



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

CALIDAD EN SALUD
GUATEMALA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

INTERVENCIONES IDENTIFICADAS POR LOS EQUIPOS DE LOS DISTRITOS DE SALUD QUE CONTRIBUYERON AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD MATERNONEONATAL

ÁREA DE SALUD DE SAN MARCOS

Etapa Demostrativa del Colaborativo PROCONE Básico

Guatemala, noviembre de 2008

Este documento fue preparado por University Research Co., LLC y producido para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Las opiniones de los autores en esta publicación no necesariamente representan el punto de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o el Gobierno de Guatemala.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

ÍNDICE

1	Logros del Área de Salud de San Marcos en la Mejora Continua de la Calidad (MCC) aplicada a la Salud Materno Neonatal	1
2	El Ministerio de Salud y Asistencia Social decide expandir las mejoras obtenidas en San Marcos a siete nuevas Áreas de Salud del Occidente del país y una del Oriente.....	1
3	La estrategia Pro CONE para reducir la mortalidad materna, y el mejoramiento de la calidad de atención	1
4	El enfoque de mejoramiento colaborativo – Breve resumen.....	2
5	Aspectos más destacados del proceso de aplicación de la estrategia Pro-CONE en el Área de Salud de San Marcos, con el enfoque de mejoramiento colaborativo	3
6	Principales deficiencias encontradas e intervenciones implementadas por los equipos de MCC	4
6.1	ATENCIÓN PRENATAL.....	4
6.2	ATENCIÓN DEL PARTO.....	6
6.3	ATENCIÓN DEL POST-PARTO INMEDIATO	8
6.4	CUIDADOS RUTINARIOS DEL RECIÉN NACIDO	9
7	Plan de expansión de la estrategia Pro-CONE a nuevas Áreas de Salud	10
8	Listado de recursos humanos capacitados que podrían participar en el proceso de expansión de la estrategia Pro-CONE	10
9	Recursos bibliográficos disponibles para apoyar el proceso de expansión de la estrategia Pro-CONE.....	11

I LOGROS DEL ÁREA DE SALUD DE SAN MARCOS EN LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD (MCC) APLICADA A LA SALUD MATERNO NEONATAL, DURANTE LA ETAPA DEMOSTRATIVA DEL COLABORATIVO PROCONE BÁSICO

El Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala ha elaborado el Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna Neonatal 2004-2008, el cual plantea que las intervenciones que han demostrado ser las más eficaces para este fin son:

- la existencia y acceso a cuidados obstétricos esenciales básicos
- la existencia y acceso a cuidados obstétricos esenciales integrales
- la asistencia del parto por proveedor calificado
- la calidad y calidez de la atención
- el empoderamiento de las mujeres, sus familias y las comunidades

Con el apoyo de la Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN), todos los departamentos del país (incluido San Marcos) también desarrollaron planes de reducción de la mortalidad materna que incorporan estos elementos.

Hace 18 meses se inició en el Área de Salud de San Marcos un proceso Colaborativo de Mejora Continua de la Calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial, con el apoyo técnico del Proyecto USAID|Calidad en Salud. En este proceso han participado 22 servicios de salud, así: 17 centros de salud, dos hospitales, dos centros de atención permanente y un centro de atención materno infantil; en estos servicios se han conformado 23 Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), que miden y mejoran la atención a madres y recién nacidos. En esta Área de Salud se han logrado

avances importantes en la atención materno neonatal, tales como la mejora de la atención prenatal y del puerperio inmediato, el uso regular del partograma, la aplicación del manejo activo de la tercera etapa del parto y la atención inmediata del recién nacido bajo criterios de calidad.

2 EL MINISTERIO DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL DECIDE EXPANDIR LAS MEJORAS OBTENIDAS EN SAN MARCOS A SIETE NUEVAS ÁREAS DE SALUD DEL OCCIDENTE DEL PAÍS Y UNA DEL ORIENTE

Con estos antecedentes, el MSPAS ha decidido utilizar las lecciones aprendidas por los EMCC en los 22 servicios de San Marcos, para expandirlas, junto con las prácticas basadas en la evidencia, a las siete Áreas de Salud restantes del Occidente del País que atienden embarazadas y partos y al Área de Salud de Alta Verapaz.

Para este propósito, el MSPAS de Guatemala pone a disposición del personal de las ocho Áreas de Salud en donde se va a expandir la experiencia de San Marcos el presente documento, que está dirigido a los EMCC que se van a constituir de cada una de las Áreas mencionadas, quienes que van a poner en práctica el enfoque de Colaborativo y a mejorar la Salud Materno neonatal en los servicios de sus respectivas áreas geográficas.

El documento presenta, en primer lugar, la estrategia "Colaborativo de Promoción y Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales" (Pro-CONE), que describe el conjunto de atenciones que debe recibir cada una de las embarazadas, las púerperas y los recién nacidos y que son fundamentales para salvar sus vidas. También se describe, de manera resumida, el enfoque de mejoramiento colaborativo.

Enseguida se describen, de una manera general, los aspectos más destacados del proceso de aplicación de la fase demostrativa de la estrategia en el Área

de Salud de San Marcos. Después se hace una relación detallada de las principales deficiencias encontradas al inicio del trabajo en los procesos de atención prenatal, atención del parto normal, atención del postparto inmediato y cuidados rutinarios del recién nacido, las intervenciones que los EMCC diseñaron y aplicaron, y que permitieron obtener los resultados que aparecen inmediatamente después de cada descripción.

Finalmente, se mencionan de manera muy general las etapas que se deben seguir para la expansión de las mejores intervenciones identificadas hacia nuevas Áreas de Salud del país y una relación de los principales recursos bibliográficos que se pueden consultar para mejorar el conocimiento de la estrategia y del enfoque colaborativo, así como un listado de los profesionales que participaron en la aplicación del enfoque en el Área de Salud de San Marcos y quienes ganaron experiencia en el proceso en sus respectivos servicios, y que pueden apoyar; a las nuevas Áreas que lo requieran en facilitar la implementación de las intervenciones descritas.

La razón de ser de este documento, además de la descripción anterior, es que se considera que las deficiencias encontradas en San Marcos no son muy diferentes de las que van a encontrar los EMCC que se conformen en las Áreas de Salud en donde se va a expandir la experiencia y que, por lo tanto, las intervenciones efectivas que se identificaron podrán ser aplicadas a los servicios de dichas Áreas y lograr así mejoras en la atención de una manera más rápida y eficiente.

3 LA ESTRATEGIA PRO CONE PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA, Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

La estrategia Pro-CONE, definida recientemente por el MSPAS con el apoyo técnico de USAID|Calidad en Salud, viene a reforzar el compromiso de Guatemala con los objetivos de reducción de la mortalidad materna y neonatal. Agrega

intervenciones específicas de promoción y comunicación (Pro) para mejorar el acceso de la población a los servicios, prácticas costo efectivas, basadas en la evidencia y accesibles de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) y un enfoque colaborativo de trabajo conjunto a todo nivel para crear un entorno en el cual todos los participantes colaboren y se ayuden para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y de las intervenciones de promoción de la maternidad saludable y la salud del neonato.

Las principales líneas de acción de la estrategia se describen brevemente.

1. Promoción de la salud de las madres y neonatos. Se enfoca en mejorar los mecanismos de incremento de la demanda y acceso a los servicios de salud preventivos y de manejo de complicaciones maternas y neonatales; pretende: a) la activa participación de las embarazadas, sus parejas, sus familias y la comunidad organizada en el reconocimiento de las señales de peligro, la toma de decisiones y el traslado oportuno a los servicios CONE de las embarazadas y recién nacidos con complicaciones; b) la elaboración por toda embarazada y su familia de un plan de emergencia familiar y por las comunidades organizadas de planes de emergencia comunitarios para el traslado de las complicaciones; c) un rol modificado de la comadrona tradicional que permita su integración a los equipos de salud locales y hospitalarios, así como su contribución insustituible para canalizar las complicaciones maternas y neonatales hacia los servicios CONE, y d) la humanización y adecuación cultural de los servicios con atención de partos. En todas estas intervenciones se incorpora el enfoque de cambio de comportamientos utilizando tácticas de abogacía, comunicación estratégica en salud y movilización comunitaria.

2. Atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido con prácticas basadas en la evidencia que permitan la prevención y detección temprana, manejo inicial y referencia de la complicación (CONE Básico). Se dirige a mejorar la calidad de

la atención materna neonatal en todos los servicios y en la comunidad a través de tutoría y capacitación a los equipos básicos de salud (incluyendo la comadrona tradicional) y, principalmente, las auxiliares de enfermería calificadas en atención materna neonatal (AECAMN). El CONE básico (CONE-B) incluye la atención con calidad a los eventos obstétricos y neonatales no complicados, así como la detección temprana de las complicaciones obstétricas y neonatales, su manejo inicial y referencia oportuna, desde la comunidad a los servicios y entre los servicios.

3. Manejo con calidad de las principales complicaciones materno-neonatales (CONE-Integral). Se dirige a disminuir el número de muertes maternas y neonatales y/o la tasa de letalidad dentro de los servicios que cuentan con atención de partos, a través de la oferta de cuidados obstétricos y neonatales esenciales de calidad. El CONE Integral (CONE-I), además de los componentes del CONE básico, incluye la resolución quirúrgica, anestesia las 24 horas, banco de sangre disponible y el tratamiento y hospitalización del neonato con complicaciones.

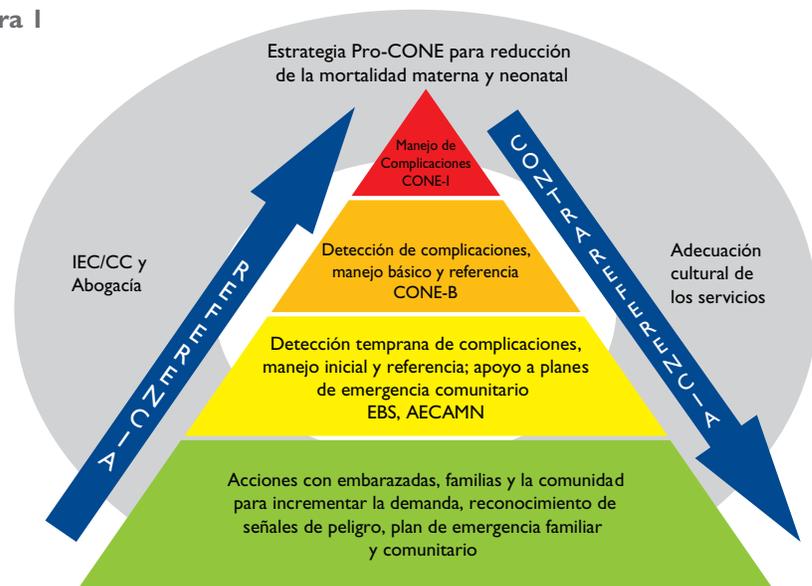
La figura 1 muestra en forma esquemática las líneas de acción de Pro-CONE. Se

observa que, debido a que la mayoría de las muertes maternas ocurren en la comunidad, las actividades con las embarazadas, sus familias y la comunidad constituyen la base de la estrategia

4 EL ENFOQUE DE MEJORAMIENTO COLABORATIVO – BREVE RESUMEN

Un *colaborativo de mejoramiento*¹ es un sistema de aprendizaje y mejora compartida que reúne a muchos equipos para trabajar juntos a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en la calidad de los procesos y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos y el conocimiento existente a múltiples lugares. Dicho conocimiento puede componerse de prácticas clínicas basadas en evidencia científica, prácticas probadas que son ampliamente consideradas como “buenas” o incluso “mejores”, o cualquier otro cambio a la manera existente de hacer las cosas que ha demostrado producir una mejor atención de salud. Este conocimiento constituye el “paquete de implementación”, a veces llamado “paquete de cambio” del

Figura 1



¹ Tomado del documento “El Colaborativo de Mejoramiento: Un Nuevo Enfoque para Mejorar Rápidamente la Calidad y Expandir Mejores Prácticas”. Publicado por el Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC)

colaborativo: cambios en los procesos y la organización de la atención que el colaborativo pretende introducir, afinar, y difundir.

En un colaborativo, los equipos de diferentes lugares elaboran y ensayan formas de operativizar o poner en práctica el paquete de implementación y de superar barreras para su funcionamiento en sus escenarios locales. Los colaborativos se utilizan como estrategias de mejoramiento de tiempo limitado, típicamente logrando resultados significativos en 12-24 meses, aunque en ocasiones se alcanzan importantes logros en tan sólo seis meses.

Los equipos que son parte de un colaborativo utilizan un conjunto común de indicadores principales –usualmente de cinco a diez indicadores– para medir la calidad de los procesos de atención que intentan mejorar y, de ser posible, los resultados del colaborativo. Cada equipo recolecta datos sobre los indicadores para medir si los cambios hechos por el equipo producen mejoras. Los trabajadores de salud a nivel local son los “expertos” en mejoramiento que desarrollan planes de acción de corto plazo para probar e implementar cambios a fin de alcanzar las metas del colaborativo.

Mediante mecanismos de aprendizaje compartido facilitados por el colaborativo, los equipos comunican sus soluciones y aprenden uno del otro, de modo que todos los equipos se beneficien ágilmente de los cambios exitosos implementados por cualquier equipo. De esta manera, los distintos lugares se benefician del aprendizaje de otros equipos y evitan “reinventar la rueda” al explorar cambios exitosos.

El monitoreo frecuente (usualmente, cada mes) de resultados (i.e., indicadores de proceso y producto), y el hecho de compartir regularmente cambios exitosos ayudan a acelerar el ritmo de mejoramiento, creando una atmósfera de competencia amigable entre equipos que buscan establecer cuál de ellos alcanzará los mejores resultados. La red de aprendizaje colaborativo da como resultado el rápido desarrollo y puesta a prueba de innovaciones para resolver

problemas, la difusión rápida de cambios efectivos, y el desarrollo rápido de modelos efectivos de atención, optimizando así el paquete original de implementación de estándares basados en evidencia mediante el aprendizaje operativo.

Típicamente, un colaborativo concluirá con la definición de un paquete final de intervenciones probadas en el campo que han demostrado producir resultados en un escenario particular; complementado por aprendizaje organizacional que facilita alcanzar dichos resultados. Este paquete está entonces listo para ser difundido hacia otros lugares.

La duración de un colaborativo de mejoramiento puede variar, entre 12 y 24 meses y hasta varios años, especialmente a medida que los nuevos equipos se unen a la difusión de las mejoras o el contenido técnico del colaborativo evoluciona y se expande.

Un colaborativo de mejoramiento comienza con un periodo preparatorio en el que se afinan los objetivos e intervenciones técnicas y se desarrolla una estructura para apoyar su implementación. El periodo de implementación, es decir, cuando los equipos de cada sitio desarrollan y ensayan cambios para poner en práctica las intervenciones técnicas que componen el paquete de implementación promovido por el colaborativo, generalmente se divide en cuatro o seis sesiones de aprendizaje separadas por periodos de uno a cuatro meses –denominados periodos de acción– en que los equipos ponen a prueba cambios. Una vez que los equipos han aprendido a operativizar las intervenciones y han alcanzado las metas del colaborativo, a menudo se realiza un taller o conferencia para revisar la experiencia colectiva de los equipos y decidir cuáles cambios fueron los más efectivos, así como para compartir resultados con actores fuera del colaborativo.

Cuando el colaborativo ha finalizado y el paquete de implementación ha sido perfeccionado, se pueden usar varias estrategias para difundir este conocimiento operativo hacia nuevos lugares. Al colaborativo inicial –llamado

a veces colaborativo de demostración– puede seguirle un segundo colaborativo o colaborativo de difusión, cuyo propósito es diseminar el paquete de implementación perfeccionado desde los lugares iniciales o de demostración hacia el resto del sistema de salud. A menudo los miembros del colaborativo original sirven como agentes de cambio y guías durante la fase de difusión.

5 ASPECTOS MÁS DESTACADOS DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA PRO-CONE EN EL ÁREA DE SALUD DE SAN MARCOS, CON EL ENFOQUE DE MEJORAMIENTO COLABORATIVO

El aspecto más destacado por los EMCC fue la importancia de medir el cumplimiento de los estándares basados en la evidencia, si se quieren mejorar continuamente los servicios que se prestan a la población; la no medición conduce a que las normas, procedimientos, estándares y protocolos tienden a no ser aplicados por más bien elaborados que estén. Así las cosas, la calidad de la atención de salud no pasa de ser un concepto abstracto, y en el mejor caso en un acto individual sujeto a la voluntad de cada profesional individualmente. Sin un proceso establecido de definir, medir y monitorear la prestación de los servicios, las Unidades de Salud no pueden valorar de manera objetiva la calidad de la atención que brindan, por lo cual operan a ciegas para cualquier acción de mejoramiento.

Otro aspecto se suma importancia es el haber incorporado en la operación diaria de los servicios el concepto operativo de la calidad, representado en los estándares establecidos basados en la evidencia para la atención materna y neonatal, con instrumentos y herramientas específicas y la capacitación del personal del Área de Salud de San Marcos. En este proceso se

capacitaron ochenta trabajadores, entre técnicos de salud, auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales, médicos generales y ginecólogos en métodos y herramientas de Mejoramiento Continuo de la Calidad; también se formaron veinte y tres EMCC en igual número de servicios de Salud.

Estos EMCC fueron la célula básica del proceso de Mejora Continua, ya que con una periodicidad semanal o mensual realizaron la medición del cumplimiento de los estándares, a través de la auditoría de los expedientes clínicos, analizaron los resultados y discutieron las causas subyacentes en los problemas que afectaban la calidad; por medio de iniciativas propias, los equipos pusieron en práctica ideas de cambio para mejorar de manera continua la calidad de la atención. Algunos de los equipos realizaron complementariamente encuestas de satisfacción de los usuarios

Pero el trabajo tuvo también dificultades: quizás la mayor fue la resistencia al enfoque de Mejoramiento Continuo de la Calidad y a realizar los cambios específicos a los procesos de atención. La aplicación del método de mejoramiento, en sí mismo produjo resistencias, las cuales se manifestaron más fuertes en el estrato del personal médico de mayor edad, que mantienen un patrón establecido.

Los equipos de Mejoramiento de la calidad siempre recalcaron que la medición de la calidad a través de indicadores no es el reflejo del desempeño de ningún profesional individual, sino del desempeño del equipo responsable del proceso de atención que se trate.

En algunas ocasiones la carencia de personal clave en ciertos servicios o la ausencia de equipos o insumos críticos fueron también obstáculos importantes para la mejora del cumplimiento de la norma y estándares. Los equipos de Mejoramiento lograron resolver algunas de estas situaciones a través de actuar como elementos de gestión hacia las autoridades locales y nacionales.

...importancia de medir el cumplimiento de los estándares basados en la evidencia, si se quieren mejorar continuamente los servicios que se prestan a la población...

6 PRINCIPALES DEFICIENCIAS ENCONTRADAS E INTERVENCIONES IMPLEMENTADAS POR LOS EQUIPOS DE MCC

6.1 ATENCIÓN PRENATAL

Para que la atención prenatal contribuya verdaderamente a cumplir los objetivos de disminuir el riesgo de muerte materna y perinatal, propiciar una adecuada atención del parto y asegurar futuras condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos, en toda mujer embarazada se deben realizar y registrar en su historia clínica las siguientes actividades:

- a) evaluación de señales de peligro
- b) antecedentes personales y obstétricos
- c) medición de talla y peso
- d) evaluación del estado nutricional
- e) registro de vacunación antitetánica
- f) identificación de semanas de amenorrea
- g) determinación de la tensión arterial
- h) medición de la altura uterina
- i) auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF), detección de movimientos fetales y actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación
- j) prescripción de hierro y de ácido fólico
- k) orden médica o registro de los resultados de los siguientes exámenes prenatales: grupo sanguíneo, factor Rh, pruebas de sensibilización, VDRL, glucosa, hemoglobina, hematocrito, prueba de tamizaje de VIH/Sida (previo consentimiento de la mujer embarazada). En el primer control debe constar la indicación de estos exámenes y en el siguiente deberán anotarse los resultados obtenidos en cada uno de ellos
- l) consejería en tópicos que menciona la norma

Señales de Peligro
Consejería pre y post prueba de VIH
Lactancia Materna
Plan de emergencia de parto individual, familiar y comunitario Alimentación, administración de micronutrientes y Vacunación

Planificación familiar Adicionalmente, la embarazada debe recibir un mínimo de cuatro controles prenatales, repartidos periódica y continuamente durante su proceso de embarazo e iniciando dentro de las primeras 20 semanas de gestación.

Deficiencias del proceso de Atención Prenatal encontradas por los equipos de mejoramiento

Las principales deficiencias en el proceso de atención prenatal que se documentaron durante el colaborativo de San Marcos fueron las siguientes:

1. Ausente o incorrecta toma o registro de la presión arterial

Los equipos encontraron que la presión arterial a las embarazadas no se tomaba en la pre-consulta y que una causa de ello era la falta o mal estado de esfigmomanómetros; se concluyó que el deterioro de estos elementos era debido al tiempo y frecuencia de su uso por todo el personal, además de que a menudo los trabajadores no tienen el suficiente cuidado en su utilización y mantenimiento, al no ser un bien que se encuentre bajo su responsabilidad.

Otro hallazgo fue que aunque la presión arterial se tomara, ésta era incorrectamente registrada.

2. Incumplimiento de la prescripción de micronutrientes

Otra deficiencia fue que con frecuencia no se cumplía con la prescripción de hierro y ácido fólico; esta deficiencia fue atribuida a desabastecimiento de estos micronutrientes en las bodegas y farmacias de los establecimientos, resultante de deficiencias en el trámite administrativo para la obtención oportuna de estos productos.

3. Diversos formatos de expedientes clínicos para la atención prenatal

Se encontraron diversos formatos de expedientes clínicos para el registro de la atención prenatal, algunos de los cuales no contaban con los espacios para el registro de los criterios definidos, por lo cual los datos de las pacientes se registraban en hojas en blanco; esta práctica dificultó la realización de todos los pasos de una atención de calidad, así como de la posterior evaluación de la atención brindada.

4. Incumplimiento en ordenar exámenes de laboratorio

Con frecuencia se encontró que no se ordenaban ni se realizaban los exámenes de laboratorio indicados en la norma, especialmente para el primer control prenatal; se adujo que el criterio no se podía cumplir por inexistencia de laboratorio en los establecimientos y/o por falta de insumos en los laboratorios existentes.

5. Resistencia del personal a aplicar los estándares para el mejoramiento de la atención prenatal

Los profesionales médicos y de enfermería manifestaron que la aplicación de los estándares era una sobrecarga de trabajo, por lo cual se resistieron a hacerlo.

Intervenciones implementadas por los equipos de mejoramiento:

1. Dotación de esfigmomanómetros

Se hizo solicitud, por parte de los equipos de mejoramiento, al Área de Salud de San Marcos, para la dotación de esfigmomanómetros; el Área de Salud realizó la compra directa de los elementos y abasteció a los lugares en donde no había. También se dieron de baja en el inventario y se repusieron los que estaban viejos o deteriorados.

2. Capacitación del personal para el cumplimiento de la norma y el adecuado abastecimiento de micronutrientes

Se realizaron reuniones de capacitación en servicio sobre las normas de atención, con énfasis en la prescripción de hierro y ácido fólico; posteriormente, se dio seguimiento con tutoría al personal que no cumplía la norma.

Para tener la provisión de micronutrientes y con la participación y compromiso del Área de Salud, se re-capacitó al personal en la elaboración y trámite del formato de Balance, Requisición y Suministro de Insumos (BRES), con la definición de máximos y mínimos, con el fin de garantizar el abastecimiento adecuado en cada servicio.

3. Estandarización del expediente clínico

Con participación de personal del nivel central y del Área de Salud de San Marcos y con base en las normas nacionales y la evidencia científica, se elaboraron varias propuestas de expediente clínico, las cuales fueron sometidas a procesos de revisión y validación; se llegó a la concreción de un expediente clínico único, que fue validado por los servicios de salud de todo el país y que tiene el aval de la DRPAP, que incluye atención prenatal, de posparto, atención del recién nacido y de la niñez, el cual se aplica en toda el Área de Salud y con el cual se obtiene la información requerida para continuar el proceso de mejoramiento de los servicios

Los equipos encontraron que la presión arterial a las embarazadas no se tomaba en la pre-consulta y que una causa de ello era la falta o mal estado de esfigmomanómetros. . .

4. Gestión para la disponibilidad de servicios de laboratorio clínico

Los equipos de mejoramiento desarrollaron diversas actividades para mejorar la disponibilidad de servicios de laboratorio clínico para realizar los exámenes requeridos por el estándar de atención de calidad: en el Centro de Salud de San Lorenzo se gestionó el apoyo de la alcaldía municipal y de instituciones privadas, donando equipo médico como un doopler, otorrino laringoscopios y para la provisión de los insumos necesarios en el laboratorio, de forma que las muestras de la paciente se toman durante la espera y los resultados están listos en el momento en que la embarazada es evaluada.

En el Centro de Atención permanente de San Pedro se logró un acuerdo con el Hospital de San Marcos, por medio

del cual las pacientes son citadas un día a la semana y los técnicos del Hospital se desplazan al CAP para tomar las muestras; los resultados son enviados al CAP para su interpretación y decisión de conductas a tomar.

5. Revisión del proceso de atención con los propios profesionales

Con el fin de reducir la resistencia en la aplicación de los estándares de atención, se revisó con los distintos profesionales médicos y de enfermería, el proceso de atención que cada uno empleaba con sus pacientes; los resultados de la revisión permitieron destacar las fallas o ausencias en que los profesionales incurrieron, por no seguir los estándares establecidos. Al hacerse evidentes estos hallazgos con la participación de los mismos profesionales, la atención mejoró por su propia convicción.

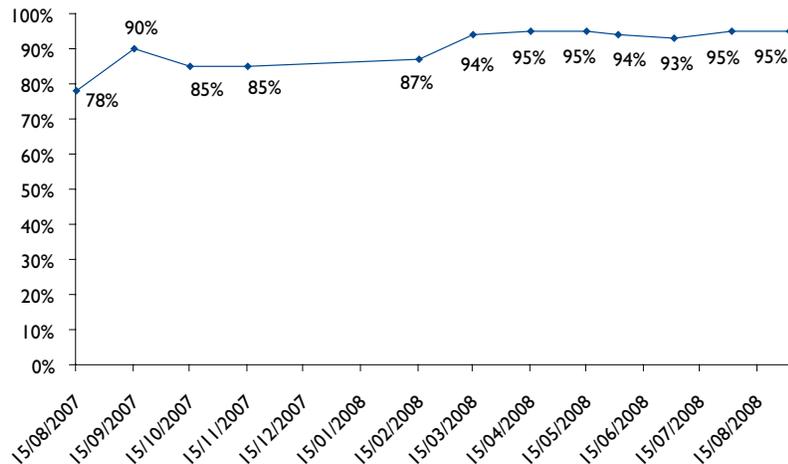
En varios Centros se consideró que la capacitación del personal debe ser permanente, tanto para los antiguos como para los de recién ingreso, por lo cual se

adoptó un esquema de desarrollo del personal como proveedores calificados en atención prenatal.

Resultados alcanzados

Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad lograron mejorar la calidad de la atención prenatal en forma significativa, pasando de porcentajes de nivel medio de cumplimiento de los estándares hasta estar por arriba del 85% (ver gráfica adjunta). La permanencia de estos logros por varios meses significa que la aplicación de la metodología de mejoramiento y de los estándares se ha institucionalizado en los servicios del Área de Salud de San Marcos.

Porcentaje de cumplimiento de criterios de Atención prenatal en 22 centros de salud de San Marcos



6.2 ATENCIÓN DEL PARTO

El parto es un momento de trascendental importancia para la mujer y el bebé, que se relaciona con su supervivencia inmediata, con la posibilidad de mejorar la salud y nutrición a largo plazo, pero al mismo tiempo con el riesgo de enfermar y de morir para ambos.

En San Marcos el 82% de los partos ocurren en la comunidad (52% atendidos por comadrona tradicional capacitada y 30% por personal empírico, que incluye a comadronas no capacitadas, familiares y por la misma parturienta); aproximadamente el 10% de las muertes maternas ocurren en las instituciones que atienden partos, por lo cual es necesario garantizar la mejor atención posible en estas instituciones.

La aplicación de estándares básicos de calidad en la atención del parto, la realización de prácticas basadas en la evidencia científica y la anulación de otras no recomendables, contribuyen al cumplimiento del objetivo de Desarrollo del Milenio de la ONU de reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes. Entre las prácticas basadas en la evidencia sobre las cuales hay consenso a nivel internacional están:

- Uso del Partograma para monitoreo de la labor de parto y toma de decisiones oportunas según las desviaciones de su curva.
- Manejo Activo de la tercera etapa del parto MATEP

- Pinzamiento del cordón en tiempo óptimo
- Tratamiento inicial y referencia clínica en caso de complicaciones
- Cesárea solamente bajo indicaciones precisas y bajo protocolo
- Eliminación de prácticas rutinarias como episiotomía, rasurado y aplicación de enema
- Respeto a las prácticas culturales y a la cosmovisión de los pueblos y etnias usuarias de los servicios: permitir el acompañamiento de un familiar; asegurar un trato interpersonal amable y respetuoso, permitir escoger la posición para el parto, asegurar temperatura ambiente agradable, facilitar el uso de ropa culturalmente aceptable, facilitar el uso de infusiones y alimentos culturalmente aceptables, y otras prácticas no perjudiciales para la madre y el recién nacido/a.

En este documento se presentan las deficiencias e intervenciones en las dos primeras prácticas

Deficiencias encontradas por los equipos de mejoramiento en el uso del partograma

La evolución del parto en una mujer puede ser monitoreado a través de un instrumento gráfico denominado "Partograma", que conduce además a tomar las decisiones oportunas con respecto al parto, si se toma en cuenta

la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo. La aplicación adecuada de este instrumento a cada mujer en labor de parto permite identificar precozmente la necesidad de una intervención médica inmediata y/o una referencia a un servicio con mayor capacidad de resolución; ello contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materno-perinatales. También evita la prolongación innecesaria del trabajo de parto, disminuye en parte las proporciones de cesárea en los servicios especializados y, además, es una práctica económica y asequible.

Las principales deficiencias encontradas por los EMCC en el uso del partograma fueron las siguientes:

1. Llenado inadecuado o incompleto del partograma

Los EMCC encontraron que quienes atendían los partos no utilizaban la nomenclatura aceptada para el llenado del partograma, específicamente en lo relativo a las características del líquido amniótico, el moldeamiento, el descenso de la cabeza fetal por quintos y a la individualización del uso de las tiras de orina, en los casos que amerita como en las pacientes pre eclámpticas y no de rutina

En otras oportunidades, el partograma no era llenado en su totalidad o a algunas parturientas no se les llenaba, especialmente en los días sábados y domingos. Por esta última razón, en los expedientes clínicos no aparecían los partogramas

2. Inadecuado abastecimiento de partogramas

Por ser el partograma un instrumento con baja o ninguna utilización en los servicios, su abastecimiento era irregular:

Intervenciones implementadas por los equipos de mejoramiento:

1. Abastecimiento de partogramas

Los EMCC realizaron las gestiones pertinentes para que los servicios hicieran las solicitudes de impresión y distribución de los partogramas, lográndose el compromiso del Gerente Financiero del Área de Salud de cumplir con el abastecimiento oportuno

2. Capacitación para el llenado adecuado del partograma

Se realizó capacitación para el llenado del partograma y su interpretación, con diferentes modalidades: el curso "Alerta internacional", conferencias magistrales por miembros de los EMCC, laboratorios para el llenado de partograma y utilización de una guía de llenado para estandarización de los criterios. Adicionalmente, se hizo revisión y supervisión del llenado de los partogramas cada día, con apoyo tutorial de miembros de los EMCC.

3. Colocación de partograma gigante en sala de labor y partos

Con el fin de ejercitar de manera práctica y docente la evolución de un trabajo de parto y la toma de decisiones oportunas, se colocó un partograma gigante en la sala de labor y partos para su llenado e interpretación. Ello sirvió para identificar al personal que no lo llenaba adecuadamente y, entonces, dar apoyo tutorial por miembros de los EMCC para corregir los errores y motivar a la mejoría

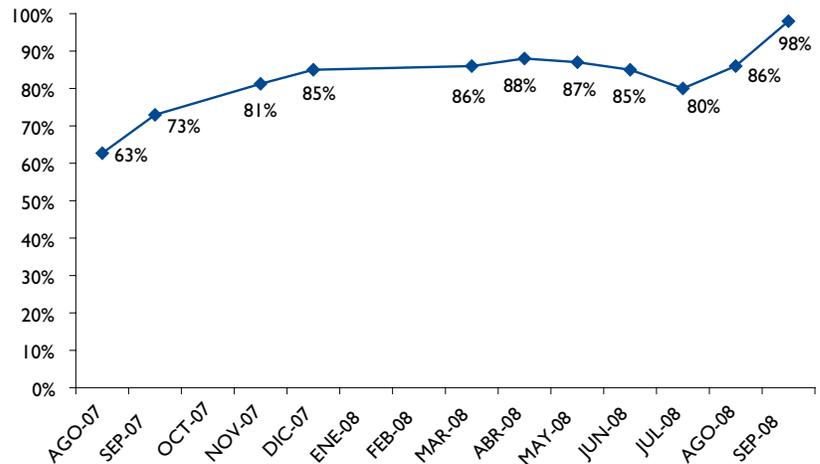
4. Obligación de adjuntar el partograma a la ficha clínica

Las directivas de las Unidades de Salud tomaron la decisión de adjuntar el partograma a los expedientes clínicos, de manera obligatoria, con cada nuevo ingreso a la sala de labor y partos. Con el fin de corregir la ausencia de partogramas durante los fines de semana, la secretaria de la Unidad se encargó de dejar un paquete de expedientes clínicos completos -con partograma- así como un listado de control, para que todo nuevo ingreso fuera registrado y tuviera su respectivo partograma.

Resultados alcanzados:

Como se puede observar en la gráfica siguiente, los equipos de Mejora Continua de la Calidad lograron elevar el indicador de partos en los que se utilizó el partograma, desde niveles bajos del 63% hasta cumplimientos que sobrepasan el 80% y en una oportunidad llegaron al 98%. Esta acción indica que probablemente existe ya en los servicios de atención del parto una toma de conciencia por parte del personal y una aceptación del partograma como instrumento importante para la toma de decisiones sobre el trabajo de parto.

Porcentaje de criterios cumplidos en el uso de partograma en CAP, CAIMI y hospitales del área de salud de San Marcos



Deficiencias encontradas por los equipos de mejoramiento en el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP)

Esta práctica, basada en la evidencia, incluye tres acciones: a) la administración de medicamentos útero tónicos después del parto (10 UI de Oxitocina por vía intramuscular); b) la liberación de la placenta con tracción controlada y contra tracción uterina por encima del hueso pubiano y c) masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta y cada 15 minutos en las siguientes 2 horas. Se ha demostrado que el manejo adecuado de esta etapa del parto disminuye en 60% la incidencia de hemorragia puerperal por atonía uterina.

Las principales deficiencias encontradas por los EMCC en el MATEP fueron las siguientes:

1. Manejo no estandarizado de la tercera etapa del parto

Los EMCC encontraron que el MATEP era diferente en cada servicio, a pesar de que el personal tenía conocimiento de las tres acciones que lo conforman: se aplicaban cantidades diferentes de oxitocina y se utilizaban diversas vías de administración o no la aplicaban porque aducían riesgo de retención de la placenta, la tracción y contra tracción de la placenta se hacía en cualquier momento, en ocasiones no se hacía el masaje uterino. En síntesis, no había estandarización del MATEP

2. Inadecuado o incompleto registro del MATEP en la ficha clínica

En el expediente clínico no había evidencia de la aplicación de las tres acciones del MATEP; por ello, no se pudo definir si era utilizado como una práctica continua y en cumplimiento de las normas de salud reproductiva.

3. Desabastecimiento de oxitocina en los servicios

En los servicios de atención del parto no se tenía a la oxitocina como un medicamento de primera línea pues su aplicación estaba sujeta a la indicación y criterio de cada médico; por ello, no había la decisión de mantener los servicios abastecidos con este medicamento; en algunos servicios en donde sí se utilizaba la oxitocina, ésta era donada por los familiares de las pacientes y así se mantenía un stock.

Intervenciones implementadas por los equipos de mejoramiento:

1. Estandarización del MATEP

Se hizo difusión de la norma de salud reproductiva que señala la obligación de aplicar las tres acciones del MATEP a toda embarazada en trabajo de parto; además se realizó capacitación en servicio de esta aplicación, supervisión directa también en servicio por parte de la enfermera, médico u otro proveedor asignado por el equipo de mejoramiento y se utilizaron instrumentos de evaluación de la aplicación, entre ellos, una lista de chequeo

2. Registro del MATEP en los expedientes clínicos

En el Hospital de Malacatán se elaboró un sello que se coloca en la parte lateral del partograma, para evidenciar en forma escrita que se aplicaron las tres acciones del MATEP. A este sello se agregaron datos sobre el nacimiento y cuidado del recién nacido, los cuales se describen en la respectiva sección de este documento

Otras decisiones en este aspecto fueron las revisiones de expedientes para confirmar la existencia en los mismos de la descripción de los tres pasos del MATEP; igualmente, se motivó al personal haciendo conocer al resto los avances positivos que se iban teniendo.

3. Abastecimiento de oxitocina

En acuerdo con el equipo de mejoramiento del Área de Salud de San Marcos, se hizo el compromiso de tener a la oxitocina como medicamento trazador en los servicios de atención del parto; hacer las solicitudes con base en la producción de los servicios. Por su parte, el Comité de Fármaco dependencia del Área se comprometió a optimizar el manejo del instrumento de Balance, Reposición y Envío de Suministros (BRES), para lograr el abastecimiento adecuado de la oxitocina.

Resultados alcanzados:

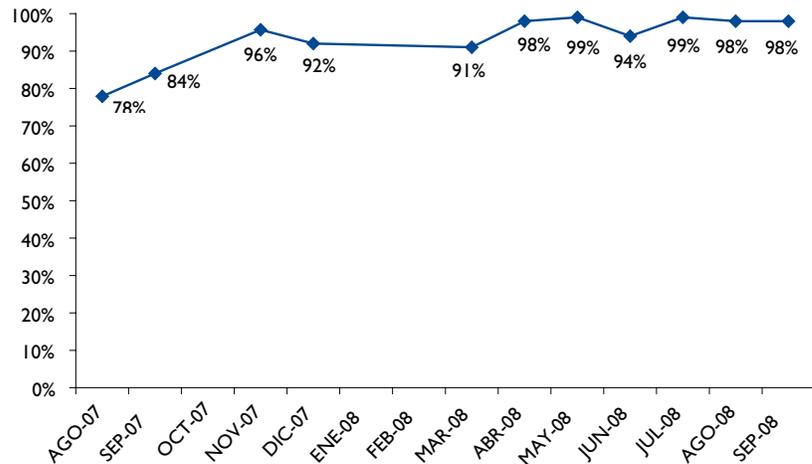
Los equipos de mejoramiento de la calidad lograron que, de una cifra inicial del 78%, se cumpliera la norma del MATEP en el 98% de los casos, aplicando las tres acciones que lo conforman. En la gráfica siguiente se aprecia la tendencia de la aplicación, aclarando que en los meses de enero y febrero del 2008 no se realizó la medición, por falta de personal.

6.3 ATENCIÓN DEL POST-PARTO INMEDIATO

El puerperio inmediato (24 primeras horas desde que ocurre el alumbramiento) es un período crítico e importante, por el alto riesgo de complicaciones que pueden presentarse y tener consecuencias fatales para la mujer puerpera y su hijo.

El cuidado del puerperio inmediato es importante para vigilar la involución uterina, detectar tempranamente y tratar las posibles complicaciones

Porcentaje de criterios cumplidos en el MATEP en CAP, CAIMI y hospitales del área de salud de San Marcos



que se presenten (hemorragia, shock, preeclampsia) en este período; se deben tomar, entonces, los signos vitales con énfasis en la presión arterial y el pulso y realizar evaluaciones cada 15 minutos la primera hora y cada 30 minutos la segunda hora después del parto. También se debe iniciar el contacto piel a piel, la lactancia materna exclusiva y el alojamiento conjunto de la madre y su hijo.

Deficiencias del proceso de Atención del Post-parto inmediato encontradas por los equipos de mejoramiento:

Las principales deficiencias en el proceso de atención del post-parto inmediato que se documentaron durante el colaborativo de San Marcos fueron las siguientes:

1. Inexistencia o desconocimiento de la norma de atención en las primeras dos horas del post-parto

No había una norma específica para la atención del post-parto inmediato en los servicios de salud; sólo en algunos se hacía la toma de la presión arterial y el pulso.

2. Ausencia de registro de actividades de atención del post-parto inmediato

Por la situación anterior, no había registro de la atención que se prestaba en el post-parto inmediato; en algunos lugares las madres eran observadas y evaluadas para ser trasladadas al encamamiento, sin quedar constancia escrita en los expedientes de la evaluación que se había hecho. En

otros servicios las pacientes pasaban directamente de la sala de labor y parto a encamamiento.

3. Ausencia o deterioro de los equipos de atención del post-parto inmediato

Los EMCC observaron que los equipos para toma de la presión arterial estaban deteriorados y no eran funcionales; en algunos servicios en donde las puerperas eran evaluadas, los esfigmomanómetros estaban descalibrados y no había un reloj con segundera para tomar el pulso o las respiraciones. Ello producía datos que tenían poca credibilidad.

Intervenciones implementadas por los equipos de mejoramiento:

1. Difusión de la norma de atención del post-parto inmediato

Se realizó la difusión de la norma de atención del post-parto inmediato a los servicios y cada uno se comprometió a mantener el documento que la contiene en su área de trabajo. También se hizo capacitación y tutorías en servicio por los EMCC, así como charlas sobre varios temas, entre ellos las señales de peligro; igualmente se utilizaron carteles con recordatorios sobre la norma.

Los EMCC sostuvieron reuniones con el grupo de auxiliares de enfermería, para discutir con ellas la importancia del control posparto, en especial para dar la voz de alerta temprana en casos de complicaciones.

2. Registro de la atención del post-parto inmediato en el expediente clínico

Se preparó, validó y gestionó la impresión de una hoja para registrar la atención del post-parto inmediato en el servicio, la cual se constituyó en parte importante del expediente clínico; a partir de esta decisión, se realizó supervisión de los expedientes clínicos para determinar la buena atención del post parto inmediato. Esta supervisión también se realizó durante los turnos; cuando el estándar no se cumplió, se hizo una amonestación verbal o escrita al trabajador

3. Dotación de esfigmomanómetros

Se hizo solicitud, por parte de los equipos de mejoramiento, al Área de Salud de San Marcos, para la dotación de esfigmomanómetros; el Área de Salud realizó la compra directa de los elementos y abasteció a los lugares en donde no había. También se dieron de baja en el inventario y se repusieron los que estaban viejos o deteriorados.

4. Asignación de responsabilidades a las enfermeras profesionales

Las enfermeras profesionales se hicieron cargo de velar por el buen funcionamiento de los relojes de pared, así como a gestionar los reemplazos en caso de deterioro total

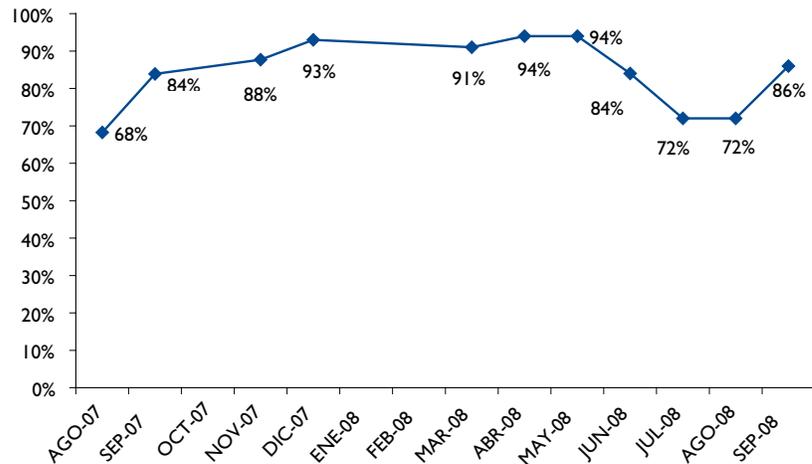
Resultados alcanzados:

Como se ve en el gráfico adjunto, al inicio se cumplía el 68% de la atención del post-parto inmediato en los servicios de atención del parto. Las acciones de mejora continua de los EMCC lograron elevar el indicador hasta más arriba del 85% e incluso superar el 90%. El descenso que se muestra en la gráfica en los meses de junio a agosto es debido a que uno de los servicios se quedó sin personal calificado.

6.4 CUIDADOS RUTINARIOS DEL RECIÉN NACIDO

Los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento de un niño o una niña son de crucial importancia, pues inicia una etapa de adaptación a un ambiente desconocido, que le representa dificultades en aspectos de temperatura, oxigenación y empezar a utilizar una fuente nutricional totalmente ajena a su experiencia de 40 semanas de gestación. Todo esto puede ser superado

Porcentaje de criterios cumplidos en el puerperio inmediato en CAP, CAIMI y hospitales del área de salud de San Marcos



sin mayor dificultad cuando todos los mecanismos y capacidades fisiológicos del neonato están intactos; sin embargo, amenazas externas y deficiencias propias de su condición pueden transformar este fenómeno del nacimiento en un riesgo que atente contra su vida o su salud.

La atención, entonces, se orienta a disminuir al mínimo las posibilidades de enfermedad y muerte del neonato, para lo cual es necesario: a) vigilar y favorecer su respiración espontánea, reflejada en un esfuerzo respiratorio regular; un color de piel sonrosada y un llanto vigoroso; b) prevenir pérdidas de calor por conducción, evaporación, radiación y convección; c) prevenir y controlar infecciones, especialmente de los ojos y el cordón umbilical, así como el lavado de manos antes y después de su manipulación; d) asegurar amamantamiento materno inmediato y alojamiento conjunto pues el contacto piel a piel, continuo e ininterrumpido, optimiza el inicio de la lactancia materna. Estas acciones deben ser registradas en el expediente clínico, así como el sexo, el peso al nacer, la talla y el perímetro cefálico en cms, el APGAR al minuto y los cinco minutos, la realización o no de reanimación respiratoria, el examen físico, la administración de 1 mg. de vitamina K IM y la profilaxis de oftalmía bacteriana.

Deficiencias de los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido encontradas por los equipos de mejoramiento

Las principales deficiencias de los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido que encontraron los EMCC fueron las siguientes:

1. Incumplimiento de los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido

Los EMCC encontraron que no se realizaban todas las acciones de atención al recién nacido, que no se tenían suficientes paños en el paquete de atención para protegerlo del frío, que no se aplicaba el apego inmediato y que su evaluación clínica era muy superficial

2. Insuficiente registro de los procedimientos y datos del recién nacido en el expediente

No se anotaron en el expediente clínico datos importantes del recién nacido, como son la somatometría, los resultados de los exámenes de laboratorio, la práctica del alojamiento conjunto, la administración de medicamentos y vacunas

3. Desabastecimiento de medicamentos

Algunos servicios no contaban con vitamina K ni cloramfenicol para el cumplimiento de la norma de atención.

Intervenciones implementadas por los equipos de mejoramiento:

1. Difusión de los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido

Se realizó la difusión de Cuidados Rutinarios del Recién Nacido a los servicios por iniciativa de cada equipo de

mejoramiento y cada uno se comprometió a mantener el documento que los contiene en su área de trabajo. También se hizo capacitación y tutorías en servicio por los EMCC, se colocaron carteles para cumplimiento de los cuidados y se fortaleció la consejería en lactancia materna y en señales generales de peligro

2. Registro de los datos y procedimientos en los expedientes

Se realizó supervisión de los expedientes clínicos para determinar si se cumplía con los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido. Un aspecto importante de mencionar es que al validar el sello que se hizo para registrar el MATEP en los servicios, surgió como idea que también fueran registrados los datos del recién nacido y sus procedimientos, acción que fue bien integrada y el sello es usado por todos los servicios de atención del parto.

3. Abastecimiento de medicamentos

En acuerdo con el equipo de mejoramiento del Área de Salud de San Marcos, se hizo el compromiso de mantener el abastecimiento de Vitamina K y cloramfenicol. Por su parte, el Comité de Fármaco dependencia del Área se comprometió a optimizar el manejo del instrumento de Balance, Reposición y Envío de Suministros (BRES), para lograr el abastecimiento adecuado de estos medicamentos.

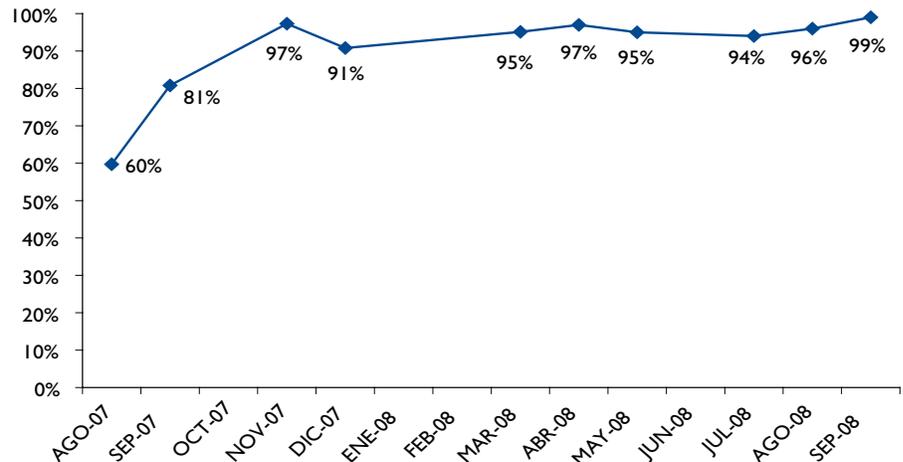
Resultados alcanzados:

Se partió del cumplimiento del 60% de los cuidados rutinarios del recién nacido y con los esfuerzos de los EMCC, se logró una mejora continua y visible en el indicador; que no ha descendido del 90%, como puede verse en la gráfica adjunta.

7 PLAN DE EXPANSIÓN DE LA ESTRATEGIA PRO-CONE A NUEVAS ÁREAS DE SALUD

El MSPAS ha iniciado la preparación de un plan para la expansión de la estrategia Pro-CONE a nuevas Áreas de Salud, con el enfoque de mejoramiento colaborativo y a partir de la experiencia del Área de Salud de San Marcos, expresada en este documento.

Porcentaje de criterios cumplidos en cuidados rutinarios neonatales en CAP, CAIMI y hospitales del área de salud de San Marcos



Las Áreas en donde se va a iniciar el proceso de expansión son: Alta Verapaz, Chimaltenango, El Quiché, Huehuetenango, Ixil, Quetzaltenango, Sololá y Totonicapán. Ya se han realizado los primeros contactos con las directivas de las Áreas y se espera que, junto con este documento, el plan, los estándares establecidos y una base de datos para registrar los hallazgos sean los instrumentos iniciales para darle impulso al proceso, el cual se iniciará en diciembre del presente año.

8 LISTADO DE RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS QUE PODRÍAN PARTICIPAR EN EL PROCESO DE EXPANSIÓN DE LA ESTRATEGIA PRO-CONE

Los profesionales y técnicos del Área de Salud de San Marcos que podrían dar apoyo al proceso de expansión de la Estrategia Pro-CONE con enfoque de mejoramiento colaborativo, se mencionan enseguida:

Dra. Zoemia Chew, USME / AT / SIAS

Dra. Ana Victoria Areaza Coordinadora USME/ AT / SIAS

Dr. Manolo Vicente Coordinador de Areas de Salud

Dr. Arnaldo Bringues, Asistente del Director General del SIAS

Dra. Elisa Barrios; Epidemióloga y coordinadora de equipo de mejoramiento del área

E. P. Silvia Juarez; Enfermera

Dr. Rubén Orozco; Director del CAP de San Pedro

E.P. Aura Juarez de Calderón; Enfermera Profesional CAP de San Pedro

Dr. William Mérida; Director del CENAPA de Tejutla

Dra. Cali Fuentes; Directora de CENAPA de San Lorenzo

Dra. Amelia Juarez; Jefe de pediatría hospital Nacional de San Marcos

Dr. Gerson Ramirez; Jefe de pediatría Hospital Nacional de Malacatan

Dr. Rodolfo Veliz; Epidemiólogo Hospital de Malacatan

Dr. Alejandro Navarro; Jefe de Obstetricia Hospital de Malacatan

9 RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS DISPONIBLES PARA APOYAR EL PROCESO DE EXPANSIÓN DE LA ESTRATEGIA PRO-CONE

ONU Objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivos No.4 y No.5 en lo pertinente a la reducción de muerte materna e infantil. Nueva York, Septiembre 2000. www.un.org/spanish/

Proyecto 2000/USAID; Ministerio de Salud del Perú. Tecnologías Perinatales, CD-ROM.

Camila Chaparro Chessa Lutter / A Virginia Camacho Hubner. Prácticas esenciales del parto para la salud y la nutrición de la madre y el recién nacido. 2007- 11-01. www.paho.org/Spanish.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno-infantil. Quito, Septiembre 2006.

Nápoles Méndez D, Bajuelo Páez AE, Téllez Córdova M del C, Couto Núñez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto [artículo en línea]. MEDISAN 2004; 8(4). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Provincial de Salud del Tungurahua. Proyecto de Garantía de Calidad, QAP-USAID. Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto. Quito, Marzo 2007

Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP. QAP/USAID. Curso de Capacitación Clínica en Cuidado Obstétrico Esencial (COE)/ Complicaciones Obstétricas y Neonatales. Guía del Capacitador/Guía del Profesional. Quito 2008 JHPIEGO Corporation. Reproductive Health Online (ReproLine). Atención del recién nacido normal. 2003. www.reproline.jhu.edu/

Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. Br Med J. 2007; 335:1025.

Nacer Latinoamericano: Medicina, materno, feto neonatal. Información de Latino América y El Caribe. Causas de Mortalidad Neonatal. www.nacerlatinoamericano.org/

Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/ SMR OPS/OMS. www.clap.ops-oms.org

Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Normatización Técnica del Manejo Activo del Tercer Período del Parto. Addendum al Capítulo de Atención del Parto Normal. Quito, Ecuador: 2006.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Programa de Atención Integral a la Niñez. Guía de Intervenciones Perinatales Basadas en Evidencias para la Reducción de la Mortalidad Perinatal. Ecuador; 2007

Prof. Dr. Carlos Alberto Cassella, Dr. Vicente Guillermo Gómez, Dr. Domingo J. Maidana Roa. Puerperio Normal. Revista de postgrado de la cátedra VIa Medicina Nro. 100 Diciembre 2000. www.med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm-29k

USAID. ISSUE BRIEF. Newborn Health. August 2007.

Sociedad de Gineco Obstetricia de Venezuela. Atención Inmediata Integral del Recién Nacido en Establecimientos Asistenciales. www.sogvzla.org/

INSP. Boletín de Práctica Médica Efectiva PME. Ricardo Muñoz. Dr. Luis Alcázar Álvarez. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias en el Embarazo, Parto y Puerperio. México 2006. www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_17.pdf

SECRETARIA DE SALUD. Dirección General de Salud Reproductiva. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico. México 2002



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

CALIDAD EN SALUD
GUATEMALA

Proyecto USAID|Calidad en Salud

8a. Ave. 10-74, Zona 10

Las Margaritas, Guatemala, Guatemala

PBX: 502-2485-5988

El proyecto Calidad en Salud es administrado por University Research Co., LLC (URC).