	X	X	X		

hialina, neumonía, barotrauma), Sepsis, Ictericia, Encefalopatía hipóxica isquémica, Persistencia del conducto arterioso, Policitemia, Enterocolitis necrotizante, Anemia, Hemorragia intraventricular						
11. Una vez estabilizado el RN, realizar antropometría completa: <ul style="list-style-type: none"> • Peso, • Talla, • Perímetro cefálico • Graficar las curvas correspondientes. • Determinar la edad gestacional y las horas/días de vida del RN • Identificar si existe peso bajo y restricción de crecimiento fetal (RCF) 	X	X	X	X		
12. Si el RN pesa menos de 2.000 g, edad estimada < a 34 semanas, necesitó de reanimación o presenta algún signo de peligro requiere inmediata referencia al Nivel III.	X	X	X	X		No se observó
13. Vigilar la temperatura y registrarla en la Historia Clínica. Si existe fiebre (temperatura axilar > 37°C), bajar por medios físicos. Si existe hipotermia (temperatura axilar < 36,5°C) abrigar.	X	X	X	X		
14. Si presenta inestabilidad térmica temperatura <35 °C o > de 37.5°C, mal estado general, taquipnea, taquicardia, letargia sospecha infección y si necesita ser referido a otra unidad de mayor complejidad, administrar la primera dosis de antibióticos (Ampicilina 50 mg/Kg IM y Gentamicina 5mg /Kg IM) y transfiera al nivel III	X	X	X	X		
15. Si el RN presenta apneas y tiene < 34 semanas, administrar Aminofilina 6 mg/kg/dosis inicial, después continuar con 3 mg/kg/dosis, cada 8 – 12	X	X	X	X		No se observó

<p>horas, IV. Control diario de peso y perímetro cefálico semanal. Referencia a terapia intensiva, de ser necesario.</p>						
<p>16. Alimentación: Si está indicada la alimentación enteral y la FR es menor de 60 x', dar leche materna exclusiva por succión. Si la FR está entre 61 x' y 80 x' dar leche materna exclusiva por sonda orogástrica. Si la FR es mayor a 80 x', NPO. Si es necesario, administrar la leche por sonda orogástrica, en especial en RNs de menos de 34 semanas y peso menor a 1800 gramos (succión y deglución inmaduras). Comenzar con volúmenes pequeños (5-10 cc/kg/día) y fraccionados cada 3 horas. Se aumentará el volumen diariamente en forma paulatina, de acuerdo a la condición clínica del RN. Completar los requerimientos con líquidos intravenosos. Vigilar la tolerancia gástrica, midiendo el residuo gástrico (> 1 cc/kg o si sobrepasa el 50% de la toma anterior por dos o tres tomas consecutivas, suspender la alimentación). Si la frecuencia respiratoria sobrepasa las 60 rpm, suspender la alimentación. No dar suero glucosado ni otro líquido vía oral.</p>	X	X	X	X		
<p>17. Requerimientos energéticos y de líquidos Aporte de glucosa: entre 5 y 7 mg/kg/min (Ver "Hipoglicemia"). Líquidos intravenosos (ver Capítulo "Líquidos y Electrolitos")</p>	X	X	X	X		

<p>18. Egreso. Se debe tomar en cuenta los siguientes criterios de alta (independientemente de peso o edad): Coordinación de la succión y deglución. Regulación de la temperatura. Condición clínica estable: FC, frecuencia respiratoria, presión. Hto > 30% Alimentación por succión, sin sonda, con ganancia de peso consistente de 20 a 30 gramos por día. Sin apneas por más de 7 días. Contar con valoración oftalmológica (para detección de ROP), detección precoz de hipoacusia y valoración cerebral (mínimo una ecografía transfontanelar). El RN en Método Canguro debe haber dormido con su madre en el hospital al menos por una ocasión. Registro completo en la Historia Clínica de todos los eventos.</p>	X	X	X	X		
<p>19. Indicaciones al alta Sulfato ferroso: 1 - 2 mg/Kg/día VO, a partir de las 4 semanas de vida posnatal, como dosis preventiva de anemia, ó 5 mg/Kg/día como dosis terapéutica (conjuntamente con Ácido fólico: 1 a 2 mg/semana) Vitamina E: 15 a 25 UI/día VO, en RN < de 1 500 gramos hasta completar las 40 semanas de edad gestacional corregida* ó hasta los 2.000 gramos. Vitamina A: 1 500 UI/día VO, hasta completar las 40 semanas de edad gestacional corregida.</p>	X	X	X	X		

Aminofilina: 2 mg/kg/ dosis, cada 8 – 12 horas VO, si tiene < de 34 semanas por edad corregida se encuentra en tratamiento al alta.						
20. La madre debe recibir capacitación sobre puericultura y reanimación que se completarán en los controles subsecuentes.	X	X	X	X		
21. Además, explicar los principales signos de peligro: Mala succión, Llanto irritable, Letargia, “Mal aspecto”, Hipo-hipertermia, Dificultad respiratoria, Distensión abdominal, Ictericia marcada, Vómito, Diarrea, Cambios de color en la piel, Sangrado, Pústulas, Otras infecciones de la piel u ojos.	X	X	X	X		
22. Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.	X	X	X	X		
23. Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo-a en el Registro Civil.	X	X	X	X		
24. Programe una cita para la primera visita de seguimiento o proceda a contrarreferencia a la unidad de origen. No olvide enviar con lapaciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su	X	X	X	X		

análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.						
---	--	--	--	--	--	--

EQUIPOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (EMCC) MSP DEL ECUADOR

CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS:

El equipo técnico del hospital deberá conformar el número adecuado de equipos de mejoramiento de la calidad, de acuerdo a su propia realidad y a las necesidades de mejoramiento de los servicios y/o procesos de atención, tomando en cuenta las deficiencias que el hospital presente. Por ejemplo, puede conformarse equipos que trabajen para mejorar la calidad de la atención del parto normal, de las complicaciones obstétricas, de la atención neonatal, de la consulta externa, de la emergencia, etc.

Para la conformación de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) , se debe considerar que se lo haga con personal multidisciplinario y que tengan estrecha relación de trabajo con el proceso o servicio deficiente. Por ejemplo, para la atención del parto, deberán estar tanto quienes lo atienden directamente, como el personal que apoya su atención. El equipo técnico conductor del hospital, debe designar una persona responsable por cada equipo de mejoramiento de la calidad que se haya creado, muchas veces los miembros del Equipo técnico conductor son también miembros de los EMCC.

Funciones y Responsabilidades:

- Recolectar los datos necesarios para la construcción de los indicadores de calidad (auto-evaluación de historias clínicas, listas de chequeo de insumos y equipos, para las encuestas de satisfacción a usuarias se recomienda que se coordine con personal ajeno a la institución (usuarias, estudiantes, etc).
- Mantener reuniones semanales o mensuales, para procesar y analizar la información, identificar deficiencias en los procesos de atención, planificar y ejecutar actividades de mejora (ciclos rápidos).
- Enviar la información del hospital; reporte mensual de indicadores (base de datos Excel) e informe de ciclos rápidos, en forma impresa y archivos electrónicos, al subdirector técnico, dentro de los primeros ocho días de cada mes. Para el efecto se han diseñado formularios que permiten planificar y documentar los ciclos rápidos de mejoramiento que realiza el equipo (ver manual del facilitador, Unidad tres).
- Analizar críticamente la metodología de mejoramiento aplicada y proponer al nivel

provincial los ajustes metodológicos pertinentes.

- Socializar al personal del hospital, sobre la calidad de la atención (estándares e indicadores) y de las actividades de mejoramiento (ciclos rápidos).

ESTÁNDAR E INDICADOR DE PROCESO ATENCIÓN DEL POST – PARTO

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

ESTÁNDAR

En todo post parto inmediato atendido en la Unidad Operativa, deberá controlarse y registrarse en la historia clínica perinatal en 3 controles obligatorios, durante las primeras dos horas las siguientes actividades:

1. Registro de la hora
2. Temperatura
3. Pulso
4. Tensión arterial
5. Involución uterina
6. Características de loquios

ESTÁNDAR E INDICADOR DE PROCESO: ATENCIÓN DEL/A RECIÉN NACIDO/A A TÉRMINO

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

En todo/a recién nacido/a a término se deberá realizar y registrar en la historia clínica por lo menos las siguientes actividades:

1. Peso al nacer
2. Talla en cm
3. Perímetro cefálico en cm

4. Apgar (1' - 5')
5. Registro de realización o no de reanimación respiratoria (si aplica o si apgar <7)
6. Examen físico
7. Administración de 1 mg. de vitamina K IM.
8. Profilaxis de oftalmía bacteriana con ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%
9. Alojamiento conjunto.
10. Apego precoz.
11. Lactancia materna inmediata y exclusiva.

PORCENTAJE DE INSUMOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ESENCIALES CON LOS QUE SE CUENTA

Provincia _____ Área de Salud _____
 N° _____

Unidad Operativa _____ Fecha de la medición _____

Mes evaluado _____ Responsable de la medición _____

INSTRUCTIVO:

4. Realice la medición de éste indicador en forma trimestral.
5. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.

Realice la constatación física, en horas laborables del listado de insumos, equipos y medicamentos, en las siguientes áreas del Hospital o Unidad de Salud, de acuerdo al nivel de complejidad y número de salas: área de preparación, consultorio/s obstétrico/s de Consulta Externa, farmacia, laboratorio, emergencia, sala/s de parto/s (área materna y del recién nacido/a), hospitalización obstétrica, cirugía obstétrica y anestesiología.

Para la constatación de los medicamentos en la farmacia, se deberá verificar la existencia de un stock mínimo considerado por la Unidad de Salud.

6. Registre en el casillero del instrumento en sentido vertical signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-), si no cumple con cada ítem del estándar. En caso de existir más de un ambiente, por ejemplo más de un consultorio obstétrico se debe verificar en cada uno de ellos y colocar signo + o – en cada columna (1, 2 y 3); en cumple, se han diseñado tres columnas para estos casos, al final se realizará un promedio tomando en cuenta el número de ítems que deben ser cumplidos y los que se cumplen.

INSTRUMENTO: Lista de chequeo

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
Área de preparación :			
1. Fonendoscopio / estetoscopio			
2. Tensiómetro			
3. Tallimetro o cinta métrica			
4. Balanza de adulto			
5. Termómetros			
Promedio (si aplica)			
Consultorio de Gineco-Obstetricia:	i		
6. Lavabo / Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
7. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios corto punzantes.			
8. Fonendoscopio / estetoscopio			
9. Tensiómetro.			
10. Termómetros.			
11. Lámpara cuello de ganso			
12. Camilla ginecológica o mesa de examen con piñeras.			
13. Corneta de Pinard y/o Doppler			

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.* Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:		Cumple		
14.	'Cinta métrico			
15.	"Pop electo (solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete y recetarios)			
16.	Guaníes estériles desechobles			
17.	Soluciones desinfedorees (Oorexhidine - Alcohol yododd			
18.	Tirillas para proteinuria			
19.	Espéculos vaginales estériles y/o desechobles			
20.	'Espátulas de Ayre / Cepillo endocervical / Fíjodor paro plocos / Plocos porroobjeto			
21.	Soluciones desinfed arres (Oorexhidine - Alcohol yodado!			
22.	•Hierro orol 'Sulfclo terroso loble*os 50 mq) y Acido FóKco tableras 1 mq			
1 Promedio si apSco)				
Farmacia: (stock mínimo considerado por cada Unidad de Salud)				
23.	Soluciones desinfectantes (Clorexhidine - Alcohol yododo).			
24.	Soluciones porensereoles: Loctato Ringer / Solución Salino 0.9% / Sustituto del plasmó.			
25.	* Paracetomol tabletas 500 mg.			
26.	* Hierro orol (Sulfato ferroso tobletos 50 mg) y Acido Fólico tobletos 1 mg.			
27.	Epinefrino (adrenalina) ampolla 1 mg.			
28.	Atropina ampollo 1 mg.			
29.	Oxitocino ampollas de 10UI.			
30.	Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr/10 cc			
31.	Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.			
32.	Ampicilina ampollas 1 q/tobletas 500mg.			

33.	Cefazolina ampollas 1 g.	
34.	Eritromicina tabletas 500 mg.	
35.	Clindamicino ampollas 600mg/cópsulos 300 mg.	
36. Gentomiána ampollas 80 mg.		
37.	Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.	
38.	Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. o Dexametasona amp 4 mg/ml.	
39.	Fitomenodiono (Vitamina K1) ampollo y jeringa de insulina.	
40.	Ungüento oftálmico: oxiterrociclina al 1% o eritromicina al 0.5%.	
41.	Lidocoina al 2 % sin epinefrina ISElfrosco.	

Laboratorio:	
42. Lavabo / Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.	
43. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.	
44. Microscopio.	
45. Centrífuga.	
46. Cámara cuenta glóbulos.	
47. Coagulómetro para tiempos de coagulación.	
48. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc y/o vacuoiner	
49. Tubos: topa rojo, lila, celeste.	
50. Tubos de eritrosedimentación y hematocrito.	
51. Reactivo y/o tirillas para glicemia.	
52. Reactivo para VDRL.	
53. Reactivo y/o tirillas para proteinuria.	
54. Reactivos para tiempos de coagulación. Reactivos para TGO - TGP.	
55. Kit para prueba rápida VIH.	

56. Set paro tipificación y pruebas cruzados.	
57. Reactivos poro test de embarazo.	
Servicio de Emergencia:	
58. 'Lavabo / 'Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de popel.	
59. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzontes.	
60. Fonendoscopio / estetoscopio.	
61. Tensiómetro.	
62. Termómetros.	
63. Lámparo cuello de ganso.	
64. Camilla qinecológico o meso de exornen con pierneras.	
65. Corneta de Pinard y/o Doppler.	
66. Reloj de pared.	
67. Guantes quirúrgicos estériles.	

Salo de partos (Atención del parto normal y complicado):	1	2	3
90. 'Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
91. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzontes.			
92. Fonendoscopio / estetoscopio.			
93. Tensiómetro.			
94. Termómetros.			
95. Lámpara cuello de ganso o quirúrgica.			
96. Camilla de partos / Camilla qinecológica o mesa de examen con piemeras.			
97. Corneta de Pinard y/o Doppler.			
98. Reloj.			
99. Dos Paquetes de instrumental listos para atención de partos.			
100. Equipo para aspiración manual endouterína (AMEU).			

101. Dos paquete de ropo estéril para parto / AMEU.			
102. Tirillas para proteinurio.			
103. Guantes quirúrgicos estériles.			
104. Soluciones desinfectantes {Clorexhidine - Alcohol yodado}.			
105. Suturas absorbibles (Catgut / Vicryl)			
106. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc.			
107. Esparadrapo normal y poroso.			
108. Gasas estériles			
109. Cateter venoso # 18 o 20			
110. Equipo de venociisis o equipo de bomba de infusión.			
111. Microqotero o bomba de infusión			
112. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.			
113. Epinefrino (adrenalina) ampollo 1 mg.			
114. Atropina ampolla 1 mg.			
115. Oxitocina ampollas de 10UI			
116. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr/10 cc			
11 7. Hidralazina ampolla 20 mq/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mq.			
118. Eritromicina tabletas 500 mg			
119. Betametasona amp 6 mg/ml/2 mi. o Dexametasono amp 4 mg/ml			
120. Lidocaína al 2 % sin epinefrino (SE) frasco.			
121. Qxíqeno disponible			
Promedio (si aplica)			

Sala de partos (Atención de Recién Nacido normal):	D E I E I
INSUMOS Y MEDICAMENTOS.* Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple

122. *Lavabo / 'Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
123. Basureros con fondo según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.			
124. Fonendoscopio pediátrico/estetoscopio.pediátrico.			
125.Talímetro o cinta métrica			
126. Balanza pediátrica y/o neonatal.			
127. Tres toallas o campos de tela para secado del recién nacido.			
128. Fuente de calor - Termómetro ambiental			
129. Meso de examen			
130. Reloj.			
131. Guantes estériles desechables			
132. Perilla de caucho			
133. Aspirador con manómetro.			
134. Ligaduras de cordón umbilical (anillos de caucho o clamp)			
135. * Manillas para identificar al/a recién nacido/o			
136. Laringoscopio neonatal con hoja 0-1.			
137. * Tubo endotraqueal para recién nacido #2—4			
138. Sonda nasogástrica para neonatos N° 6-8 FR.			
139. Ambú para recién nacido con mascarillas de varios tamaños			
140. Fitomenadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina			
141. Ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1 % o eritromicina al 0.5%			
Promedio (si aplica)			
Estación de enfermería de hospitalización obstétrica:			
142. *Lavabo / 'Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
143. Basureros con fondo según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.			
144. Fonendoscopio / estetoscopio.			
145.Tensiómetro.			

146. Termómetros.	
147. Corneto de Pinard y/o Doppler	
148. Jerinquillas de 3, 5 y 10 cc	
149. Esparadrapo normal y poroso.	
150. Gasas estériles	
151. Catéter venoso No. 18 o 20	
152. Equipo de venodisís o equipo de bomba de infusión.	
153. Microqotero o bomba de infusión	
154. Soluciones parenterales: Lactato Ringer/ Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasmó.	
155. Epinefrino (adrenalina) ampollo 1 mg.	
156. Atropina ampollo 1 mg.	
157. Oxitocina ampollas de 10UI	
158. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr/10 cc	
159. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.	
160. Eritromicina tabletas 500 mg	
161. Qindomicino ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.	
162. Gentamidna ampollas 80 mg	
163. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.	
164. Ampicilina ampollas 1 gr. /tabletas 500 mg.	
165. Betometasón amp 6 mg/ml/2 ml. O Dexometasón amp 4 mg/ml.	
166. Oxígeno disponible.	