

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
“Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso
Climático”

ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL –
MATERNIDAD DE LIMA

AÑO 2013.



Índice

Tema	Página
I.-INTRODUCCIÓN	4
II.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS	5
III.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA	
III.1. Perfil sociodemográfico de los usuarios	
III.1.a. Perfil de la procedencia de los pacientes atendidos.	6
III.1.b. Perfil de la población por edad.	11
III.1.c. Perfil de la población por estado civil.	12
III.1.d. Perfil de la población por grado de instrucción	12
III.1.e. Análisis de las Referencias y Contrarreferencias.	13
III.2. Morbilidad Hospitalaria.	
III.2.1. Egresos hospitalarios.	17
III.2.2. Morbilidad en servicios de hospitalización.	17
III.2.2.a. Ginecología	17
III.2.2.b. Obstetricia	18
III.2.2.c. Neonatología.	20
III.2.3. Morbilidad en Consultorios externos.	
III.2.3.a. Morbilidad en Consultorios de Obstetricia.	21
III.2.3.b. Morbilidad en Consultorios de Ginecología	22
III.2.3.c. Morbilidad en Consultorios de Pediatría	26
III.3. Perfil epidemiológico de enfermedades sujetas a vigilancia.	
III.3.1. Vigilancia de Cáncer Ginecológico.	28
III.3.2. Vigilancia de VIH –SIDA y Sífilis.	29
III.3.3. Vigilancia de Tuberculosis.	30
III.3.4. Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios.	30
III.3.5. Vigilancia de Brotes.	31
III.3.6. Morbilidad Materna Extrema.	32
III.4. Infecciones Intrahospitalarias.	
III.4.a. Servicio de Obstetricia	34
III.4.b. UCI Materna.	35
III.4.c. Neonatología.	36
III.5. Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.	39
III.6. Mortalidad Hospitalaria.	
III.6.1. Mortalidad Materna.	41

III.6.2. Mortalidad Perinatal.	44
III.6.2.1. Muerte Neonatal.	44
III.6.2.2. Óbitos Fetales.	46
III.7. Evaluación de la satisfacción del usuario.	48
IV.- ANÁLISIS DE LA OFERTA	
IV.1. Ubicación geográfica del INMP.	52
IV.2. Superficie Territorial del INMP	53
IV.3. Misión y Visión del INMP.	53
IV.4. Nivel de Complejidad.	53
IV.5. Infraestructura del INMP.	54
IV.5.1. Área de Hospitalización.	55
IV.5.2. Consultorios externos.	56
IV.5.3. Hospital de la Amistad Perú-Japón.	56
IV.6. Cartera de Servicios del INMP.	57
IV.7. Organigrama del INMP.	59
IV.8. Recursos Humanos.	60
IV.9. Análisis según UPSS	63
IV.9.1. UPSS Emergencia.	63
IV.9.2. UPSS Hospitalización	66
IV.9.2.1. Hospitalización de Obstetricia.	66
IV.9.2.2. Hospitalización de Ginecología.	69
IV.9.2.3. Hospitalización de Neonatología.	69
IV.9.3. UPSS Centro Quirúrgico.	73
IV.9.4. UPSS Centro Obstétrico.	77
IV.9.5. UPSS Consultorios externos	80
IV.9.5.1. Consultorios de Obstetricia.	82
IV.9.5.2. Consultorios de Ginecología.	83
IV.9.5.3. Consultorios de Neonatología.	84
IV.9.5.4. Consultorios de Especialidades Médicas.	84
IV.9.5.5. Consultorios de Especialidades No Médicas.	85
IV.10. Análisis presupuestal.	
V. BRECHAS ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA	88
VI. LINEAS DE INTERVENCION	90

I.-INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios (ASISHO) del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), se elabora para ser utilizado como instrumento de gestión para la toma de decisiones por la Alta Dirección y como uno de los elementos a utilizar para la elaboración del plan operativo institucional.

El análisis de situación de salud hospitalaria; debe proveer la información necesaria a la gestión sobre los daños y problemas de salud detectados a este nivel y contribuirá a una mejor planificación y evaluación del trabajo hospitalario. Para tales fines, el presente Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios (ASISHO) se ha elaborado siguiendo la nueva propuesta realizada por la DGE, y comprende los siguientes aspectos:

1. Análisis de la oferta
2. Análisis de la demanda.
3. Identificación de brechas con enfoque de riesgo para la atención
4. Líneas de intervención para la mejora de la oferta de servicios de salud hospitalarios

Los datos utilizados para la preparación de este documento se han obtenidos de diversas fuentes como son los registros de la Dirección de Estadística e Informática, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Planeamiento Estratégico, las diferentes Áreas de Gestión Administrativa del INMP, y datos de producción de los Servicios. De esta manera puede obtenerse la información relevante sobre las condiciones de vida, estructura, características de la morbilidad y mortalidad, así como la respuesta que la Institución da a los problemas de salud, de tal manera que permita acercarnos a un análisis actualizado, incluyendo sus factores condicionantes y determinantes.

El ASISHO nos permitirá identificar las necesidades y prioridades de nuestra población conociendo las condiciones y calidad de vida de las mismas, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados para el mejoramiento de la salud de nuestra población. Este documento se realiza con la finalidad de contribuir en la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población usuaria con equidad, eficiencia, calidad y participación social.

II.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), es una institución encargada de la asistencia altamente especializada en salud reproductiva de la mujer con énfasis en la atención materno perinatal y seguimiento coordinado del recién nacido y el niño de alto riesgo hasta los cinco años.

La Maternidad de Lima fue fundada el 10 de Octubre de 1826, por el Mariscal don Andrés de Santa Cruz, con el nombre de CASA DE MATERNIDAD DE LIMA.

Esta Institución fue creada con el objetivo de socorrer a las mujeres pobres en sus partos, formar parteras instruidas y hábiles.

Un año antes de este suceso llegó al Perú el Dr. Fessel, con su esposa, la dama francesa Paulina Benita Caddeau de Fessel, quien se había graduado en 1818 en la Universidad de París en “Teoría y Práctica de Partos“, inteligente y activa, llevando a cabo actividades docentes dando un sustantivo aporte a esta noble labor, Madame Fessel es contratada como Directora del establecimiento.

Con el correr de los años y como producto de su iniciativa y esfuerzo, el 26 de Octubre de 1829 se inaugura la Clínica y la Escuela de Parteras, que funcionarían en una sección del vetusto Hospital de Santa María de la Caridad.

El 22 de junio de 1841, La Maternidad y su Colegio de Partos, se trasladan al Hospital Santa Ana, en el local que actualmente ocupa en Barrios altos, y el Hospital Santa María de la Caridad quedó definitivamente extinguido.

En 1922 la casa de la Maternidad cambia de nombre por el de Instituto Obstétrico Ginecológico, pero esto sólo duró hasta 1928. En 1943 la institución pasó a denominarse oficialmente Hospital de Maternidad de Lima, aunque utilizaba dicho nombre por lo menos 2 décadas antes.

En 1985 se conforma el Instituto Nacional Materno Infantil (INAMI), con la fusión de la Maternidad de Lima con el Hospital San Bartolomé. En 1990 se separan y en 1992 se crean los Institutos especializados entre ellos el Instituto Materno Perinatal por D.S. 002-92-SA, en el año 1993 se le cambió la denominación por Instituto Especializado Materno Perinatal.

En 1998 se construye y pone en funcionamiento el Servicio de Atención Integral y Diferenciada del Adolescente, y se inaugura la Unidad de Medicina Preventiva. En 1999 se inaugura la Unidad de Medicina Fetal y en el 2000 se inicia la ejecución del Proyecto de construcción y equipamiento del Hospital de la Amistad Perú – Japón.

En el año 2005, mediante decreto Supremo 023-2005-SA se aprobó el ROF del MINSA, que consideraba entre sus órganos desconcentrado, al que a partir de entonces se denominaría Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).

El Instituto Nacional Materno Perinatal en el Siglo XXI

El nuevo milenio nos encuentra como la institución líder de su tipo en el Perú, con una infraestructura moderna y funcional, con un equipamiento de punta y con el personal profesional y no profesional al día, con los máximos conocimientos de la época.

Esperamos, poder decir a corto plazo, con pruebas incontrastables, que estamos al mismo nivel de los mejores institutos del Mundo.

III.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA

III. 1. Perfil sociodemográfico de los usuarios

III. 1. a. Perfil de la procedencia de los pacientes atendidos.

El Instituto Nacional Materno Perinatal brinda atención altamente especializada a pacientes procedentes de todo el país en lo que respecta a la atención materna y Perinatal y a los niños de alto riesgo nacidos en la institución, hasta los cinco años de edad.

Todo paciente nuevo que solicita atención en la Institución llega por dos vías, Emergencia y Consultorios Externos, pasando por triaje donde un equipo de profesionales realiza un trabajo de evaluación integral del paciente. El trabajo diagnóstico permite referir a los pacientes al área donde será atendido.

Tabla N° 1. Procedencia de pacientes en Consultorios Externos. INMP. 2013.

Distrito De Procedencia	N	%
San Juan de Lurigancho	6280	24.5
Cercado de Lima	2766	10.8
San Martín de Porres	2243	8.8
La Victoria	1933	7.6
Ate	1633	6.4
El Agustino	1533	6.0
San Juan de Miraflores	1216	4.8
Villa El Salvador	1101	4.3
Rímac	999	3.9
Villa María del Triunfo	943	3.7
Chorrillos	881	3.4
Santa Anita	799	3.1
Comas	688	2.7
Independencia	610	2.4
San Luis	566	2.2
Los Olivos	488	1.9
Otros distritos	907	3.5
Total	25586	100

Tabla N° 2. Procedencia de pacientes en Hospitalización. INMP. 2013.

Distrito	N°	%
San Juan de Lurigancho	4002	23.47
Cercado de Lima	1300	7.62
San Juan de Miraflores	1038	6.09
Ate	1025	6.01
Villa El Salvador	873	5.12
La Victoria	863	5.06
San Martín de Porres	790	4.63
Chorrillos	760	4.46
Villa María del Triunfo	726	4.26
El Agustino	718	4.21
Santa Anita	575	3.37
Independencia	445	2.61
Los Olivos	406	2.38
Rímac	403	2.36
Comas	388	2.28
Santiago de Surco	361	2.12
Pachacamac	305	1.79
Puente Piedra	294	1.72
Lurigancho	284	1.67
Lurín	190	1.11
San Luis	181	1.06
Carabayllo	151	0.89
Otros distritos del Perú	974	5.71
Total	17052	100

De lo observado en las Tablas 1 y 2, se encontró que la mayor parte de pacientes que acuden al INMP proceden del distrito de San Juan de Lurigancho y del Cercado de Lima. El 26 % de nuestras usuarias son del distrito de San Juan de Lurigancho, esto se suscita por ser más accesible, ya que existen diversas líneas de transporte (combis o microbuses) que cruzan por la Institución.

Gráfico N° 1. Población en el Distrito de San Juan de Lurigancho



Es importante anotar que el distrito de San Juan de Lurigancho, actualmente debe de estar representando el 11.0% de la población de Lima Metropolitana (Provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao), y su volumen poblacional es cercano o mayor a los departamentos, como Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Moquegua, etc. En resumen San Juan de Lurigancho, es el distrito más poblado de Lima Metropolitana y el Perú.

En resumen, por accesibilidad, falta de hospitales con gran oferta en el área materna y perinatal, y sobre todo por su nivel de pobreza muy acentuado en comparación con el resto de distritos de Lima Metropolitana, San Juan de Lurigancho es nuestro principal cliente. Por ello hacemos un detalle adicional de sus características más importantes

Aspectos Geográficos del distrito de San Juan de Lurigancho.

Ubicación y Geografía: El distrito de San Juan de Lurigancho está ubicado al noreste de la Provincia de Lima, se desarrolla desde la margen derecha del río Rímac Hacia las elevaciones del Cerro Colorado Norte, flanqueado hacia el este por divisoria de Cerro Mirador, Ladrón, Pirámide y Cantería; por el oeste la divisoria la definen los Cerros Balcón, Negro, Babilonia.

La altura del territorio del distrito de San Juan de Lurigancho varía entre los 2240 m.s.n.m., en las cumbres del Cerro Colorado Norte y de 200 m.s.n.m que alcanza la ribera del río Rímac.

Sus límites son: Por el Norte con el distrito de San Antonio (provincia de Huarochirí), por el Este continua limitando con el distrito mencionado y el distrito de Lurigancho - Chosica, por el Sur con los distritos de El Agustino y Lima (teniendo como línea divisoria al río Rímac), por el Oeste con los distritos de Rímac, Independencia, Comas y Carabayllo de la misma provincia de Lima.

Morfología: Caracterizado por ser una zona de micro cuencas, con suelos pobres, de material erosionado y meteorizado que se ha depositado en las zonas de menor elevación. Las laderas que circundan las cuencas se encuentran en proceso erosionable, no solo por el clima seco sino por acción del hombre.

El relieve de su suelo es poco accidentado en más del 60% del área de la cuenca, lo que a permitido el desarrollo del núcleo urbano en forma longitudinal desde la rivera del río hacia las elevaciones superiores a los 350 m.s.n.m.

Superficie: El distrito de San Juan e Lurigancho tiene una superficie de 131.25 Km². (según la comisión de Intangibilidad de la MSJL), constituyendo el 4.91% del territorio de la Provincia de Lima y el 0.38% del Departamento de Lima.

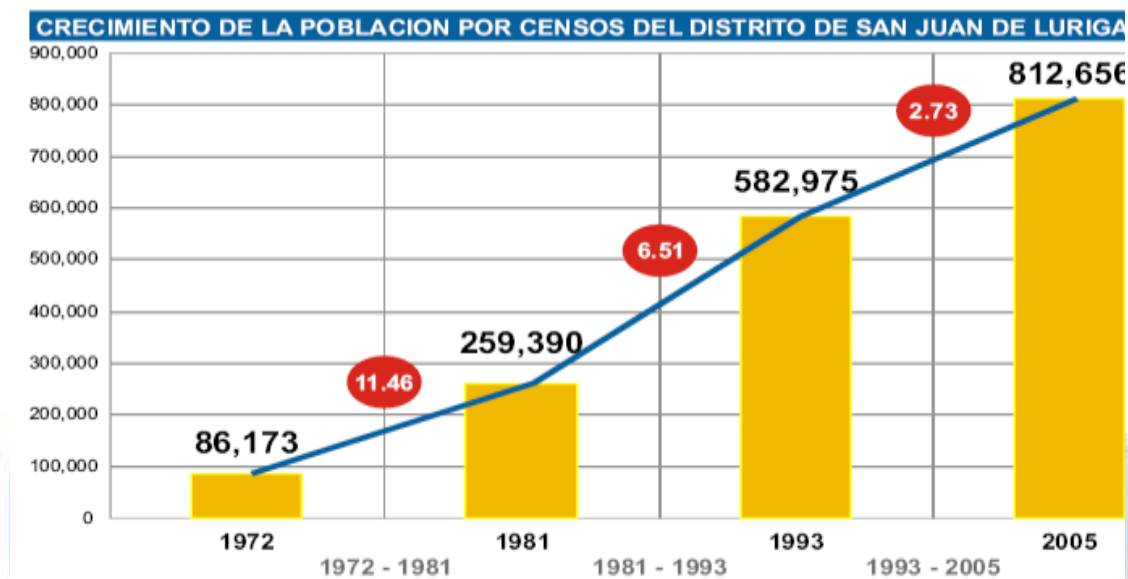
Clima: Su clima es de tipo desértico con muy escasas precipitaciones en invierno. La temperatura media oscila entre los 17° C. a 19° C.

Hidrografía: En el aspecto hidrográfico pueden notarse la presencia dinámica del río Rímac, pudiéndose observar en la morfología del terreno del ámbito Distrital las

torreteras de quebradas actualmente secas como las quebradas Canto Grande y Media Luna, las que en algún momento, regaron sus tierras.

Población y Crecimiento: La población del distrito de San Juan de Lurigancho, se ha incrementado en cerca de ocho veces en los últimos treinta años, al pasar de 89,206 en 1972, a 699,867 habitantes en 1998, constituyéndose en distrito más poblado del país, para el año 2007 se estimó una población de 1'898,443 habitantes aproximadamente.

Gráfico N° 2.



(*) Fuente Instituto Nacional de Estadístico e Informática.

Gráfico N° 3.

POBLACIÓN POR SEXO Y CATEGORIA DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO				
CATEGORÍA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	Porcentaje respecto al Total de la Población
Niños (0 - 12)	100,091	96,345	196,436	24.17
Adolescentes (13 - 18)	48,700	49,085	97,785	12.03
Jóvenes (19 - 34)	131,099	127,431	258,530	31.81
Adultos (35 - 64)	113,304	114,365	227,669	28.02
Ancianos (mas de 65)	16,188	16,048	32,236	3.97
TOTAL	409,382	403,274	812,656	100.00

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Censos Nacional 2005 X de Población y V de Vivienda
ELABORADO: Gerencia de Planificación - Sub Gerencia de Desarrollo Institucional y Cooperación Nacional e Internacional
NOTA: La categoría niños y adolescentes comprenden ese intervalo de edad, según el código del niño y de los adolescente del Perú

Gráfico N° 4. Pirámide poblacional de San Juan de Lurigancho.

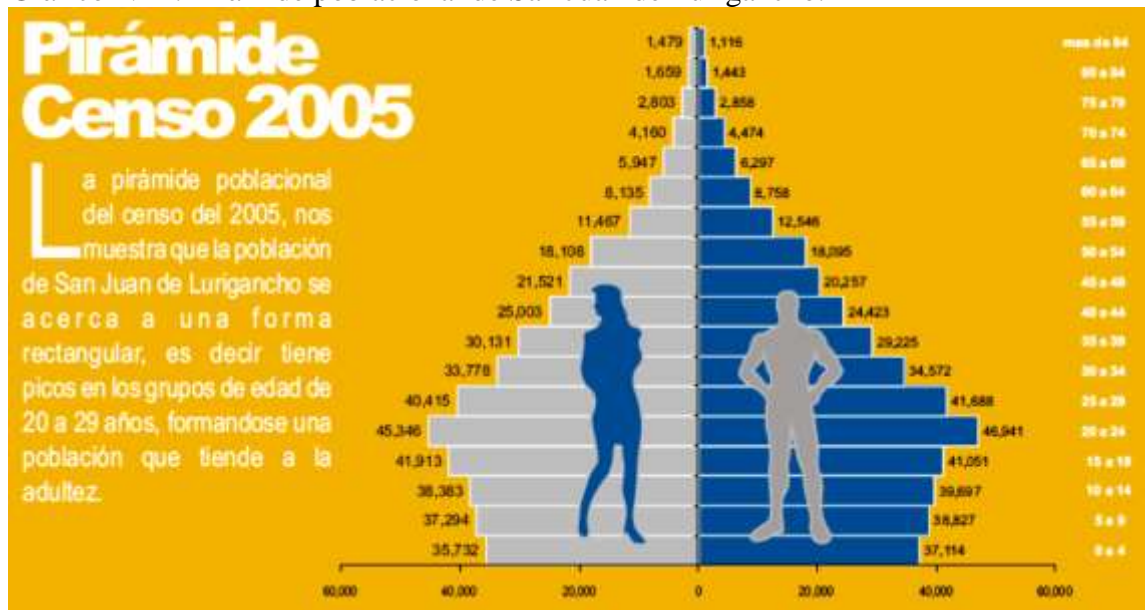
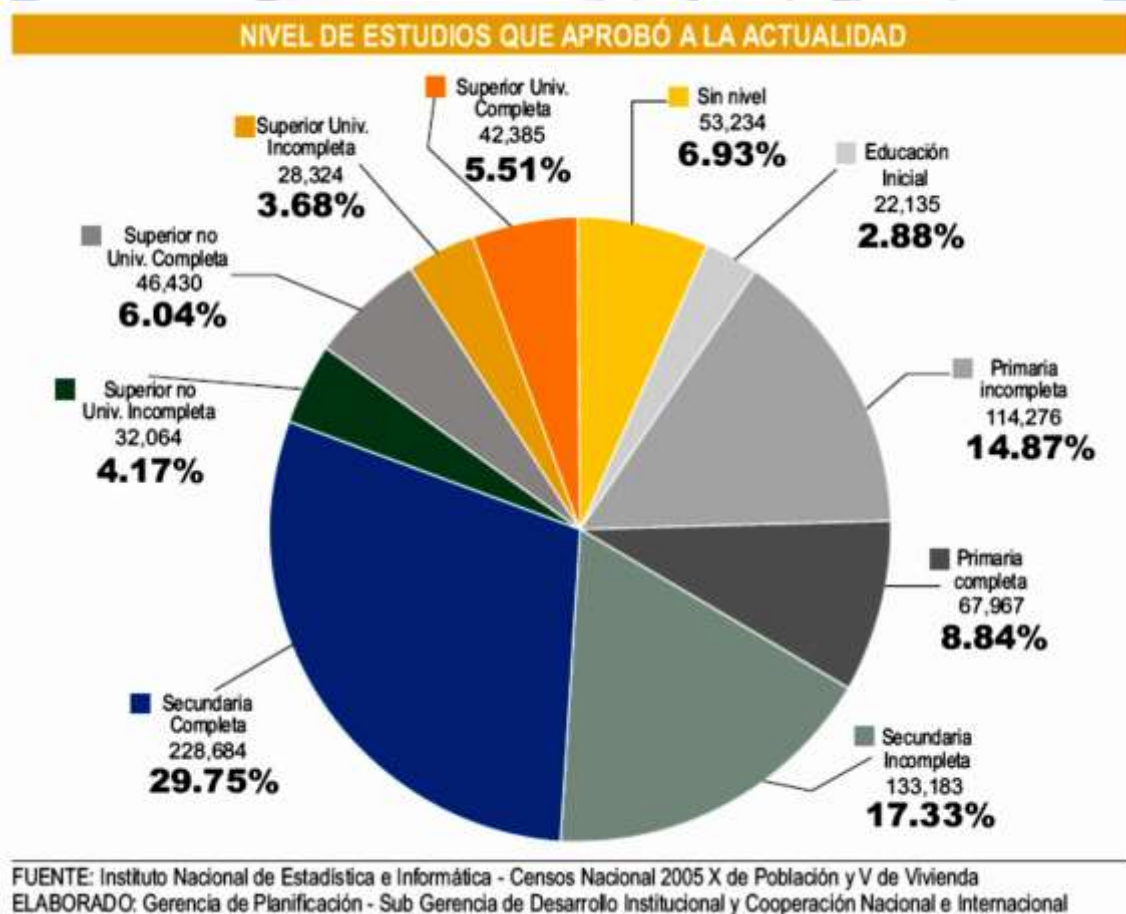


Gráfico N°5. Distribución de la población por grado de instrucción.



III.1.b. Perfil de la población por edad.

En los gráficos 6 y 7 se puede observar que el grupo etáreo de la población que acudió para la atención en Consultorios Externos y hospitalización de Obstétrica y Ginecológica durante el 2013 predominante fue el de 20 a 34 años, lo que está de acuerdo con la edad de mayor reproductividad. Sin embargo debemos hacer notar que el grupo de mujeres con edades mayores a 35 años ha estado incrementándose en la última década, fenómeno que podemos llamar, la transición epidemiológica de la salud materna en Lima, a ello hay que agregar que no es que las mujeres tengan más hijos en edades más tardías sino que muchas mujeres están retrasando al maternidad debido a su inclusión en la vida económica del Perú. Finalmente, el grupo de mujeres adolescentes que atendemos en el año 2013 correspondió al 12% en consulta externa y 17% de las pacientes hospitalizadas, lo que deja ver que este continua siendo un problema de salud pública, debiéndose impulsar la educación en salud sexual y reproductiva en los colegios en coordinación con el sector salud.

Gráfico N° 6. Distribución de pacientes que acuden a consultorios externos del INMP, por grupo etáreo

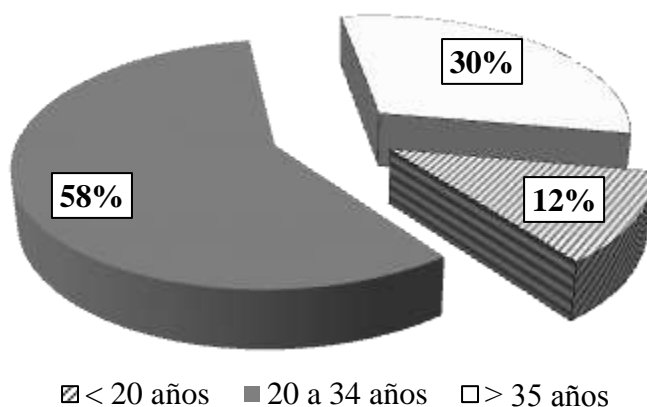
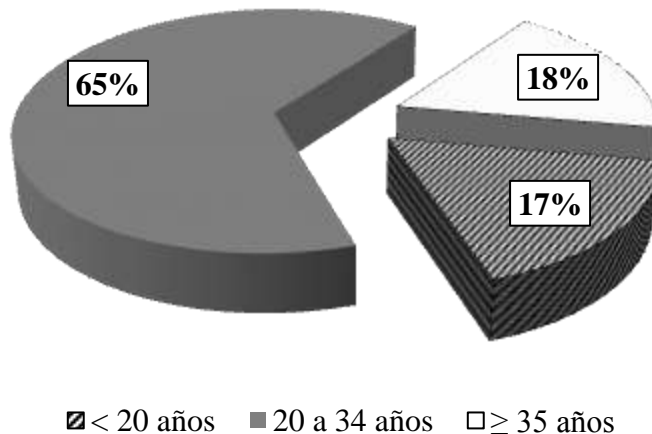


Gráfico N° 7. Distribución de egresos obstétricos del INMP, por grupo etáreo



III.1.c. Perfil de la población por estado civil.

En el gráfico 8 observamos que el 66% de nuestras usuarias en el área de Hospitalización son convivientes, y 14.8% casadas, correspondiendo entonces el 80.8% de nuestras pacientes a mujeres con unión estable.

Gráfico N° 8. Distribución de pacientes hospitalizados en el INMP por estado civil.



III.1.d. Perfil de la población por grado de instrucción

En el gráfico N° 9 vemos que la población que acude al INMP en un 73.2% tiene instrucción secundaria, y el 91.3 % corresponden a mujeres que tienen educación secundaria o mayor a esta.

En los últimos años se observa que la población que acude al INMP tiene un grado de instrucción mayor, que está en relación con la mejora de la situación económica del país, y por lo cual esperamos que las pacientes tengan mayor control médico y se presenten menos complicaciones graves del embarazo.

Gráfico N° 9. Distribución de pacientes hospitalizadas en el INMP por grado de instrucción.



III.1.e. Análisis de las Referencias y Contrarreferencias.

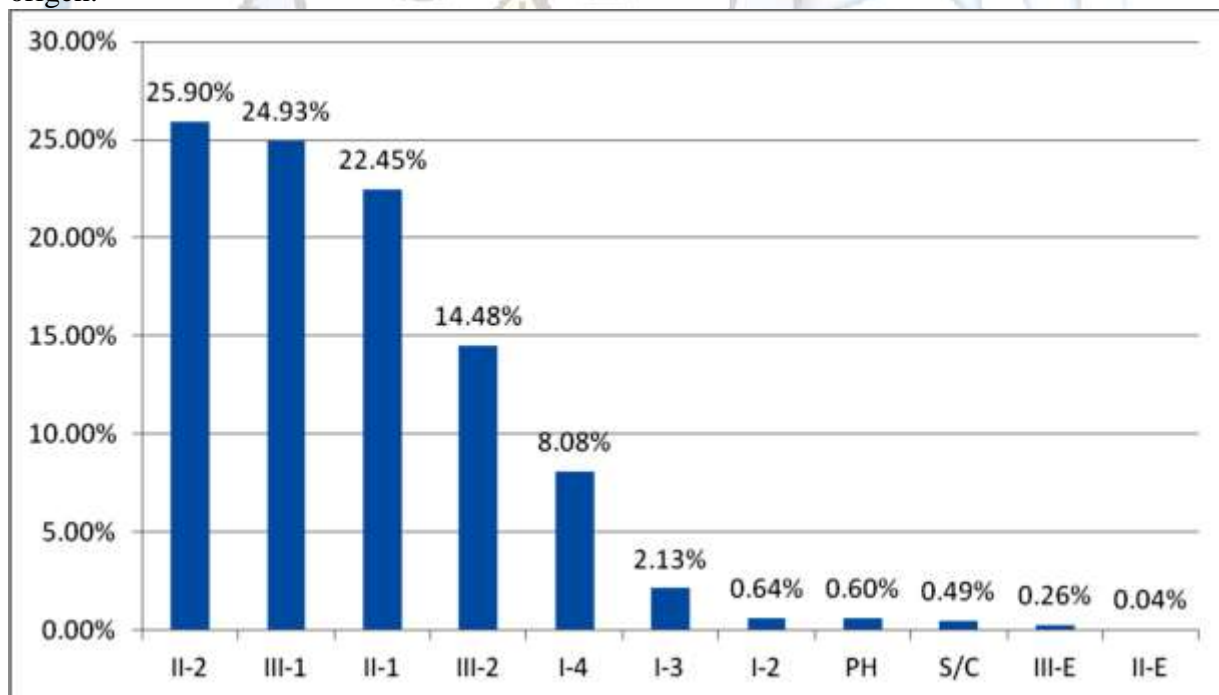
El sistema de referencia y contrarreferencia en Lima ha mejorado progresivamente con la participación de los médicos del CENARUE, quienes se encargan de hacer las coordinaciones respectivas con los establecimientos que nos refieren pacientes, permitiendo un manejo previo más adecuado, y preparando al establecimiento de referencia para las emergencias que tenga que atender.

En el año 2013, la Oficina de CENARUE del INMP recibió un total de 2672 solicitudes de referencia, de las cuales 2320 (86.83%) correspondieron a referencias externas, y 352 (13.17%) correspondieron a solicitudes de referencia que hace el INMP para referir pacientes a otras instituciones.

La mayor parte de las solicitudes de referencia corresponden a gestantes 77.4%, y luego a neonatos en un 16.2%. Casi la totalidad de las solicitudes de referencia necesitaban atención por emergencia.

En el gráfico N° 10 se observa la distribución de la solicitud de referencia según el nivel de complejidad del establecimiento de origen.

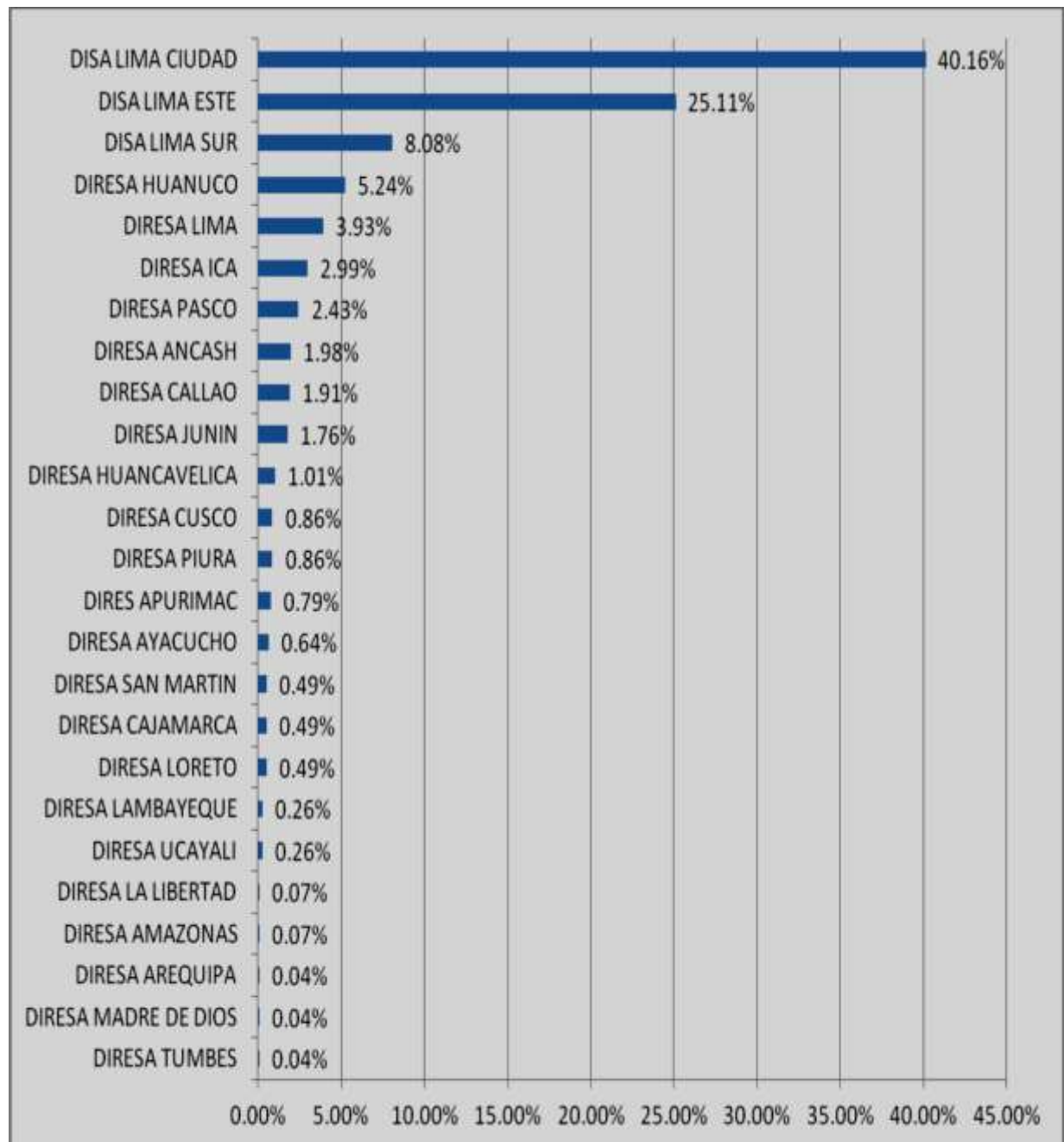
Gráfico N° 10. Distribución de solicitud de referencia según tipo de establecimiento de origen.



Fuente: Base de datos UCR INMP 2013

En el gráfico N° 11 vemos la distribución de las solicitudes de referencia según la procedencia.

Gráfico N° 11. Distribución de solicitud de referencia según procedencia.



Fuente: Base de datos UCR INMP 2013

Tabla N° 3. Solicitudes de referencia según especialidad médica.

DEMANDA SEGÚN ESPECIALIDAD MEDICA	TOTAL	%
MEDICINA INTENSIVA NEONATAL	1153	43.15%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	963	36.04%
MEDICINA INTENSIVA MATERNA	132	4.94%
NEONATOLOGIA	84	3.14%
CIRUGIA PEDIATRICA	53	1.98%
CIRUGIA GENERAL	45	1.68%
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	43	1.61%
NEUROCIRUGIA	31	1.16%
HEMATOLOGIA	19	0.71%
MEDICINA INTERNA	16	0.60%
PEDIATRIA	16	0.60%
MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA	13	0.49%
CARDIOLOGIA	11	0.41%
MEDICINA INTENSIVA ADULTOS	11	0.41%
ONCOLOGIA MEDICA	11	0.41%
OFTALMOLOGIA	9	0.34%
NEFROLOGIA	8	0.30%
NEUROLOGIA	8	0.30%
RADIOLOGIA	7	0.26%
CIRUGIA TORAX Y CARDIOVASCULAR	5	0.19%
NEUMOLOGIA	5	0.19%
GASTROENTEROLOGIA	4	0.15%
TRAUMATOLOGIA	4	0.15%
UROLOGIA	3	0.11%
NEUMOLOGIA PEDIATRICA	2	0.07%
NEFROLOGIA PEDIATRICA	2	0.07%
INFECTOLOGIA	2	0.07%
CIRUGIA PLASTICA	2	0.07%
PATOLOGIA CLINICA	1	0.04%
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	0.04%
MEDICINA INTENSIVA / TRAUMA SHOCK	1	0.04%
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	1	0.04%
ENDOCRINOLOGIA	1	0.04%
DERMATOLOGIA PEDIATRICA	1	0.04%
CIRUGIA PLASTICA / QUEMADOS	1	0.04%
CIRUGIA ONCOLOGICA	1	0.04%
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO	1	0.04%
ANESTESIOLOGIA	1	0.04%
TOTAL	2672	100.00%

Tabla N° 4. Distribución de las referencias según patología.

DEMANDA FRECUENTE	SEGÚN PATOLOGIA	MAS	TOTAL	%
OTRAS PATOLOGIAS			1132	42.37%
PREECLAMPSIA SEVERA			315	11.79%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS			302	11.30%
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO			225	8.42%
TRABAJO DE PARTO PREMATURO			143	5.35%
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL RECIEN NACIDO			126	4.72%
OLIGOHDRAMNIOS			109	4.08%
TRABAJO DE PARTO A TERMINO (FASE LATENTE Y ACTIVA)			104	3.89%
SEPSIS NEONATAL			78	2.92%
PLACENTA PREVIA			71	2.66%
DESPROPORCION (MACROSOMIA Y PELVIS ESTRECHA)			67	2.51%
CEFALOPELVICA				
TOTAL			2672	100.00%



III.2. Morbilidad Hospitalaria.

III.2.1. Egresos hospitalarios..

Se ha observado un aumento de los egresos en Gineco Obstetricia y en Neonatología en relación al año pasado, pero todavía se mantiene una tendencia a la disminución si hacemos la comparación con lo observado en el año 2010. Lo que se puede ver en la tabla 5.

Tabla N° 5. Egresos hospitalarios por servicios, periodo 2010 - 2013

Egresos Hospitalarios	2010	2011	2012	2013
Gineco Obstetricia	21636	19429	20215	21129
Neonatología	2834	2230	2333	2433

III.2.2. Morbilidad en servicios de hospitalización.

III.2.2.a. Ginecología

La mayoría de las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología tienen cirugías electivas; siendo la Miomatosis Uterina la patología más frecuente, como se sabe hasta cerca al 50% de mujeres pueden tener esta enfermedad en forma sintomática y asintomática, y hasta la mitad de todas ellas requerirán de tratamiento quirúrgico.

En segundo lugar están las pacientes con problemas de infertilidad de causa tubárica, quienes en la mayoría de los casos son sometidas a procedimientos de Laparoscopia diagnóstico y terapéutica.

Tabla N° 6. Principales Diagnósticos Egreso Ginecología 2012 - 2013

Diagnóstico de Egreso	2012		2013	
	N°	%	N°	%
Miomatosis uterina	233	20.3	241	20.4
Infertilidad femenina de origen tubárico	101	8.8	115	9.8
Quiste ovárico	88	7.7	84	7.1
Embarazo ectopico	54	4.7	60	5.1
Prolapso genital	48	4.2	53	4.5
Pólipo del Cuerpo del útero	46	4	51	4.3
Adherencias peritoneales pélvicas femeninas	41	3.6	48	4.1
Hiperplasia Endometrial	39	3.4	34	2.9
Displasia cervical	33	2.9	25	2.1

III.2.2.b. Obstetricia

La mayor parte de pacientes que tienen hospitalización en los Servicios de Obstetricia son por motivo de trabajo de parto, sin embargo muchos de ellos presentan complicaciones asociadas al embarazo, parto o puerperio. En la tabla N° 7 observamos los principales diagnósticos de patología obstétrica de los últimos 2 años.

Tabla N° 7. Diagnósticos de patología obstétrica de Egreso en el INMP. 2012 – 2013

Diagnóstico	2012		2013	
	N°	%	N°	%
Infecciones maternas	2449	12.86	2510	12.6
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	1572	8.26	1611	8.1
Aborto	885	5	669	3.5
Hemorragia Obstétrica	562	2.95	589	3
Total de Egresos	19031	100	19950	100

Las patologías que vemos con más frecuencia entre las gestantes hospitalizadas son los problemas infecciosos, correspondiendo la mayor parte de las mismas a pacientes que presentan ruptura prematura de membranas (RPM) y Corioamnionitis, aunque debemos tener en cuenta que no siempre los casos de RPM están asociados a problemas de índole infecciosa.

Otra causa importante de hospitalización de gestantes son los Trastornos Hipertensivos del embarazo, correspondiendo al 8.1% de las pacientes obstétricas hospitalizadas, y quienes pueden presentar complicaciones serias que afectan la salud materna y perinatal.

Los abortos corresponden al 3.5 % de las pacientes obstétricas hospitalizadas, sin embargo debemos mencionar que la mayor parte de los casos tienen manejo ambulatorio en el servicio de Emergencia, hospitalizándose generalmente las pacientes con complicaciones hemorrágicas o infecciosas, y aquellas con gestaciones mayores a 13 semanas.

Los casos de Hemorragia Obstétrica son la patología obstétrica que se presenta en menor porcentaje, sin embargo implican una alta morbilidad, teniendo muchas de ellas la necesidad de hospitalizarse en Cuidados Intensivos.

En las siguientes tablas observamos la distribución de patologías en cada grupo asociado.

Tabla N° 8. Distribución de la Enfermedad hipertensiva del embarazo en el INMP.

Diagnóstico	2012		2013	
	N°	%	N°	%
Preeclampsia	1490	94.8	1522	94.5
Eclampsia	21	1.3	24	1.5
Síndrome de HELLP	61	3.9	65	4

Tabla N° 9. Distribución de la Hemorragia Obstétrica según causa en el INMP.

Diagnóstico	2012		2013	
	N°	%	N°	%
Hemorragia posparto	302	53.7	319	54.2
Placenta Previa	131	23.3	143	24.3
DPP	93	16.5	90	15.3
Ruptura Uterina	24	4.3	26	4.4
Shock Hipovolémico	12	2.1	11	1.9

Tabla N° 10. Distribución según tipo de Aborto en el INMP.

Diagnóstico	2012		2013	
	N°	%	N°	%
Aborto incompleto	424	47.9	347	51.8
Aborto frustrado	187	21.1	117	17.5
Aborto incompleto infectado	39	4.4	26	3.8
Embarazo ectópico	25	2.8	23	3.4
Otros	210	23.7	156	23.3

Tabla N° 11. Distribución según tipo de infección obstétrica en el INMP.

Diagnóstico	2012		2013	
	N°	%	N°	%
RPM - Corioamnionitis	1465	59.8	1509	60.1
ITU	825	33.7	841	33.5
Sepsis	79	3.2	81	3.2
Shock Séptico	62	2.5	64	2.5
VIH	18	0.7	15	0.6

III.2.2.c. Neonatología.

La mayor parte de neonatos que necesitan hospitalización son prematuros, los cuales generalmente tienen estancias hospitalarias prolongadas, y presentan varias complicaciones durante su hospitalización.

Las patologías más frecuentemente encontradas entre los neonatos hospitalizados corresponden tanto los problemas infecciosos, como los cuadros de Síndrome de Dificultad Respiratoria, en especial a los prematuros, en quienes tanto el sistema respiratorio como el inmunológico están todavía en desarrollo.

Otro motivo frecuente de hospitalización son los casos de Hiperbilirrubinemia.

Tabla N° 12. Patología de Egreso Neonatología INMP. 2012 - 2013

Diagnóstico de egreso	2012		2013	
	N°	%	N°	%
SDR	701	30	721	29.6
TTRN (P221)	488	20.9	520	21.4
EMH (P220)	105	4.5	101	4.2
SAM (P241)	55	2.3	49	2
Neumonía - Bronconeumonía (P239)	42	1.8	36	1.5
Neumotorax (P251)	11	0.4	15	0.6
INFECCION	939	40.2	915	37.6
Sepsis (P369)	844	36.2	833	34.2
NEC (P77)	10	0.4	8	0.3
Sífilis (A50 - A53)	77	3.3	69	2.8
VIH (RN de madre con VIH+)	8	0.3	5	0.2
TRASTORNO METABOLICO	228	9.7	206	8.5
Hipoglicemia (P704)	188	8	172	7.1
Hiperglicemia (R739)	40	1.7	34	1.4
TRASTORNOS HEMATOLOGICOS	81	3.5	87	3.6
CID (P60)	12	0.5	15	0.6
Anemia (P614)	69	2.9	72	3
HIPERBILIRRUBINEMIA	993	42.5	1036	42.6
Incompatibilidad ABO (P551)	41	1.7	38	1.6
Incompatibilidad Rh (P550)	2	0.1	3	0.1
Otras hiperbilirrubinemias (P599)	950	4.7	995	40.9
TRASTORNOS NEUROLOGICOS	6	0.3	5	0.2
Hemorragia Intra ventricular (P523)	5	0.2	4	0.2
Síndrome Convulsivo (P90x)	1	0.0	1	0.0
MALF. CONGENITAS QUIRURGICAS	15	0.6	18	0.7
Onfalocele (Q792)	1	0.0	2	0.0
Gastrosquisis (Q793)	1	0.0	1	0.0
Hidrocefalia (G911)	13	0.5	15	0.5
SINDROMES CROMOSOMICOS				
Síndrome Down	29	1.2	26	1.2

III.2.3. Morbilidad en Consultorios externos.

III.2.3.a. Morbilidad en Consultorios de Obstetricia.

La mayor parte de atenciones prenatales en el INMP corresponden a control prenatal de pacientes de bajo riesgo, quienes acuden a nuestra institución por el prestigio ganado; lo que evidencia que falta mejorar el sistema de red del MINSA. Sin embargo debemos tener en cuenta que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio se pueden presentar en todas las gestantes sin tener la necesidad de haber sido consideradas de alto riesgo.

Debemos considerar que muchas de las referencias de otros establecimientos de salud se atienden directamente por emergencia y se hospitalizan, por lo que no vemos un mayor porcentaje de embarazos de alto riesgo en la consulta externa.

En la tabla N° 13 podemos observar que ha habido un incremento de las atenciones prenatales en relación con lo observado en el año 2012.

Tabla N° 13. Diagnósticos más frecuentes en la Atención prenatal del INMP.2012 – 2013.

Diagnóstico	2012		2013	
	Nro	%	Nro	%
Supervisión de embarazos normales	18766	40.25	19,890	42.2
Supervisión del embarazo de alto riesgo	6389	13.7	7,109	15.1
Supervisión de primigesta muy joven	1105	2.37	1,307	2.7
Infección urinaria en el embarazo	488	1.05	565	1.2
Atención por cesareada anterior	255	0.55	279	0.6
Anemia que complica el parto y puerperio	196	0.42	234	0.5

Tabla N° 14. Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Puerperio INMP. 2012-2013.

Diagnóstico	2012		2013	
	N°	%	N°	%
Seguimiento postparto, (Cesárea)	1,303	31.45	1686	38.19
Seguimiento postparto, de rutina	903	21.80	1094	24.78
Cuidado posterior a la cirugía, no especificado	444	10.72	165	3.74
Prueba y ajuste de dispositivo no especificado	89	2.15	120	2.72
Esterilización	91	2.20	94	2.13
Atención de apósitos y suturas	61	1.47	85	1.93
Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	40	0.97	78	1.77
Seguimiento consecutivo a cirugía por tumor	25	0.60	55	1.25
Anemia que complica el embarazo parto y puerperio	23	0.56	43	0.97
Otros	1163	28.08	995	22.54
Total	4142	100	4415	100

III.2.3.b. Morbilidad en Consultorios de Ginecología

En consultorio de Ginecología se observa una disminución en el total de atenciones al hacer la comparación con el año 2012. Dentro de las patologías más observadas en consultorio están los procesos infecciosos, como ITU o vulvovaginitis, como se observa en la tabla N° 15

Tabla N°15. Diagnósticos más frecuentes en Consultorios de Ginecología 2012 - 2013

Diagnóstico	2012		2013	
	Nro	%	N°	%
Infección de vías urinarias sitio no especificado	2994	11.7	2479	10.3
Estados menopaúsicos y climaterio femeninos	2381	9.3	1687	7
Cuidado posterior a la Cirugía	1884	7.4	1834	7.6
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	1848	7.2	1858	7.7
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	1067	4.2	1338	5.5
Displasia cervical leve	1009	4.0	1009	4.2
Supervisión post AMEU	1001	3.9	1143	4.7
Enfermedad inflamatoria pélvica	812	3.2	905	3.7
Infertilidad femenina de origen tubárico	795	3.1	822	3.4
Leiomioma del útero	773	3.0	882	3.7
Infertilidad femenina no especificada	601	2.4	601	2.5
Hemorragia uterina anormal	457	1.8	454	1.9
Amenorrea secundaria	427	1.7	427	1.8
Mastopatía quística difusa	426	1.7	315	1.3
Abortadora habitual	288	1.1	311	1.3
Infección por Papiloma Virus	227	0.9	255	1.1
Estados asociados con menopausia artificial	181	0.7	159	0.7
Quiste ovárico	172	0.7	188	0.8
Otros trastornos menopaúsicos y perimenopaúsicos especificados	153	0.6	125	0.5
Tumor de comportamiento incierto de la mama	91	0.4	99	0.4
Displasia cervical moderada	80	0.3	90	0.4
Otros diagnósticos	7833	30.7	7179	29.7
Total	25500	100	24160	100

Debemos mencionar que en el INMP, los consultorios de Ginecología se han dividido por las siguientes especialidades: Ginecología General, Oncología Ginecológica, Reproducción Humana, Climaterio y Uroginecología; así en las siguientes tablas se muestran los diagnósticos más frecuentes en cada uno de estos consultorios.

Tabla N°16. Diagnósticos más frecuentes en Consultorios de Ginecología General del INMP.

Diagnóstico	2012		2013	
	Nro	%	N°	%
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	1830	15.96	1659	15.3
Supervisión post AMEU	966	8.42	1099	10.14
Cuidado posterior a la Cirugía	869	7.58	966	8.91
Enfermedad inflamatoria pélvica	812	7.08	905	8.35
Leiomioma del útero	630	5.49	755	6.96
Infección de la vías urinarias	555	4.84	688	6.35
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	488	4.25	533	4.92
Estados menopaúsicos y climatericos femeninos	428	3.73	366	3.38
Amenorrea secundaria	379	3.30	288	2.66
Hemorragia uterina anormal	335	2.92	266	2.45
Quistes ováricos	172	1.50	188	1.73
Otras causas	4005	34.92	3128	28.85
Total	11469	100.0	10841	100

Como se aprecia en la tabla anterior los problemas infecciosos son la principal causa por la que las pacientes acuden a consultorio de Ginecología General.

Tabla N°17. Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Climaterio del INMP. 2012 - 2013.

Diagnóstico	2012		2013	
	Nro	%	N°	%
Estados menopaúsicos y climaterio femeninos	1544	67.96	1399	69.39
Estados asociados con menopausia artificial	179	7.88	159	7.89
Otros trastornos menopaúsicos y perimenopaúsicos especificados	153	6.73	125	6.2
Menstruación excesiva, frecuente e irregular	109	4.80	98	4.86
Cuidado posterior a la Cirugía	42	1.85	36	1.79
Prolapso genital no especificado	38	1.67	25	1.24
Prolapso uterovaginal completo	33	1.45	30	1.49
Vaginitis atrófica postmenopáusica	29	1.28	28	1.39
Leiomioma del útero	25	1.10	23	1.14
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	18	0.79	20	0.99
Otras causas	102	4.49	73	3.62
Total	2272	100	2016	100

El Servicio de Reproducción Humana se ha fortalecido en el último trimestre del 2103, mejorándose su infraestructura, adquiriéndose equipamiento y capacitando al personal de manera que se puedan hacer procedimientos de baja y alta complejidad en el manejo de infertilidad en el 2014. De esta manera se espera que haya un incremento en la demanda de este servicio, al haberse mejorado la oferta.

Tabla N°18. Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Reproducción Humana del INMP 2012 - 2013.

Diagnóstico	2012		2013	
	Nro	%	N°	%
Infertilidad femenina de origen tubárico	795	24.13	822	24.49
Infertilidad femenina no especificada	601	18.24	666	19.84
Infertilidad femenina asociada con falta de ovulación	382	11.59	365	10.87
Abortadora habitual	288	8.74	311	9.26
Infertilidad femenina de origen uterino	172	5.22	160	4.77
Investigación y prueba de procreación	101	3.07	99	2.95
Supervisión de embarazo con historia de infertilidad	76	2.31	80	2.38
Infertilidad asociada a factor masculino	61	1.85	71	2.11
Amenorrea secundaria	48	1.46	55	1.64
Cuidado posterior a la Cirugía	46	1.40	50	1.49
Otras causas	725	22	734	21.86
Total	3295	100	3413	100

Tabla N°19. Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Uroginecología del INMP.

Diagnóstico	2012		2013	
	Nro	%	N°	%
Infección de las vías urinarias	2234	79.73	2479	81.84
Vaginitis aguda (vulvovaginitis)	195	6.96	199	6.57
Cuidado posterior a la Cirugía	61	2.18	81	2.67
Prolapso genital no especificado	37	1.32	55	1.82
Supervisión post AMEU	35	1.25	44	1.45
Hemorragia Vaginal y Uterina Anormal	29	1.03	35	1.16
Leiomioma del útero	16	0.57	21	0.69
Otras causas	195	6.96	115	3.8
Total	2802	100	3029	100

Tabla N°20. Diagnósticos más frecuentes en Consultorio de Oncológica Ginecologica del INMP.

Diagnóstico	2012		2013	
	Nro	%	N°	%
Displasia cervical leve	1009	17.82	1001	20.36
Cuidado posterior a la Cirugía	866	15.29	701	14.26
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino			433	8.81
Enfermedad inflamatoria pélvica	579	10.23		
Mastopatía quística difusa	426	7.52	315	6.41
Estados menopaúsicos y climaterio femeninos	409	7.22	288	5.86
Infección por Papiloma Virus	277	4.89	255	5.19
Infección de las vías urinarias	205	3.62	224	4.56
Molusco contagioso	136	2.40	179	3.64
Hemorragia uterina anormal	122	2.15	188	3.82
Leiomioma del útero	102	1.80	106	2.16
Tumor de comportamiento incierto de la mama	91	1.61	99	2.01
Displasia cervical moderada	80	1.41	90	1.83
Tumor maligno de cuello uterino	76	1.34	83	1.69
Abdomen Agudo	75	1.32	66	1.34
Otras causas	1209	21.35	888	18.06
Total	5662	100	4916	100

Como se observa entre los diagnósticos más frecuentes en la Unidad de Oncología Ginecológica están las lesiones premalignas de cáncer de cérvix (como displasia leve, infección por Papiloma virus, displasia moderada), las cuales son detectadas por colposcopia; se espera lograr una mayor detección de lesiones premalignas que permitan dar un manejo oportuno, y no tener que tratar pacientes con casos de cáncer avanzado.

III.2.3.c. Morbilidad en Consultorios de Pediatría

Como observamos en la tabla 21, la consulta externa pediátrica corresponde en su mayoría a los controles de seguimiento de neonatos de alto riesgo (en su mayoría prematuros); y dentro de las patologías más frecuentes están las afecciones del sistema respiratorio.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que el INMP orienta la atención hacia los neonatos de alto riesgo, presentando algunos de ellos patología crónica o secuelas neurológicas que ameritan manejo prolongado. En las tablas 22 y 23 se muestran los principales diagnósticos reportados en el consultorio de Medicina Física.

Tabla N°21. Diagnósticos más frecuentes en Consultorio Neonatal 2013

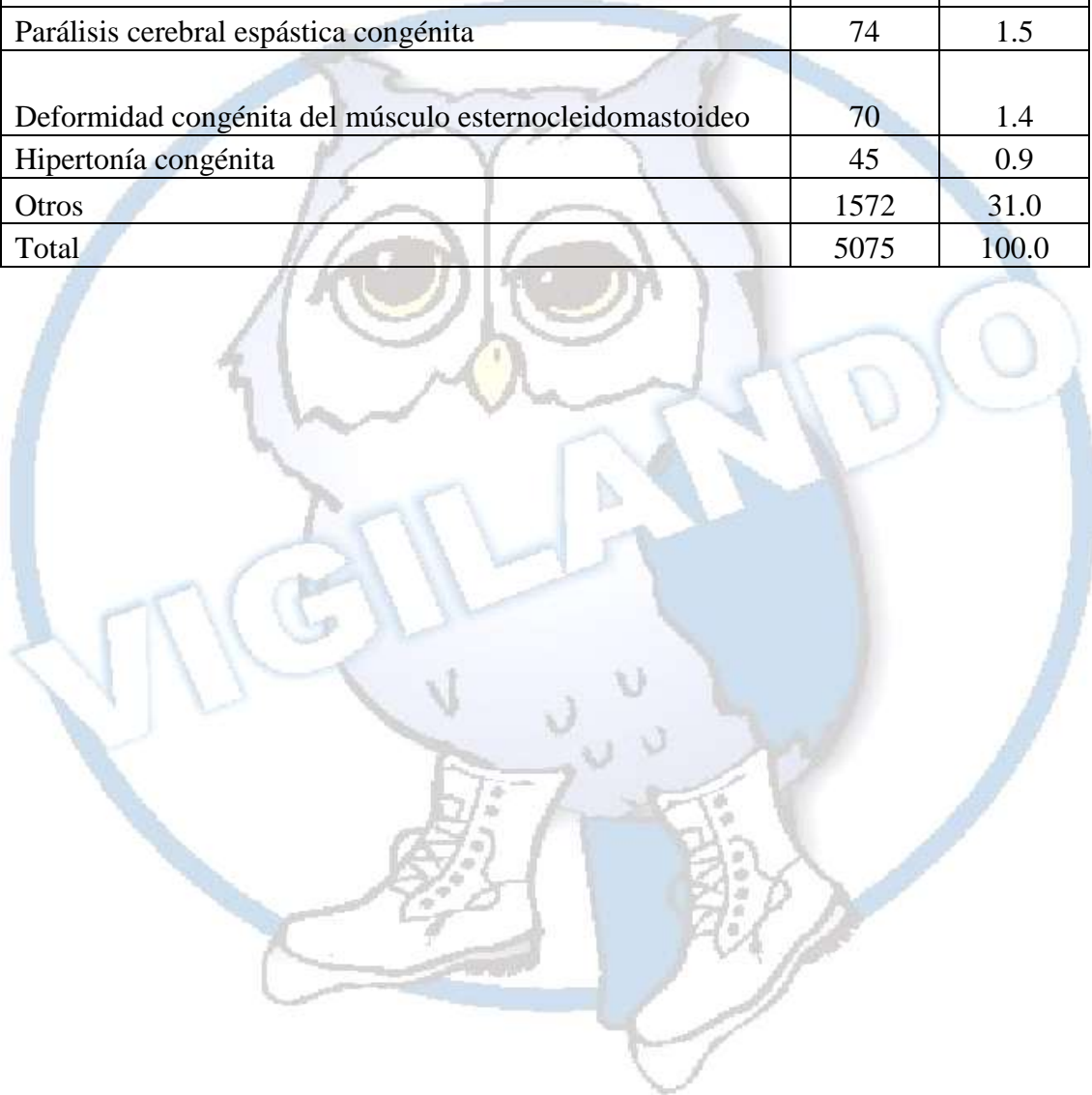
Diagnóstico	Nro	%
Control de atención y supervisión de la salud	8444	55.4
Rinofaringitis aguda	1899	12.5
Bronquitis aguda	969	6.4
Otras infecciones de vías respiratorias superiores no especificada	466	3.1
EDA	449	2.9
Hipertonía congénita	379	2.5
Ictericia neonatal	369	2.4
Faringoamigdalitis	301	2.0
Faringitis aguda no especificada	301	2.0
VIH	179	1.2
Rinitis alérgica	166	1.1
Otros	1324	8.7
Total	15246	100.0

Tabla N°22. Principales motivos de consulta en Rehabilitación 2013

Diagnóstico	Nro	%
Hipertonía congénita	325	21.6
Trastorno específico del desarrollo de la función	261	17.3
Retardo del desarrollo	166	11.0
Historia personal de otros factores de riesgo	155	10.3
Síndrome de Down	135	9.0
Trastorno específico mixto del desarrollo	125	8.3
Cadera inestable	113	7.5
Otras deformidades congénitas de la cadera	102	6.8
Peso extremadamente bajo al nacer	44	2.9
Pie Plano	25	1.7
Otros	55	3.7
Total	1506	100.0

Tabla N°23. Principales motivos de consulta en Terapia Física 2013

Diagnóstico	Nro	%
Trastorno específico del desarrollo de la función	1533	30.2
Otros trastornos del tono muscular en el RN	1189	23.4
Trisomía 21, por falta de disyunción meiótica	264	5.2
Peso extremadamente bajo al nacer	233	4.6
Síndrome de Down	95	1.9
Parálisis cerebral espástica congénita	74	1.5
Deformidad congénita del músculo esternocleidomastoideo	70	1.4
Hipertonía congénita	45	0.9
Otros	1572	31.0
Total	5075	100.0



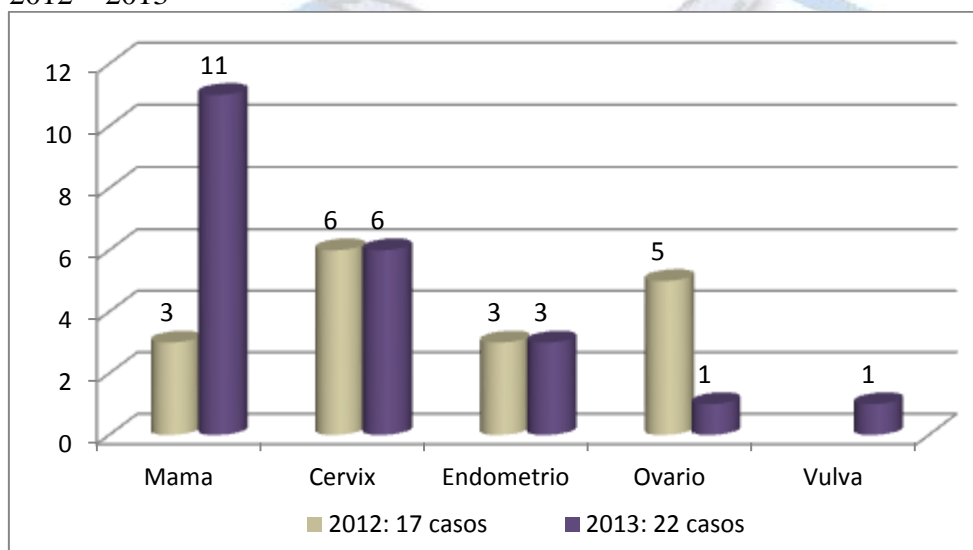
III.3. Perfil epidemiológico de enfermedades sujetas a vigilancia.

III.3.1. Vigilancia de Cáncer Ginecológico.

La vigilancia de casos de cáncer se viene realizando por revisión de las historias de los casos hospitalizados desde el 2012 a cargo de la Oficina de Epidemiología.

A continuación mostramos la distribución de los casos de cáncer en el periodo 2012 – 2013, según órgano de afección, observando que la localización más frecuente fue en mama y luego en cérvix uterino.

Gráfico N° 12. Distribución según localización de Cáncer Ginecológico. INMP Periodo 2012 – 2013



Cuando revisamos estos casos, observamos que el motivo de primera consulta de estas pacientes fue por cuadro clínico en el 84.6% de los casos, hallazgo incidental por examen de imágenes en el 10.3%, y detección por prueba de tamizaje en el 5.1%.

Tabla N° 24

Estadio clínico establecido en el momento de diagnóstico. INMP 2012 - 2013

Estadio clínico	N°	%
0	5	12.8%
I	16	41%
II	10	25.6%
III	5	12.8%
IV	3	7.7%

Con los datos anteriores podemos concluir, que es necesario promover la prevención de cáncer entre nuestras pacientes, para lograr más diagnósticos mediante pruebas de tamizaje, que a la vez nos deben permitir identificar casos de cáncer en estadios iniciales. Además de evaluar la incorporación de nuevas pruebas diagnósticas como la detección del PVH para casos de cáncer de cérvix, y la adquisición de mamografía para la detección de cáncer de mama.

III.3.2. Vigilancia de VIH –SIDA y Sífilis.

De la vigilancia epidemiológica de VIH –SIDA y Sífilis, se evidencia una tendencia a la disminución de los casos identificados en el INMP, esto puede estar explicado porque los otros establecimientos de menor complejidad están empezando a manejar estos casos sin necesidad de estar refiriéndolos innecesariamente, esto se aprecia en los siguientes gráficos.

Gráfico N° 13. Gestantes con diagnóstico de VIH en el INMP

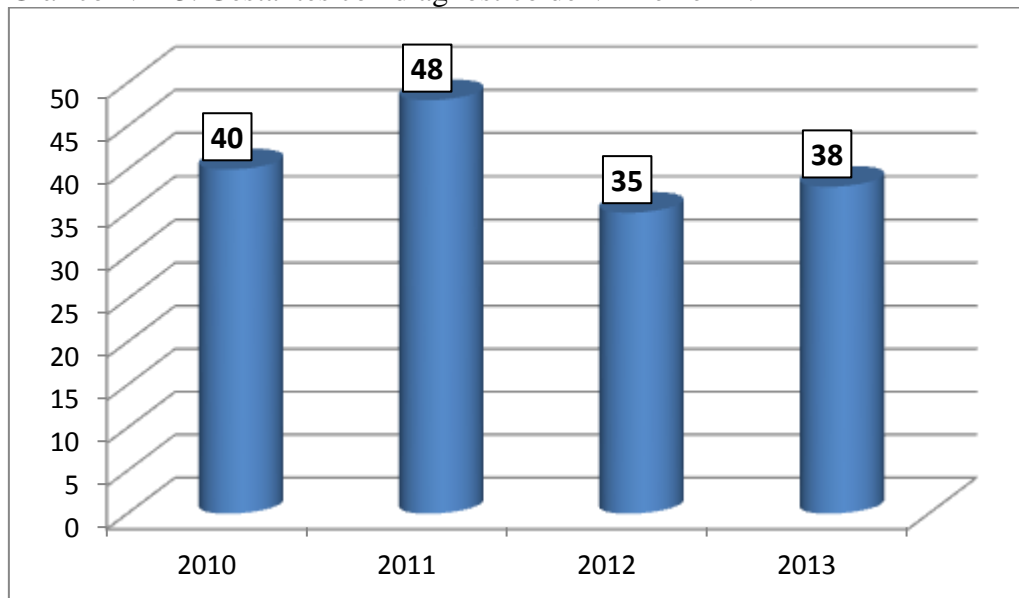
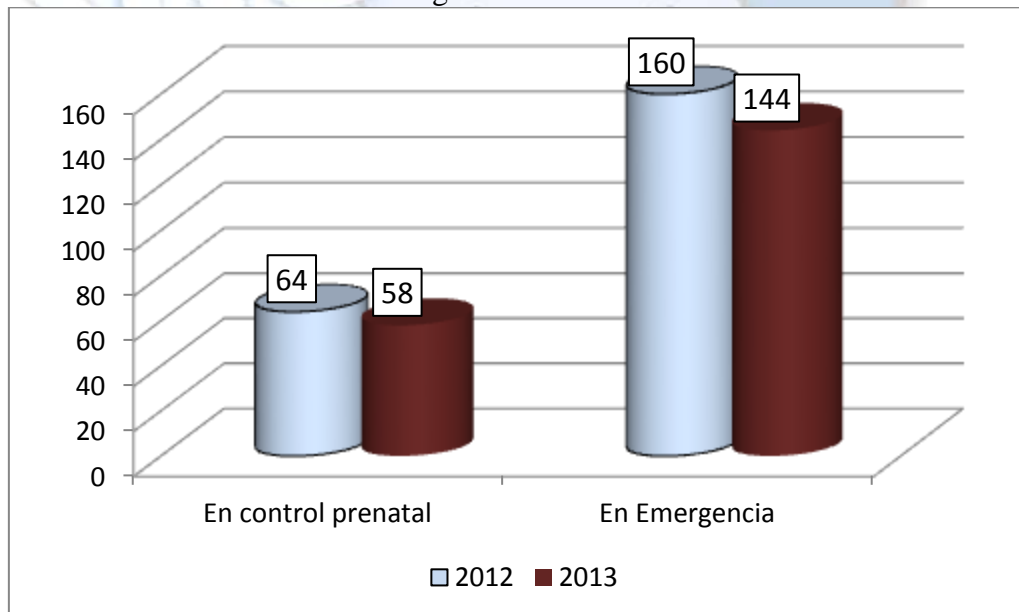


Gráfico N° 14. Gestantes con diagnóstico de Sífilis en el INMP



III.3.3. Vigilancia de Tuberculosis.

La vigilancia epidemiológica de casos de Tuberculosis se viene realizando desde mayo del 2013, de acuerdo a lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 053 MINSA/DGE-V.01 Directiva Sanitaria para la notificación de casos en la vigilancia epidemiológica de la Tuberculosis, de fecha 9 de abril del 2013.

Así durante el año 2013 se identificaron un total de 14 casos de pacientes con Tuberculosis en el INMP, de las cuales, 7 correspondieron a casos de TBC pulmonar con confirmación bacteriológica, 5 casos de TBC extrapulmonar, 1 caso de TBC con abandono de tratamiento recuperado, y 1 caso de recaída de la TBC.

También se ha estado haciendo la vigilancia de casos de Tuberculosis en el personal de salud del INMP, habiéndose identificado 1 caso nuevo en los últimos 3 años respectivamente, pudiendo haber un subregistro en vista que esta es una enfermedad que sigue siendo estigmatizante, y por eso muchos trabajadores tratan de mantener en reserva este tipo de diagnóstico; además de no contar con una Unidad de Salud Ocupacional que permita hacer un diagnóstico oportuno y que la vigilancia sea activa.

III.3.4. Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios.

El INMP realiza la vigilancia epidemiológica de IRAG inusitada según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°045-MINSA/DGE-V.01: "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza, de Otros Virus Respiratorios (OVR) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en el Perú".

Definiciones de casos según la directiva antes mencionada:

a) Caso de síndrome gripal o enfermedad tipo influenza

Persona que presenta:

- Fiebre (mayor o igual a 38°C) de inicio brusco acompañado de tos o dolor de garganta.
- Puede acompañarse de síntomas sistémicos como mialgias, postración, cefalea o malestar general.

b) Caso de infección respiratoria aguda grave (IRAG)

Síndrome que se presenta en un paciente de cualquier edad, con aparición súbita de fiebre superior a 38°C o historia de fiebre y que presenta:

- Tos.
- Dificultad para respirar y
- Que, por el compromiso de su estado general, deberá ser hospitalizado.

c) IRAG inusitada

- IRAG en trabajador de salud con antecedente de contacto con personas con IRAG
- IRAG en personas previamente sanas de entre 5 a 60 años de edad
- IRAG en persona que ha viajado a áreas de circulación de virus de influenza con potencial pandémico
- IRAG de causa inexplicable en personas que trabajan con aves u otros animales
- Muerte por IRAG de causa desconocida

En el año 2013 se presentó un incremento de casos diagnosticados de infección por el virus de influenza en Lima, y así se identificaron un total de 8 casos de IRAG inusitada, entre los meses de mayo y junio, de los cuales 6 correspondieron a infección por el virus de Influenza AH₁N₁. Los casos antes mencionados correspondieron a 7 gestantes y 1 puérpera, y todas evolucionaron de manera favorable.

Además se identificaron un total de 5 casos de personal de salud con infección por el virus de la Influenza, ninguno de los casos correspondió a IRAG, y todos con evolución favorable.

Debemos recordar que la infección por el virus de influenza A se encuentra en nuestro medio de manera estacional, presentado generalmente un incremento de casos en las temporadas de otoño e invierno, por lo que es necesario mantener la vigilancia epidemiológica, y la vacunación anual en los grupos de riesgo (personas mayores de 60 años y menores de 5 años, personas con enfermedades crónicas como asma, hipertensión, EPOC, obesidad, y en el personal de salud).

III.3.5. Vigilancia de Brotes.

En el año 2013 se presentó un brote de Salmonella en el Departamento de Neonatología del INMP, entre fines de agosto e inicio de setiembre, afectando a un total de 16 casos con confirmación bacteriológica de Salmonella infantis.

La mayor parte de los casos presentaron diarrea con moco y/o rasgos de sangre, cursando con cuadros leves y evolución favorable, con excepción de 1 caso de un prematuro de 1690 gr de peso al nacer, con un curso atípico de la infección, agresivo y rápidamente generalizado, no reportándose un cuadro diarreico como en los otros pacientes, y que desarrolló meningoencefalitis y abscesos cerebrales, quien evolucionó favorablemente luego de drenaje quirúrgico y fue dado de alta.

Luego del brote se tomaron las siguientes medidas:

- Se tomó muestras de coprocultivo y cultivo de manos al personal que trabaja en el área de Nutrición de Neonatología.
- Se realizó el aislamiento por cohortes de los casos de diarrea, extremando las medidas de bioseguridad en los mismos, con el objetivo de controlar el brote.
- El área de Nutrición donde se preparan las fórmulas lácteas pasó a estar a cargo del Departamento de Neonatología, esperando que de esta manera se tenga una mayor supervisión del personal.
- El Comité de Prevención y Control de IHH está haciendo una mayor supervisión de los procesos de preparación y distribución de las fórmulas lácteas, en especial en los turnos de noche, en los cuales no se hacía dicha supervisión con anterioridad.

III.3.6. Morbilidad Materna Extrema.

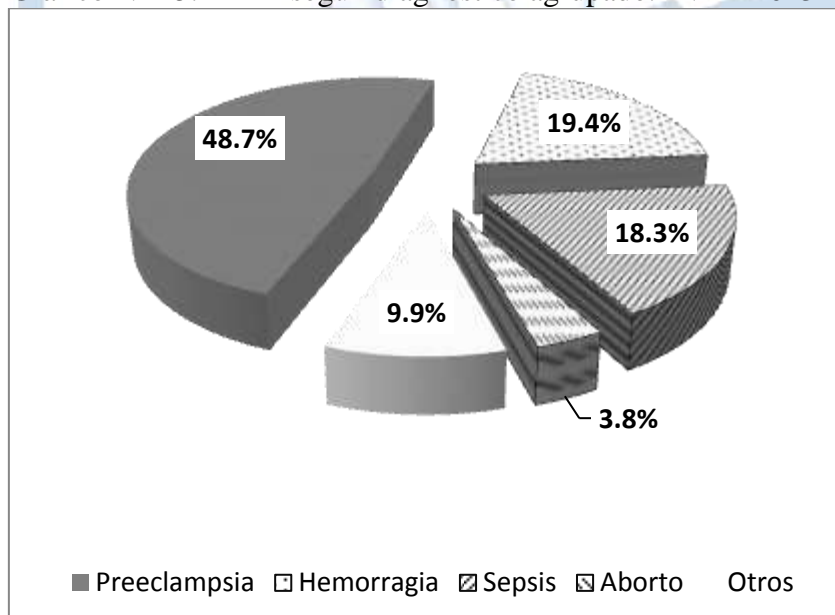
La vigilancia de los casos de Morbilidad Materna Extrema se viene realizando desde octubre del 2011 a manera de piloto, y en forma regular desde enero del 2012, a cargo de la Unidad de Cuidados Críticos. En el año 2012 se registraron 263 casos y en el año 2013, un total de 230 casos.

Para la definición de casos de Morbilidad Materna Extrema en el INMP, se han seguido los criterios de la FLASOG, por lo que se debe cumplir uno o más de los siguientes criterios:

- Criterios relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, shock séptico, shock hipovolémico.
- Criterios relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación.
- Criterios relacionados con el manejo de la paciente: ingreso a UCI, intervención quirúrgica de emergencia en el postparto, post-cesárea, o post-aborto y transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma.

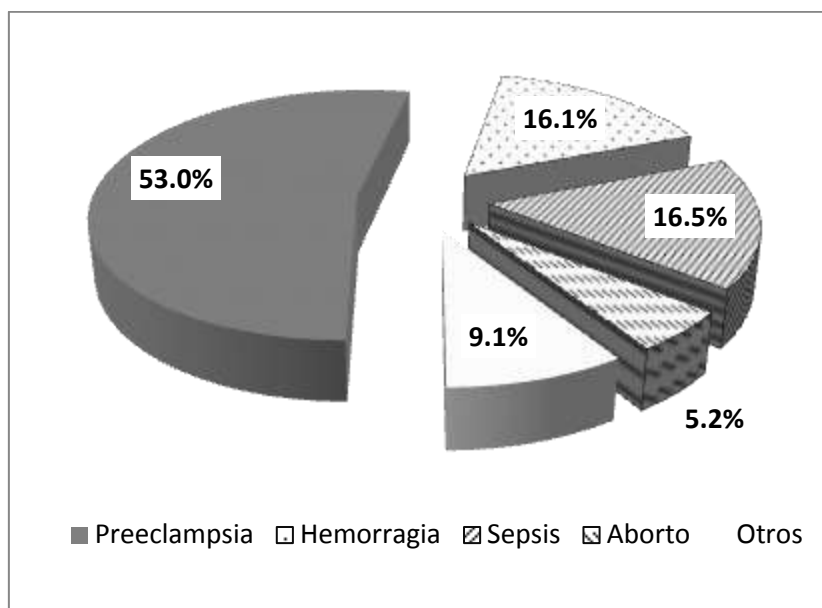
En los siguientes gráficos, observamos los casos de MME agrupados según la patología principal causante de la complicación obstétrica, observando que la Preeclampsia es la principal causa de morbilidad materna extrema en el INMP, correspondiendo a cerca de la mitad de los casos hospitalizados en la UCI Materna, en los 2 últimos años.

Gráfico N° 15. MME según diagnóstico agrupado. INMP 2013



Fuente: Unidad de Cuidados Críticos - INMP

Gráfico N° 16. MME según diagnóstico agrupado. INMP 2013



Fuente: Unidad de Cuidados Críticos - INMP

Finalmente, en la siguiente tabla podemos apreciar los indicadores de resultado de MME, los que nos dan una idea del tipo de pacientes que recibe la institución, así como la capacidad de respuesta que se tiene ante las complicaciones obstétricas, y se compara con el estándar establecido para Colombia.

Tabla N° 25. Indicadores de la Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. INMP 2012 - 2013

Indicador	Fórmula	2012	2013	Estándar
Razón de MME (Prevalencia)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos MME}}{\text{N}^\circ \text{ NV}} \times 100,000$	16.72	13.5	< 8
Índice de Mortalidad (Letalidad)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ MM}}{\text{N}^\circ \text{ MM} + \text{N}^\circ \text{ MME}} \times 100$	3.30	2.5	< 4
Relación MME / MM (Calidad)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ MME}}{\text{N}^\circ \text{ MM}}$	29.2	38.3	>35
Relación Criterios Caso (Severidad)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de C.I.}}{\text{N}^\circ \text{ MME}}$	3.95	4.0	< 5

Podemos observar una menor prevalencia de MME en relación al año pasado, siendo el indicador bastante mayor al del estándar por el nivel de complejidad que tiene nuestra institución.

El índice de mortalidad ha disminuido en relación al año pasado, lo que nos indica que estamos manejando mejor los casos de complejidad, pese a que la severidad de los mismos ha sido similar.

III.4. Infecciones Intrahospitalarias.

La tendencia de las infecciones intrahospitalarias es un indicador de la calidad de los servicios de salud y de la implementación de las medidas de bioseguridad. A continuación revisamos las infecciones intrahospitalarias ocurridas en el INMP en el año 2013.

III.4.a. Servicio de Obstetricia

En los últimos años, el INMP ha tenido cambios en infraestructura, equipamiento y mejoras en los procesos de atención; dándose énfasis al cumplimiento de las medidas de bioseguridad, profilaxis antibiótica, cumplimiento de listas de chequeo en sala de operaciones, todas estas medidas han dado como resultado una disminución sostenida de las infecciones intrahospitalarias como se puede ver a continuación.

Gráfico N° 17. Tendencia de Endometritis postparto vaginal. INMP 2006 - 2013

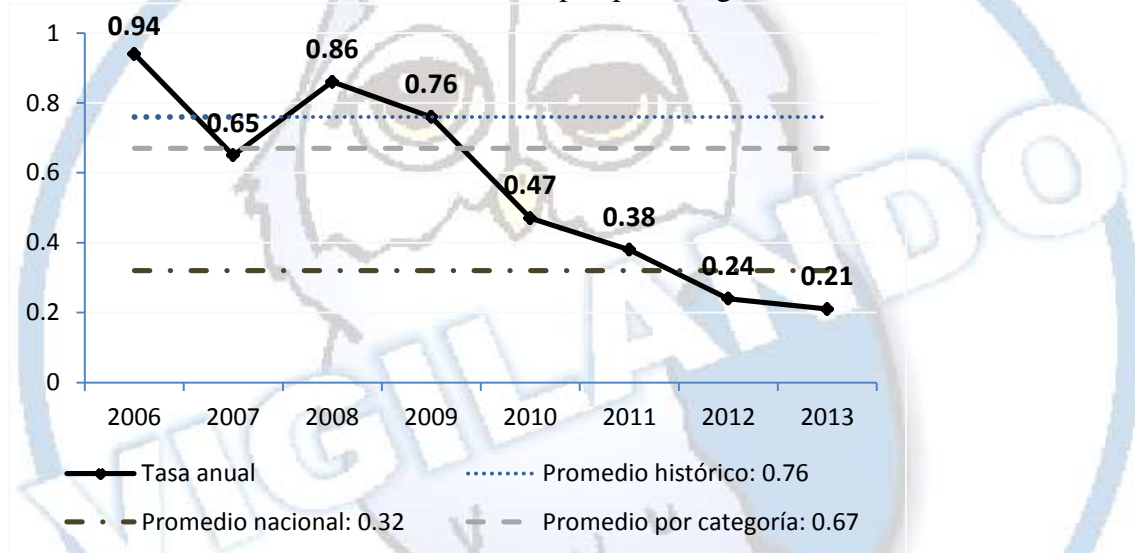


Gráfico N° 18. Tendencia de Endometritis post cesárea. INMP 2006 - 2013

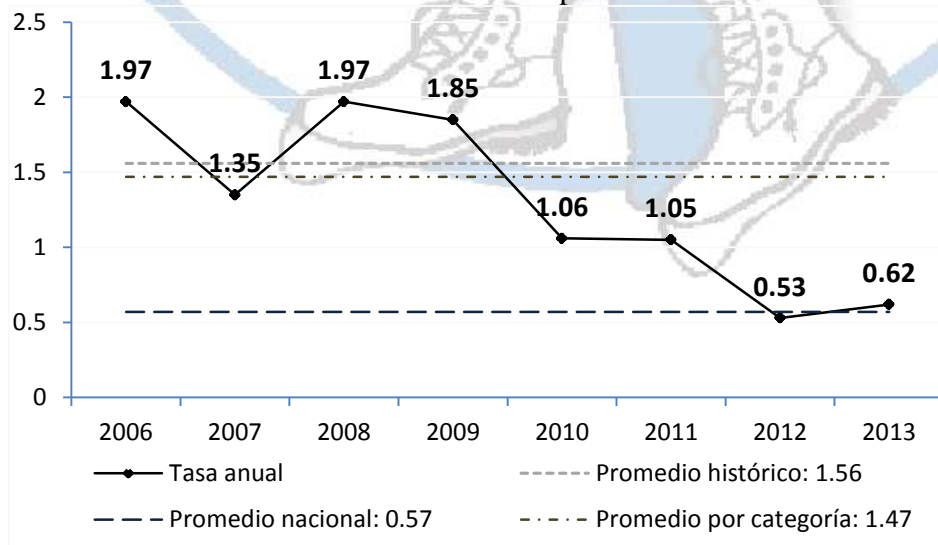
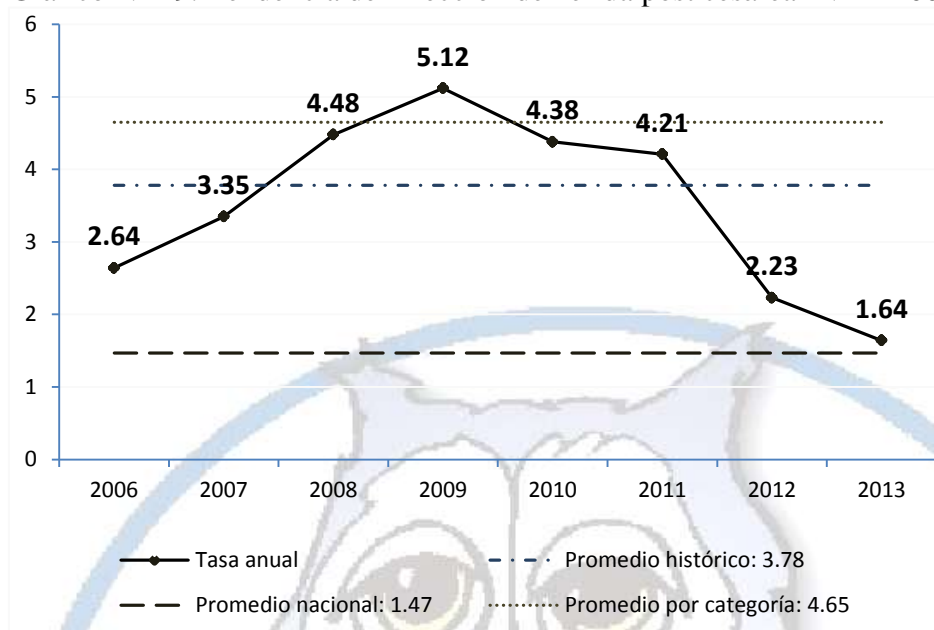


Gráfico N° 19. Tendencia de Infección de herida post cesárea INMP 2006 - 2013



Con respecto a las infecciones de herida quirúrgica de cesárea debemos mencionar que la vigilancia se realiza durante la hospitalización de la paciente, y en adelante se piensa en ampliar la vigilancia a las pacientes que viene para su control ambulatorio, de manera que podamos sincerar este indicador.

III.4.b. UCI Materna.

La vigilancia epidemiológica activa la realizamos desde el 2012, por lo que todavía no presentamos gráficos de tendencia. En este caso los indicadores los presentamos en Densidad de Incidencia (lo mismo que para la UCI Neonatal), de manera que se determina la ocurrencia de infección en relación al tiempo de exposición al factor de riesgo (Catéter Venoso Central, Catéter Venoso Periférico y Ventilación Mecánica).

Tabla N° 26. Vigilancia de IIH en UCI Materna. INMP. Enero - Diciembre 2013

IIH	N° días de exposición	N° pacientes vigilados	N° IIH	Densidad de Incidencia de IIH x 1000
Infección de torrente sanguíneo asociada a CVC	413	71	5	12.11
Infección de torrente sanguíneo asociada a CVP	896	219	4	4.46
Neumonía asociada a Ventilación Mecánica	250	50	3	12.00

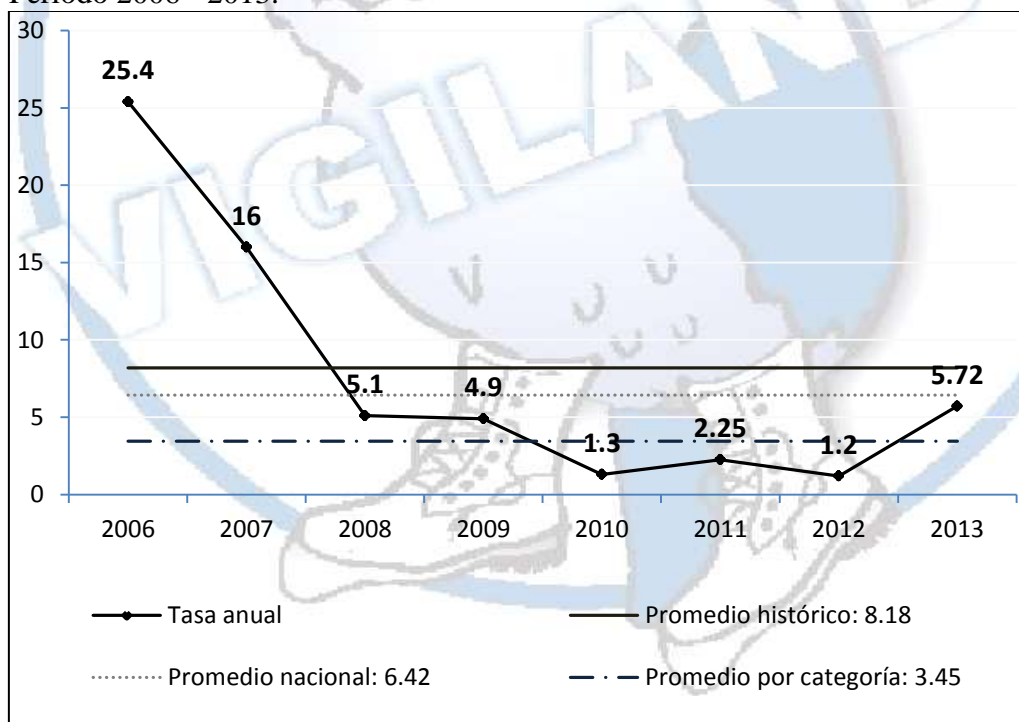
III.4.c. Neonatología.

En el 2013 se ha observado un incremento considerable de las IIH si hacemos la comparación con los años anteriores; esto se puede atribuir a una sobredemanda de los servicios de hospitalización de Neonatología durante todo el año, por mayor referencia de otros centros hospitalarios, básicamente por neonatos prematuros con larga estancia hospitalaria, de manera que la capacidad instalada ha sido superada ampliamente; además de que a mediados de año, se realizaron trabajos para la climatización de los ambientes de Neonatología, lo que obligó al traslado temporal de neonatos a Centro Obstétrico, donde las condiciones no eran las mismas.

De todas formas, el aumento de este indicador nos obliga a revisar los procesos en forma conjunta entre el Departamento de Neonatología, Oficina de Epidemiología, Comité de Prevención y Control de IIH, para establecer las medidas que nos permitan mejorar estos indicadores.

A continuación revisamos los gráficos de infecciones de tracto sanguíneo asociadas a uso de CVC, CVP, y de neumonías asociadas a Ventilación Mecánica, comparando con los años anteriores y también los gráficos de canal endémico que nos permiten visualizar el comportamiento durante el año.

Gráfico N° 20. Tendencia de Densidad de Incidencia de Infecciones de torrente sanguíneo asociadas a CVC (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal. INMP. Periodo 2006 - 2013.



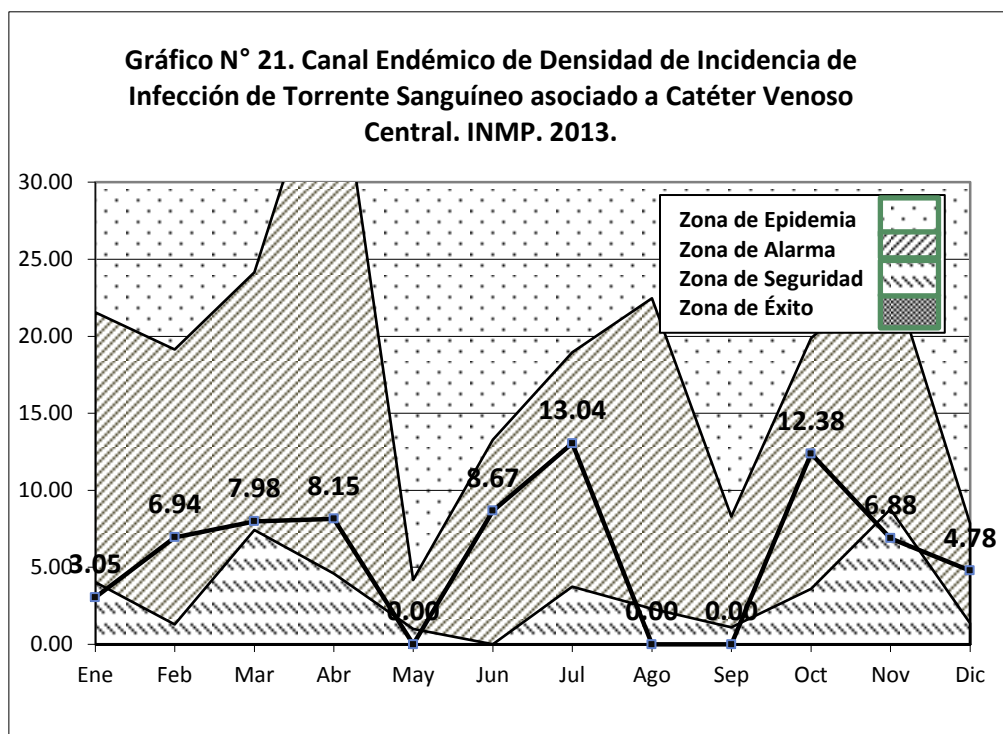


Gráfico N° 22. Tendencia de Densidad de Incidencia de Infecciones de torrente sanguíneo asociadas a CVP (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal. INMP. Periodo 2006 - 2013.

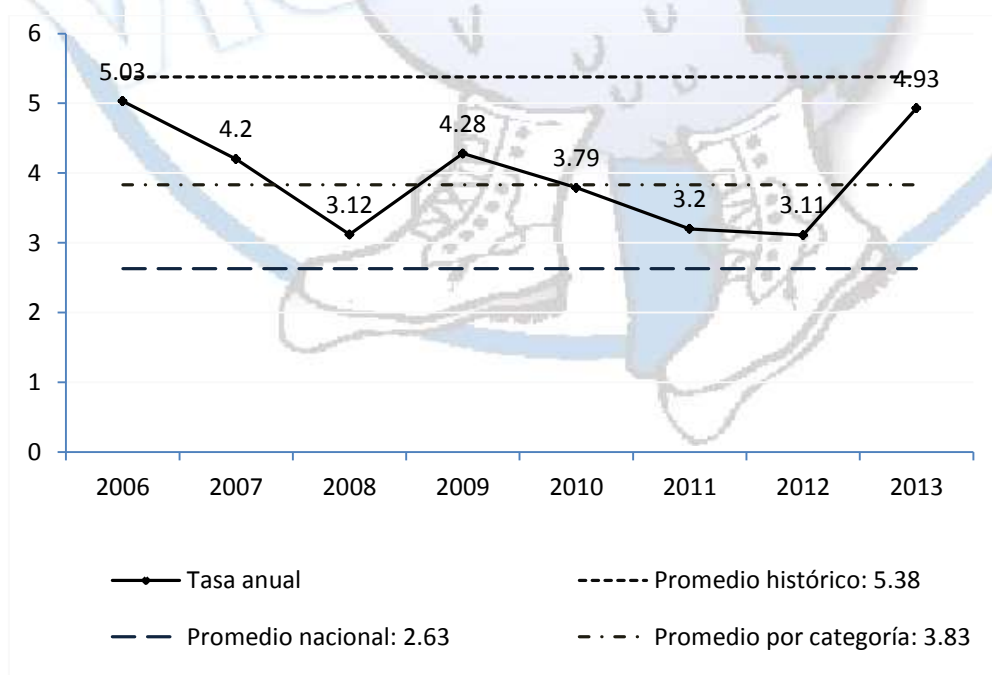


Gráfico N° 23. Canal Endémico de Densidad de Incidencia de Infección de Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Periférico. INMP. 2013.

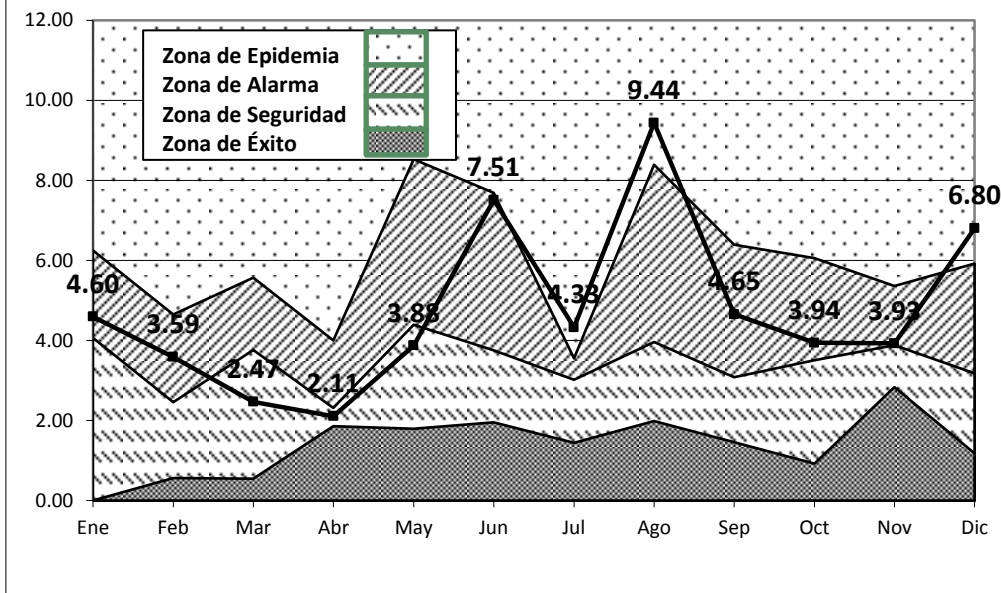
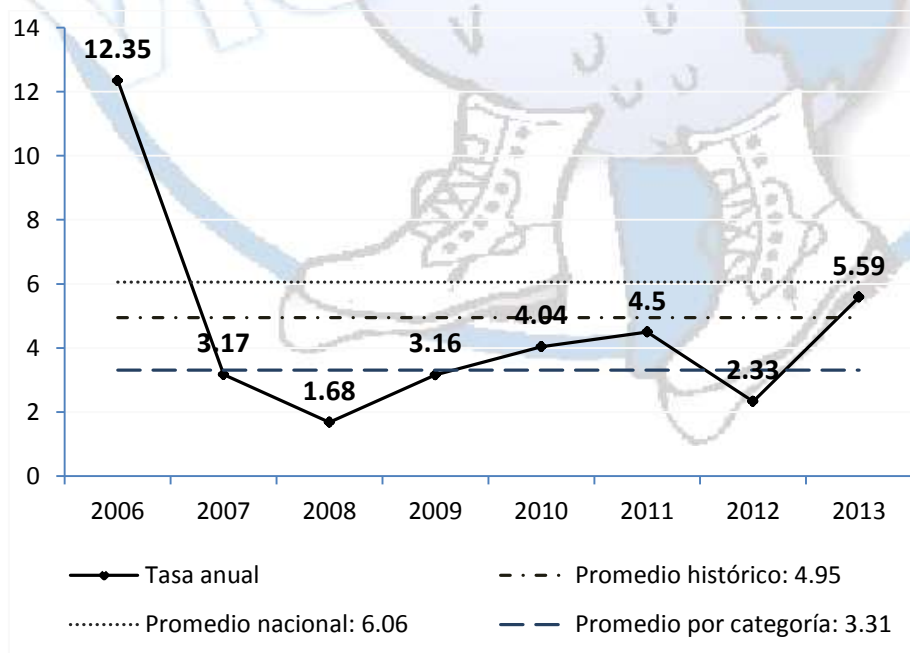
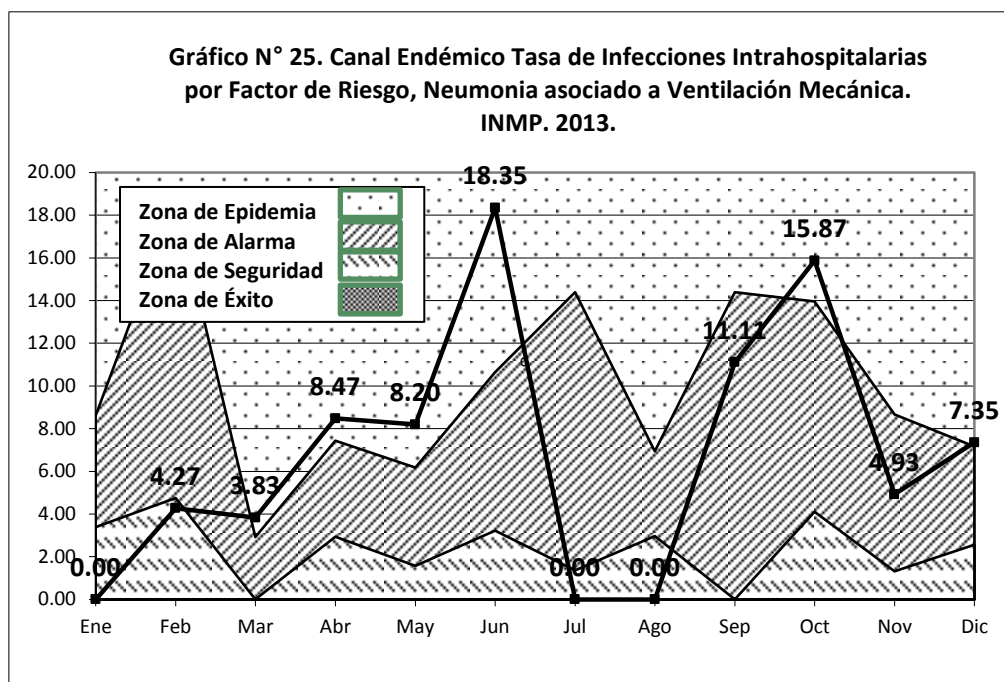


Gráfico N° 24. Densidad de Incidencia de Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica (por 1000 días de exposición) en UCI-Neonatal. Periodo 2006 – 2013





III.5. Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.

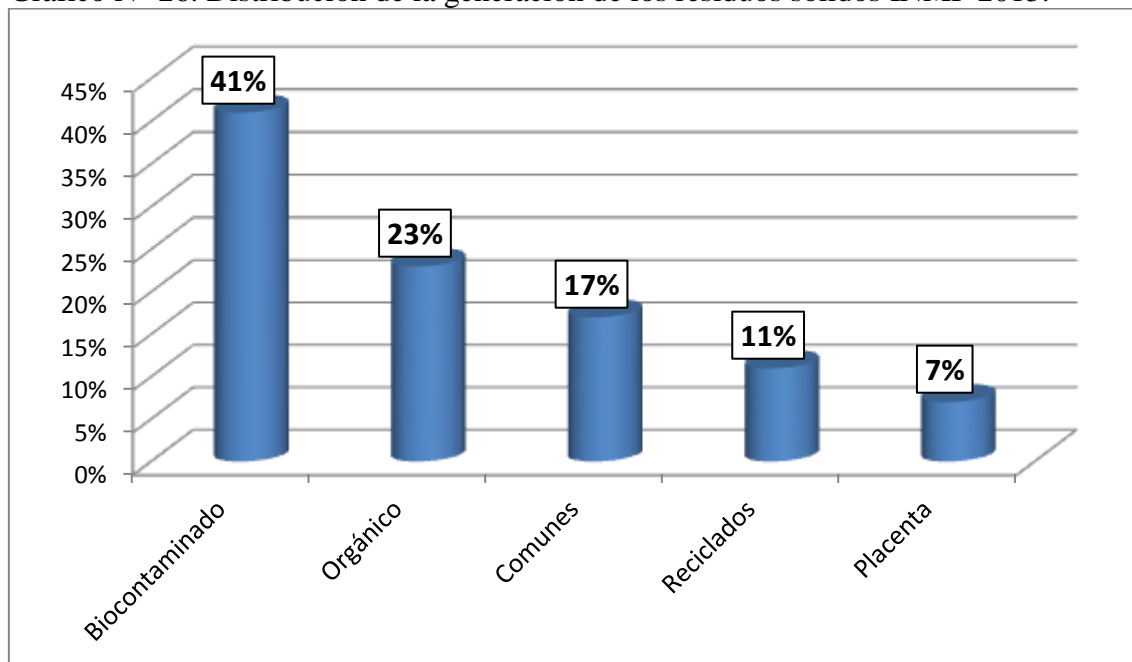
El INMP viene realizando una clasificación de sus residuos sólidos hospitalarios, que se generan aplicando la minimización y segregación adecuada desde la generación de los mismos, lo que contribuye a disminuir el gasto para la institución y a contribuir al cuidado del ambiente.

En el instituto, los residuos comunes son retirados por los camiones recolectores de la Municipalidad Lima “Relima”, la que se encarga del recojo, transporte y disposición final de los residuos. En el caso de los residuos peligrosos (biocontaminados y anatomopatológicos), es a través de la Empresa Prestadora de Servicios – Residuos Sólidos EPS-RS “Global SIMED S.A”, la que se encarga del recojo, transporte y disposición final de los residuos biocontaminados, para lo cual cuenta con el registro otorgado por la Dirección General de Salud Ambiental – DIGESA.

La generación de residuos sólidos hospitalarios en el INMP es de 2.011 Kg/cama/día aproximadamente., presentando la siguiente distribución: 41% de biocontaminados, 7% anatomopatológicos (placentas o restos ginecológicos), 17 % comunes, 23% materia orgánica (residuos de cocina que no tuvieron contacto con paciente) y 11% de residuos reciclados.

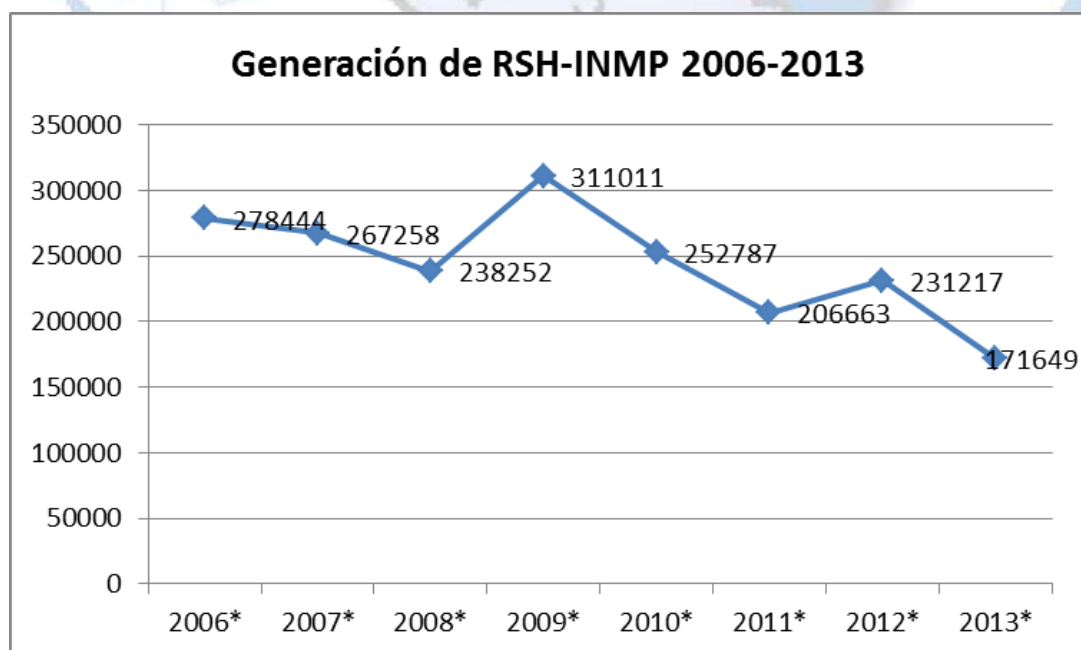
Debemos tener en cuenta que la disminución de los residuos biocontaminados contribuye a la disminución de las tasa de infecciones intrahospitalarias, de gastos para la institución y sobre todo con el ecosistema, por ello este es un **indicador de gestión**, que siempre nos supervisan y/o evalúan se cumpla en su totalidad.

Gráfico N° 26. Distribución de la generación de los residuos sólidos INMP 2013.



El INMP desde el año 2006 a la fecha ha realizado diversas actividades (reciclado, reutilización) en cuanto al manejo de sus residuos sólidos hospitalarios, a fin de minimizar la generación de residuos y contribuir en la disminución de los residuos biocontaminados, lo que se puede apreciar en el grafico siguiente;

Gráfico N° 27. Generación de Residuos Sólidos INMP 2006-2013.



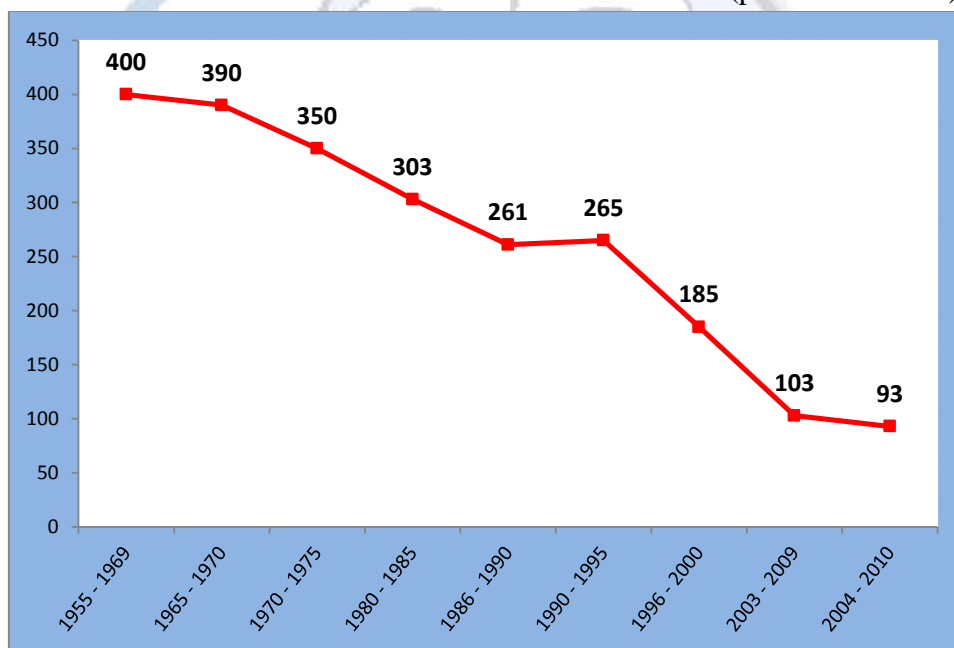
III.6. Mortalidad Hospitalaria.

III.6.1. Mortalidad Materna.

Es un indicador que ha mejorado considerablemente en el país, en los últimos años, acercándonos a cumplir con los objetivos del milenio, esperando llegar a 65 muertes maternas por 100000 nacidos vivos para el año 2015, esto gracias a las mejoras económicas a nivel nacional, mayor acceso a servicios de salud y mejoras en la capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

En los siguientes gráficos observamos la razón de mortalidad materna en base a las encuestas realizadas por el INEI, y el número de muertes maternas reportadas por el sistema de vigilancia epidemiológica de la DGE.

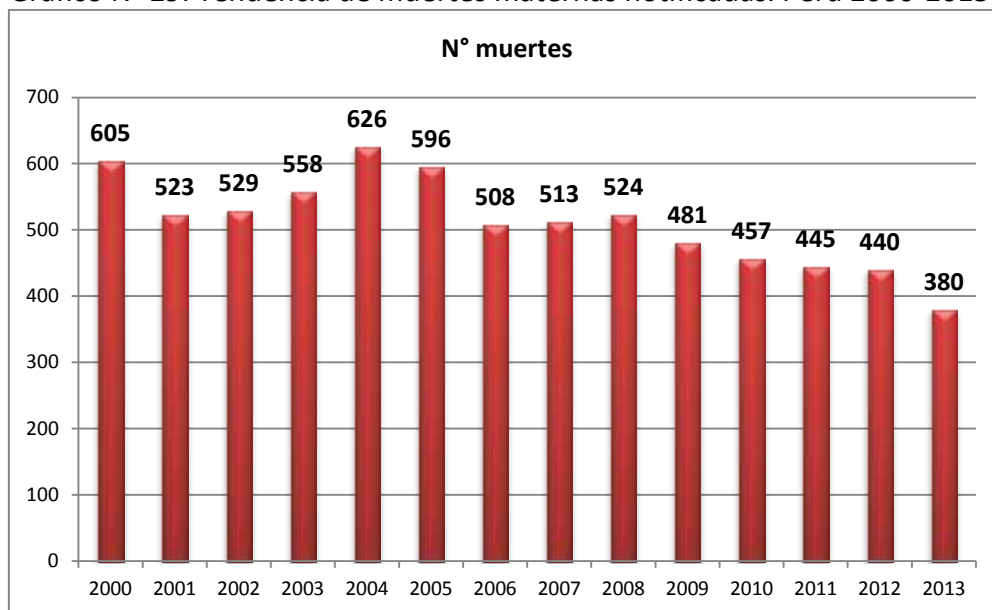
Gráfico N° 28. Razón de mortalidad materna en el Perú (por c/100000 nv)



Fuente: INEI - ENDES 2010

En el gráfico N° 29 se presenta la tendencia de las muertes maternas identificadas por el sistema nacional de vigilancia epidemiológica de muertes maternas, pero se ha considerado muertes maternas directas e indirectas (no incluye muertes incidentales).

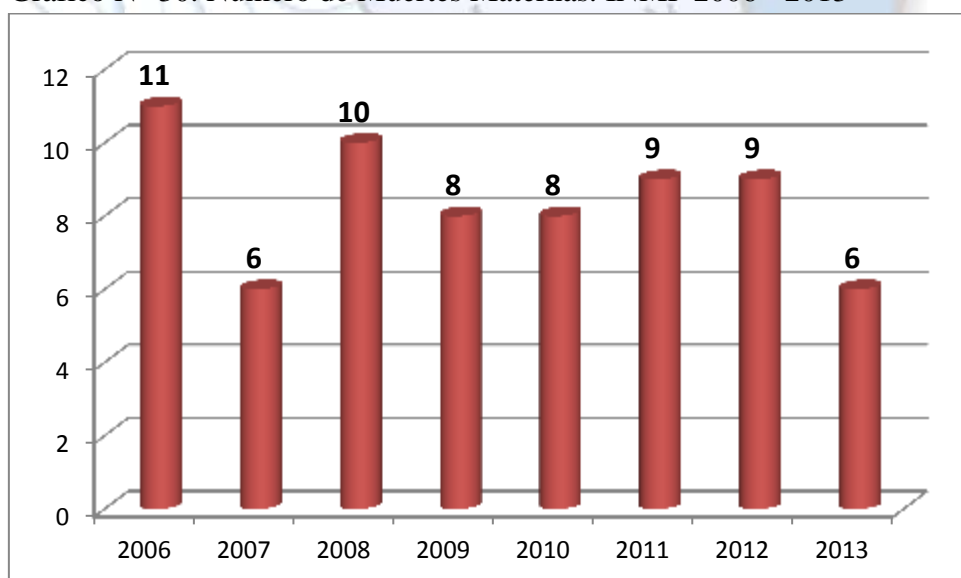
Gráfico N° 29. Tendencia de muertes maternas notificadas. Perú 2000-2013



FUENTE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica - DGE-MINSA

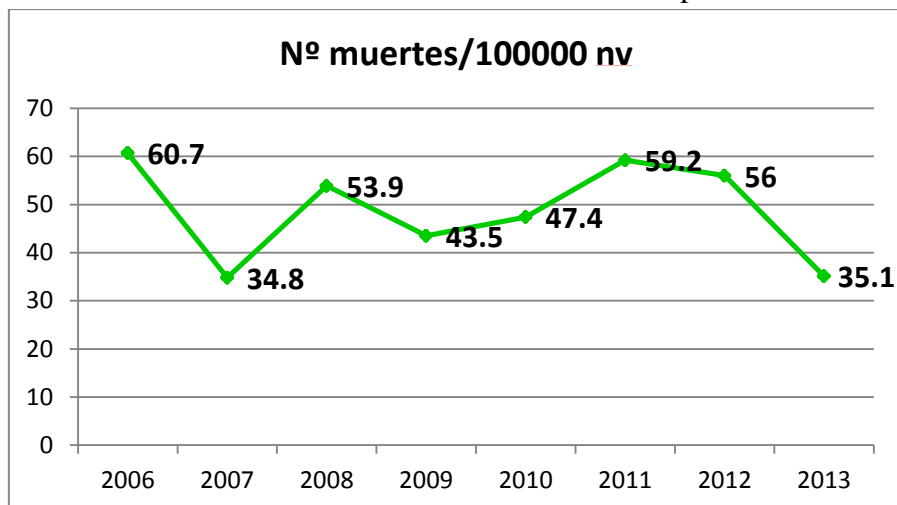
En el INMP también disminuyeron el número de muertes maternas en el 2013, pero para establecer tendencias tenemos que esperar que estos valores se mantengan en los próximos años. En los siguientes gráficos observamos en forma comparativa el número de muertes y razón de mortalidad materna en el INMP.

Gráfico N° 30. Número de Muertes Maternas. INMP 2006 - 2013



Fuente OESA - INMP

Gráfico N° 31. Razón de mortalidad materna INMP periodo 2006 -2013

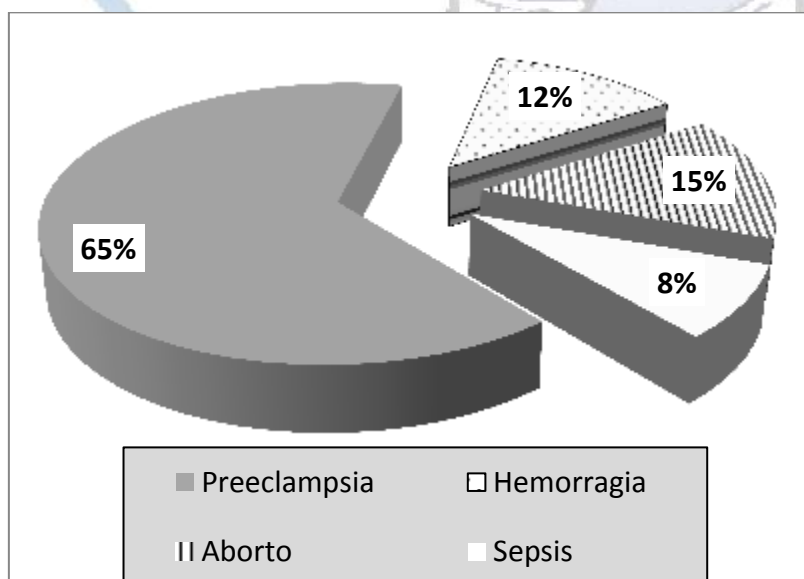


Fuente OESA - INMP

En el periodo 2006 – 2013, el 33% de las pacientes que fallecieron en el INMP, tuvieron una estancia hospitalaria menor a 48 horas, lo que está de acuerdo al nivel de complejidad de la institución, ya que muchas veces ingresan pacientes por emergencia en condición de gravedad, y en otros casos llegan derivadas de otros establecimientos de salud por presentar complicaciones severas; por lo que se hace necesario que el personal esté constantemente actualizado en el manejo de complicaciones obstétricas.

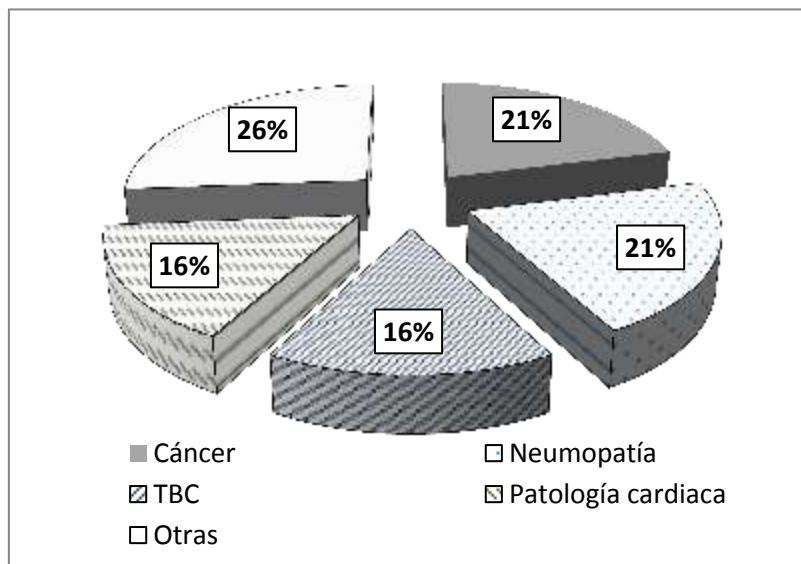
En este periodo, el 72% de las muertes fueron de causas directas, y el 28% por causas indirectas. Siendo la Preeclampsia la causa más frecuente de muerte materna, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 32. Muertes maternas de causa directa. INMP 2006 - 2013



Al revisar los casos de muerte materna de causa indirecta, observamos que el cáncer, las neumopatías, TBC y cardiopatías son las principales causa de muerte; como se ve en el gráfico a continuación.

Gráfico N° 33. Muertes maternas de causa indirecta 2006 - 2013



III.6.2. Mortalidad Perinatal.

Al igual que la mortalidad materna, este es un indicador que nos refleja el estado socioeconómico y cultural de la mujer, así como la calidad de los servicios de salud, tanto del punto de vista obstétrico para la detección y manejo de pacientes con factores de riesgo de muerte fetal y prematuridad, como del punto de vista neonatal para la adecuada atención inmediata del recién nacido y su posterior manejo hospitalario, en especial de los recién nacidos prematuros.

La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental realiza esta vigilancia desde fines del año 2010, y a continuación presentamos los datos del año 2013.

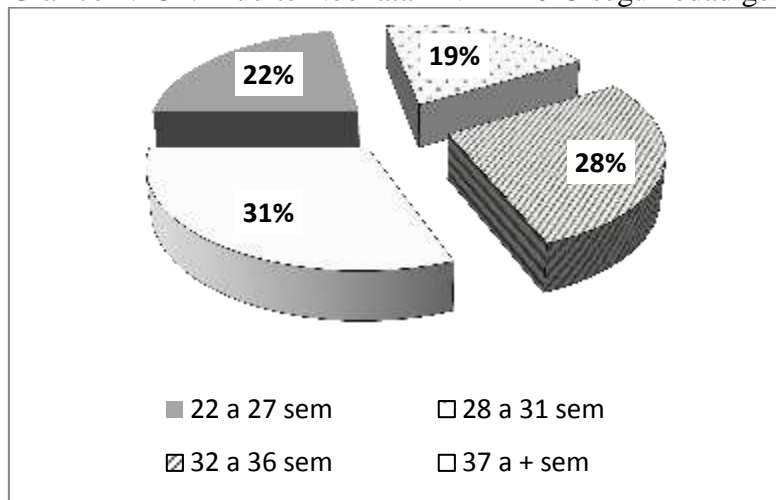
III.6.2.1. Muerte Neonatal.

En el año 2013 nacieron en el INMP un total de 17089 recién nacidos vivos, falleciendo 162 neonatos; correspondiendo la Tasa de Mortalidad Neonatal a 9.48 por 1000 nacidos vivos.

La mayoría de las muertes neonatales ocurren dentro de los primeros 7 días de nacido, lo cual está en relación a las condiciones previas al nacimiento (prematuridad, malformaciones congénitas, atención del parto), así en el 2013, hubieron un total de 133 muertes neonatales dentro de los primeros 7 días de nacimiento, correspondiendo la tasa de mortalidad neonatal precoz a 7.78 por 1000 nacidos vivos.

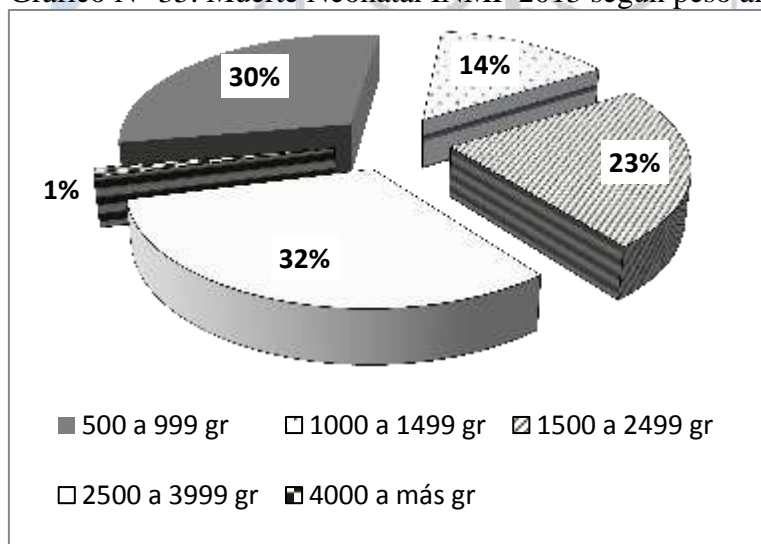
En los siguientes gráficos vemos la distribución de las muertes neonatales según edad gestacional y peso al nacer.

Gráfico N° 34. Muerte Neonatal INMP 2013 según edad gestacional



Fuente OESA – INMP

Gráfico N° 35. Muerte Neonatal INMP 2013 según peso al nacer

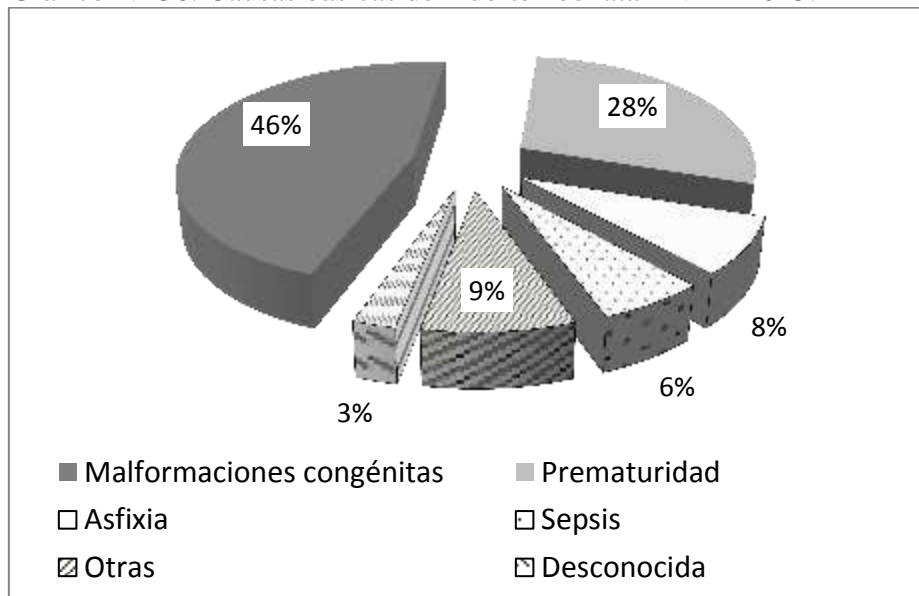


Fuente OESA – INMP

En los gráficos anteriores vemos que la prematuridad está presente en el 69% de los casos de muerte neonatal, siendo un condicionante importante de morbilidad respiratoria e infecciosa.

También vemos que cerca al 30% de los casos de muerte neonatal, correspondían a gestaciones a término, y neonatos con peso al nacer \geq a 2500 gr, y este es el grupo de casos que amerita investigación, para determinar si el manejo obstétrico no fue adecuado, o presentaban malformaciones o patología severa que condicionaron la muerte.

Gráfico N° 36. Causas básicas de muerte neonatal INMP 2013.



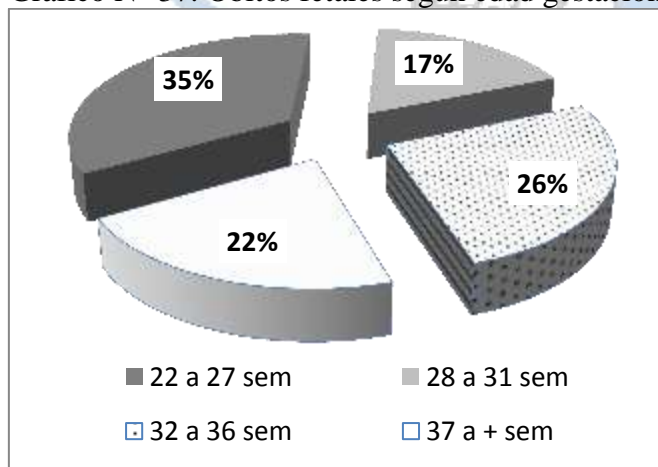
Fuente OESA – INMP

En el gráfico anterior observamos que las malformaciones congénitas son causa de cerca de la mitad de los casos de muerte neonatal, seguida por la prematuridad, esto debido a que el instituto es un centro de referencia a nivel nacional, además debemos tener en cuenta que este tipo de patologías hace que los neonatos requieran procedimiento invasivos, intervenciones quirúrgicas, hospitalización prolongada; implicando mayor riesgo de desarrollar infecciones intrahospitalarias, y de presentar secuelas en los casos de los neonatos que sobreviven.

III.6.2.2. Óbitos Fetales.

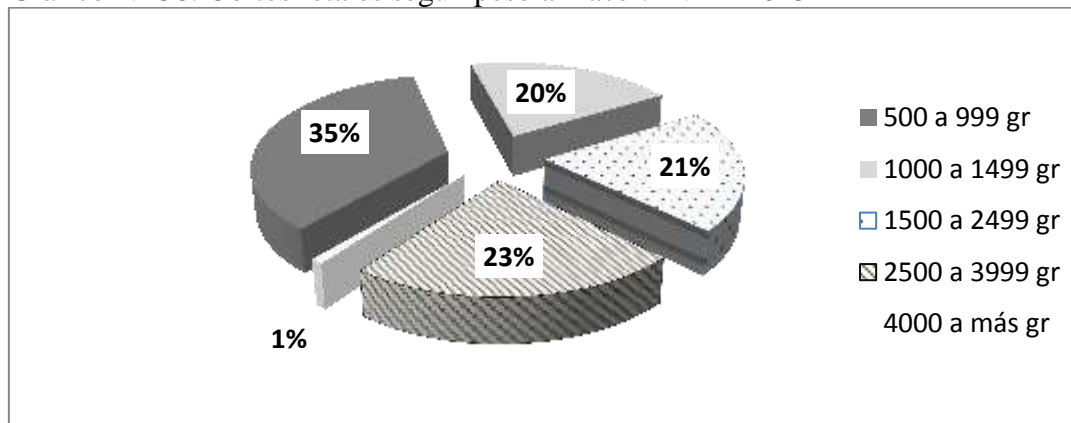
En el año 2013 hubo un total de 223 natimueitos. Los gráficos N° 12 y 13, muestran la distribución de los mismos según edad gestacional y peso al nacer.

Gráfico N° 37. Óbitos fetales según edad gestacional INMP 2013



Fuente OESA – INMP

Gráfico N° 38. Óbitos fetales según peso al nacer. INMP 2013



Fuente OESA – INMP

Observamos que el 22% de casos de óbitos fetales se presentaron en gestaciones a término y un 24% en fetos de peso ≥ 2500 gr, en quienes no esperamos este desenlace, por lo que amerita análisis individual de estos casos por parte del Comité de Vigilancia Perinatal Neonatal, para determinar si se presentaron demoras en la atención obstétrica, o es que el feto presentaba una malformación congénita que condicionó su muerte.

En la siguiente tabla apreciamos las causas de muerte determinadas por la vigilancia epidemiológica, para lo cual se revisa la historia clínica materna. Así tenemos, que en un 24% de casos en los cuales no se ha podido determinar la causa de muerte fetal, al no encontrarse patología materna, ni fetal, y en los cuales sería de ayuda los informes de necropsias, sin embargo el porcentaje realizado es bajo.

Tabla N° 27. Causa de Óbitos Fetales 2013.

Causa	N°	%
Causa no especificada	54	24.21%
Trastornos hipertensivos del embarazo	41	18.38%
Malformación congénita	39	17.48%
DPP	28	12.56%
Hipoxia en trabajo de parto	17	7.62%
Infección intra útero	17	7.62%
Hidrops inmunológico	10	4.48%
Hipoxia anteparto	9	4.03%
Otros	8	3.58%
Total	223	100

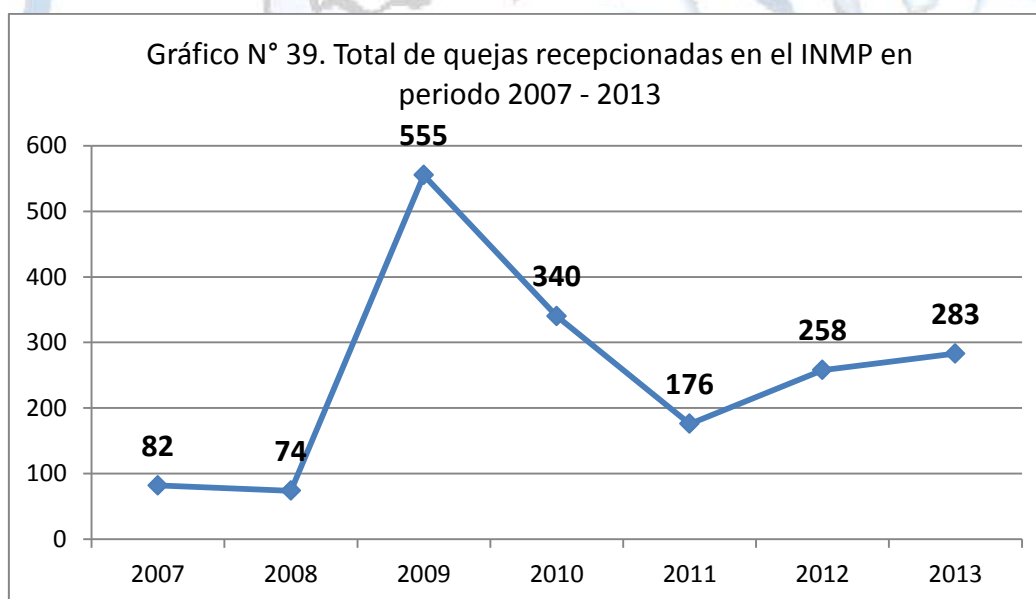
Observamos que la Preeclampsia es la patología más asociada a los óbitos fetales, y otra patología frecuentemente encontrada es el DPP, que como sabemos muchas veces se asocia a preeclampsia, lo que amerita revisar nuestras guías de diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo.

III.7. Evaluación de la satisfacción del usuario.

La evaluación de satisfacción del usuario se basa en 2 aspectos, como son las quejas que presentan los usuarios y las encuestas de satisfacción, información que es proporcionada por la Oficina de Gestión de la Calidad del INMP. En el año 2013 no se realizaron encuestas de satisfacción, porque la Oficina de Gestión de Calidad que funcionaba en un ambiente colindante al Servicio Bajo Tarifario Diferenciado (por motivos de remodelación) fue trasladada a otro ambiente en el Ex-INO, además de coincidir con la prolongada huelga médica, motivo por el cual los datos de las encuestas que presentamos en el presente documento son las correspondientes a las encuestas realizadas en diciembre del 2012.

Los datos que presentamos a continuación se han registrado según lo establecido en el Sistema de Gestión de Quejas y Sugerencias Institucional aprobado con RD N° 217-DG-INMP-07; así en el año 2013 se registraron un total de 283 quejas, de las cuales el 95% correspondieron a quejas escritas en formato institucional, 4% fueron sugerencias, y 1% se anularon.

En el siguiente gráfico podemos ver la evolución del total de quejas recepcionadas desde el 2007 (fecha en que se oficializa el Sistema de Quejas y Sugerencias institucional) hasta el 2013. Existiendo un incremento notorio en el periodo 2009 debido a que en ese año se inicia el trabajo de la Defensora de la Salud y Transparencia, quienes reciben quejas y reclamos a través de un responsable.



Los principales motivos de quejas fueron: Falta o indebida atención (35%), Maltrato (21%), Falta o indebida información (18%) y Tiempo de espera prolongado (17%).

Las áreas con mayor número de quejas fueron el Servicio de Emergencia (21%), seguido por Consultorios Externos de Gineco Obstetricia y el servicio Bajo Tarifario Diferenciado (Servicio de tarifario diferenciado) con el 7% cada uno.

Al evaluar las quejas por el grupo ocupacional que las produjo, se observa que la mayor parte fueron generadas por médicos (22%), personal administrativo (12%), técnicos de enfermería (4%), enfermeras (4%), personal de vigilancia (4%), trabajadora social (4%), obstetriz (3%), y no se identificó a un grupo ocupacional en el 45% de las quejas. Como

se puede observar la mayor parte de las quejas son dirigidas a los médicos, y es que hay que tener en cuenta que es el personal que da la atención final al paciente.

En lo referente a las **encuestas de satisfacción**, la Oficina de Gestión de la Calidad viene utilizando la encuesta SERVQUAL desde el 2011, la cual es una encuesta presentada por la Dirección de Calidad de la Dirección General de Salud de las personas, instrumento validado en establecimientos de diferentes niveles de atención.

El instrumento SERVQUAL modificado incluye 22 preguntas de expectativas y 22 preguntas de percepciones, distribuidos de modo que evalúa las cinco dimensiones de la calidad:

- Fiabilidad, que comprende: Capacidad médica, Confianza y Tiempo
- Capacidad de respuesta, que comprende: Disposición de ayudar, Servicio rápido, Servicio Oportuno, Servicio rápido (admisión, derivación, caja, farmacia, SIS, laboratorio y ecografía).
- Seguridad: Transmitir credibilidad, Atención sin riesgos, Atención sin peligros, Privacidad, Evaluación física, Información médica, Consulta se resuelve, Paciente mejore
- Empatía: Empatía, Priorización, Atención sin discriminación, Interculturalidad Social, Trato, Respuesta e interrogantes, Explicación del diagnóstico, Explicación del tratamiento, Explicación de los procedimientos, Capacidad de comunicación, Información al familiar
- Aspectos Tangibles: Instalaciones físicas, Equipos, Personal, Señalización, Limpieza, Confort, Material de comunicación, Limpieza e higiene.

En los siguientes gráficos se muestra los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario en los servicios de consultorios externos, emergencia y hospitalización.

Gráfico N° 40. Porcentaje de satisfacción del usuario externo de consultorios externos del INMP 2012.

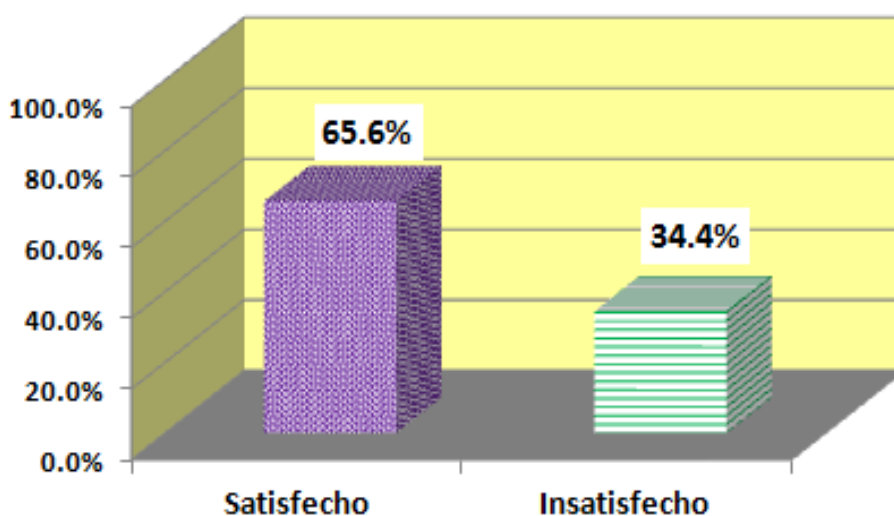


Gráfico N° 41. Porcentaje de satisfacción del usuario externo del Servicio de Emergencia del INMP 2012.

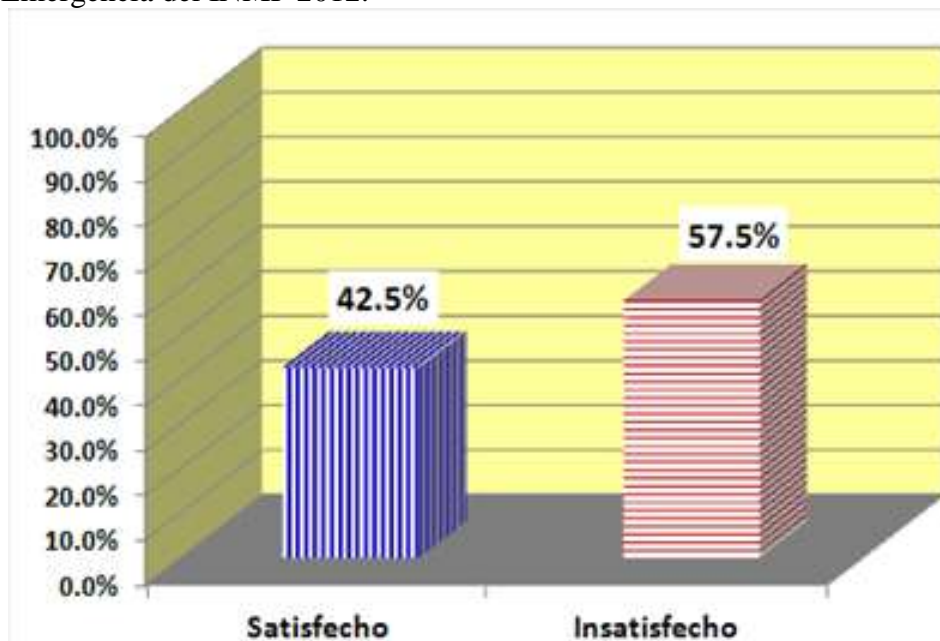
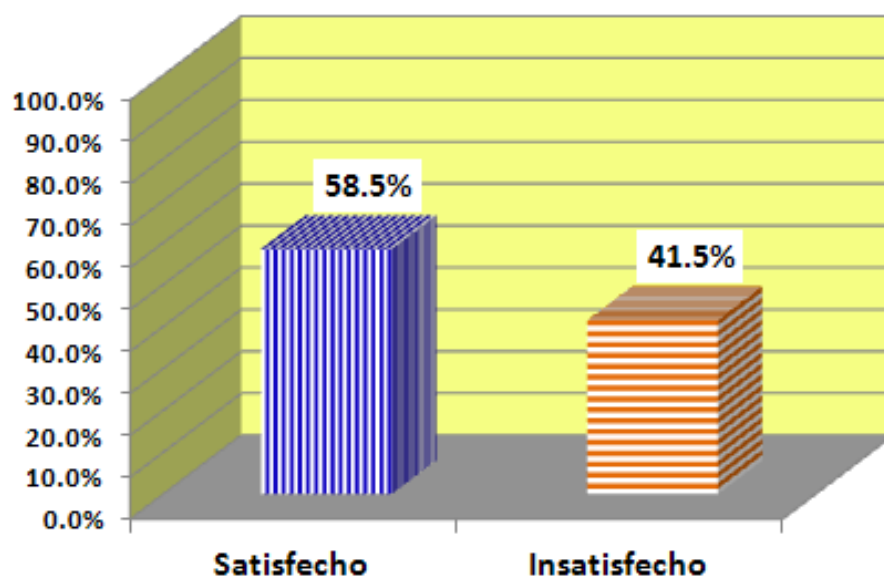


Gráfico N° 42. Porcentaje de satisfacción del usuario externo de consultorios externos del INMP 2012.



Como se puede ver hay mayor grado de insatisfacción en los usuarios que acuden al servicio de emergencia, lo que puede estar en relación a la mayor premura en la atención que tienen estas pacientes, y el mayor estrés y carga laboral que habitualmente tiene el personal de salud que labora en los servicios de emergencia.

Para lograr mejoras en la satisfacción del usuario se han socializado los resultados en reunión del equipo de gestión del INMP, así como con las diferentes áreas de la institución, cuando se realizaron talleres para los planes operativos institucionales.

Además el INMP ha conformado un Comité para que se encargue de la implementación de un programa de Humanización de la Atención Obstétrica y Neonatal, con el que se espera se logre una mejor comunicación con los usuarios, y de esta manera se logre un mayor grado de satisfacción.



IV.2. Superficie Territorial del INMP

La superficie territorial de Lima Metropolitana es de 2811,65 Km², correspondiendo sólo al 0.2% del territorio nacional, sin embargo, es una de las áreas de mayor densidad del país.

La población censada en Lima en el 2007 fue de 8'445,211 habitantes, y la estimada por el INEI, para el año 2013 es de 9'540,996 habitantes, y la densidad poblacional se estimó en 265.9 hab./km².

El INMP se encuentra en el Cercado de Lima, cuya superficie territorial es de 22 Km².

El INMP cuenta con un área de terreno de 17,056 m² y área construida de 37,500 m², sin embargo, falta actualizar este dato, pues se han hecho nuevas construcciones como el patio de comidas, y remodelaciones como Banco de Sangre y Banco de Leche, las cuales deben ampliar el área construida, para lo que ya se ha solicitado la actualización de los planos estructurales.

IV.3. Misión y Visión del INMP.

Misión.

Dar atención especializada y altamente especializada a la mujer en salud Sexual y reproductiva y al neonato de alto riesgo, desarrollando investigación, tecnología y docencia a nivel nacional.

Visión.

En el año 2016 el Instituto Nacional Materno Perinatal habrá contribuido con la disminución de la morbilidad materna a nivel nacional, consolidando el liderazgo en la atención altamente especializada, docencia e investigación en el campo de la salud sexual, reproductiva y perinatal, basado en el desarrollo del potencial humano y tecnológico, mejorando la calidad de sus servicios mediante la acreditación internacional de sus procesos y contribuyendo a mejorar la capacidad resolutoria de los principales hospitales a nivel nacional, teniendo como valores la inclusión social y el compromiso de los usuarios y la institución.

Es así que la perspectiva del Instituto acorde con esta Visión es salir de sus muros al resto del país, no sólo para ejercer acciones de capacitación, sino también para proveer asistencia técnica que permita fortalecer el desarrollo de las redes materno perinatales y contribuir así de manera efectiva en la lucha contra la mortalidad materna y neonatal, coadyuvando así al cumplimiento de los compromisos nacionales con los objetivos del milenio.

IV.4. Nivel de Complejidad.

Nuestra institución es de Nivel III-2, de referencia nacional para el área Gineco-Obstétrica y Neonatología, que brinda atención de alta complejidad a la madre y el neonato de alto riesgo en nuestro país.

IV.5. Infraestructura del INMP.

El INMP es de material noble en casi todas sus estructuras, con excepción de las áreas administrativas que se encuentran frente al Jr. Miroquesada, donde se incluye a la Dirección General, la cual es una construcción antigua con algunas áreas de adobe.

Tabla N° 28. Distribución del INMP por bloques.

Bloque	Descripción
A.	Hospital de la Amistad Perú-Japón
B.	Monoblock de Hospitalización Obstétrica
C.	Hospitalización Ginecológica
D.	Hospitalización Puerperio
E.	Hospitalización de Servicio bajo tarifario diferenciado
F.	Monitoreo y Medicina Fetal
G.	Diagnóstico por Imágenes
H.	Módulo de Oficinas Administrativas
I.	Laboratorio y Patología
J.	Farmacia Central
K.	Consultorios Externos de Gineco-Obstetricia
L.	Consultorios Externos de Pediatría
M.	Depósito Final de Residuos Sólidos Hospitalarios

En el último trimestre del 2011 se realizó la remodelación de toda el área correspondiente a consultorios externos de Gineco Obstetricia y Especialidades Médicas, y se concluyó la remodelación de consultorios de Pediatría para para atención de niños de alto riesgo haciéndose la inauguración el 14 de diciembre del 2012.

En el año 2013 se concluyeron varios trabajos de remodelación de la institución, así el 10 de noviembre se inauguró el nuevo ambiente de Banco de Sangre, y en la misma fecha se inauguró el Banco de Leche Humana, el cual es el primero en funcionamiento en el país.

Asimismo, en enero del 2014 se inauguró el Patio de Comidas, con fin de mejorar el confort de todos los trabajadores del instituto; y el 07 de marzo del 2014, cercanos a la fecha de conmemoración del Día Internacional de la Mujer, se inauguró el ambiente destinado al Programa de Prevención y Manejo Integral de la Violencia contra la Mujer. Para el mes de junio se espera tener terminado el ambiente correspondiente a la Residencia Médica, construcción a realizarse en el quinto piso del Edificio Perú Japón.

A continuación se describe, la distribución de las áreas asistenciales de la institución.

IV.5.1. Área de Hospitalización.

El Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con un total de 414 camas para hospitalización.

El Departamento de Obstetricia tiene el mayor número de camas, correspondiendo a un 60.8% y donde se han sectorizado a las pacientes por servicios, así en el Monoblock Obstétrico, se han sectorizado a las pacientes obstétricas de la siguiente manera:

- 1° piso: Obstetricia A, donde se encuentran las pacientes Adolescentes.
- 2° piso: Obstetricia B, donde se hospitalizan pacientes con aborto y sangrado durante la gestación.
- 3° piso: Obstetricia C, donde se hospitalizan las pacientes con trastornos hipertensivos.
- 4° piso: Obstetricia D, donde se hospitalizan las gestantes con infecciones intercurrentes con el embarazo

Además se cuenta con el Servicio de Obstetricia E, destinado a la atención de todas las púérperas de parto vaginal, y el cual cuenta con la mayor cantidad de camas.

Debemos recordar que existe un área para pacientes que deben ser Aislados, asignándose dos camas en cada servicio de hospitalización general.

El Departamento de Ginecología tiene un total de 24 camas, teniendo un ambiente de Cuidados Intermedios en el cual se sectoriza a las pacientes que requieren un mayor monitoreo y atención médica y de enfermería.

El Departamento de Neonatología cuenta con el 24.5% de las camas de hospitalización distribuidas en la UCI Neonatal e Intermedios, además de contar con cunetas para Alojamiento conjunto.

El Servicio bajo tarifario diferenciado, “Clínica”, cuenta con 30 camas de hospitalización para pacientes obstétricas y ginecológicas, además de contar con un ambiente para el alojamiento conjunto de los neonatos.

La Unidad de Cuidados Intensivos Maternos cuenta con 5 camas, de las cuales 2 están dispuestas de tal manera que puedan utilizarse como camas de aislamiento.

A diferencia de otros establecimientos en el Servicio de Emergencia no se tienen pacientes hospitalizadas, quedándose pocas horas, luego de las cuales son dadas de alta, o pasan a los Servicios de Hospitalización, Centro Obstétrico, Sala de Operaciones o UCI Materna.

Tabla N° 29. Distribución de camas por servicios. INMP 2013

Área de Hospitalización	Número
Adolescencia	47
Servicio B	49
Servicio C	51
Servicio D	44
Servicio E	57
Servicio de Ginecología	24
UCI Materna	5
Emergencia	7
UCI Neonatal	30
Intermedios de Neonatología (I, II, III y IV)	70
Servicio bajo tarifario diferenciado - Clínica	30
TOTAL	414

IV.5.2. Consultorios externos.

El INMP cuenta con consultorios externos de acuerdo a la siguiente distribución:

➤ Consultorios de Obstetricia	9
➤ Consultorios de Ginecología General	2
➤ Consultorios de Ginecología Especializada	6
➤ Consultorios de Ecografía Gineco Obstétrica	2
➤ Consultorios de Ecografía de Infertilidad	1
➤ Consultorios de Neonatología	7
➤ Consultorios de Especialidades Médicas	11
➤ Consultorios de Especialidades no Médicas	19
➤ Total	57

IV.5.3. Hospital de la Amistad Perú-Japón.

Es un edificio de 4 pisos, en el cual se realiza la Áreas de Atención Crítica del INMP, se encuentra distribuido de la siguiente manera:

1° piso. Servicio de Emergencia. El cual cuenta con los siguientes ambientes:

- 4 Consultorios de Emergencia
- 1 Consultorio de Ecografía
- 1 Ambiente de Observación con 7 camillas
- 1 Sala de Operaciones utilizada para atención de Abortos no complicados y Partos de Emergencia
- 1 Ambiente de Trauma Shock
- 1 Ambiente para atención de emergencia de Neonatos

2° piso. Centro Obstétrico. El cual cuenta con:

- 20 ambientes individuales para la atención de partos, con camillas adecuadas para la atención de partos verticales.
- 1 Sala para atención de partos distócicos.
- 2 ambientes para la atención inmediata del recién nacido.
- 1 ambiente para monitoreo electrónico fetal
- 1 ambiente para Tocólisis

3° piso. UCI Materna. Cuenta con 5 camas, de las cuales 2 están dispuestas para pacientes infectados.

3° piso. Hospitalización de Neonatología. Distribuido en:

- UCI Neonatal, que cuenta con una capacidad instalada de 30 cunas, dividida en UCI-A, UCI B y UCI C.
- Intermedios Neonatal, que cuenta con una capacidad instalada de 70 cunas, dividida en Intermedios I, II, III y IV.

4° piso. Sala de Operaciones. Cuenta con 9 salas de operaciones y un ambiente para Recuperación. En el 4° piso también se encuentra el Área de Esterilización.

IV.6. Cartera de Servicios del INMP.

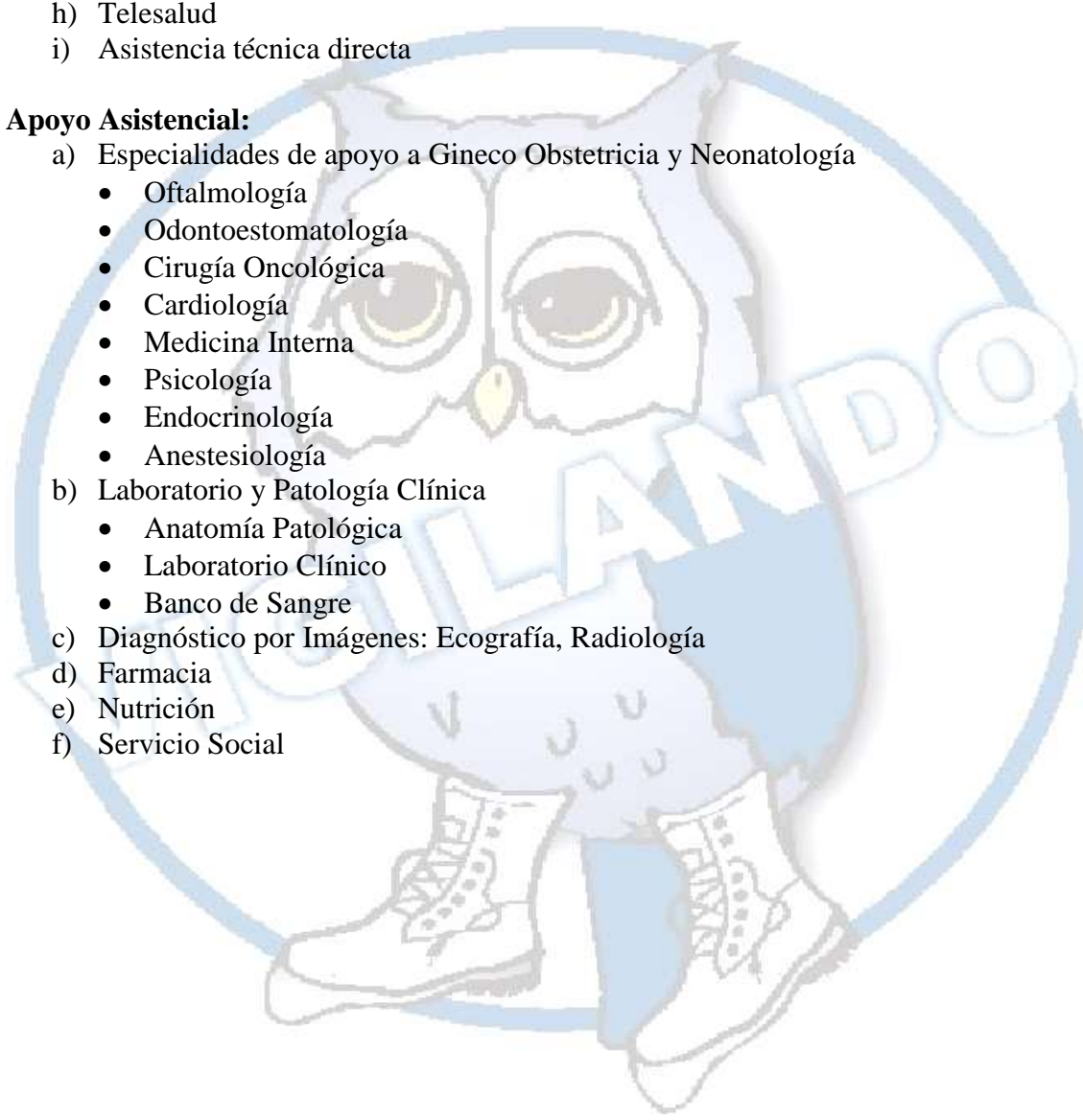
Servicios Finales:

- a) Obstetricia:
 - Atención de morbilidad materna no complicada
 - Atención de morbilidad materna severa o extrema
 - Atención integral diferenciada de Adolescencia
 - Cirugía obstétrica
 - Endocrinología obstétrica
 - Atención del parto
 - Unidad de Cuidados Intensivos Materna
 - Psicoprofilaxis obstétrica
 - Medicina Fetal
 - Consulta externa obstétrica
- b) Ginecología
 - Ginecología General
 - Climaterio
 - Infertilidad
 - Colposcopia
 - Cirugía ginecológica
 - Consulta externa ginecológica
 - Ginecología urológica
- c) Neonatología
 - Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
 - Procedimientos invasivos en Neonatología
 - Cuidados Intermedios Neonatales
 - Seguimiento ambulatorio del niño que nace con problemas neonatales que puede llevar a patología del desarrollo
 - Cirugía Neonatal
 - Control de crecimiento y desarrollo
 - Medicina Física y Rehabilitación
 - Atención inmediata del recién nacido
 - Tamizaje hipoacusia a través de emisiones otoacústicas
- d) Estrategias y Programas
 - CRED – Lactancia Materna
 - Materno neonatal
 - Planificación familiar
 - Atención integral de la adolescente
 - Control de cáncer ginecológico
 - Climaterio
 - CETSS (Control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA)
 - Control de Tuberculosis
 - Inmunizaciones
 - Psicoprofilaxis obstétrica
 - Defensoría del niño y la mujer

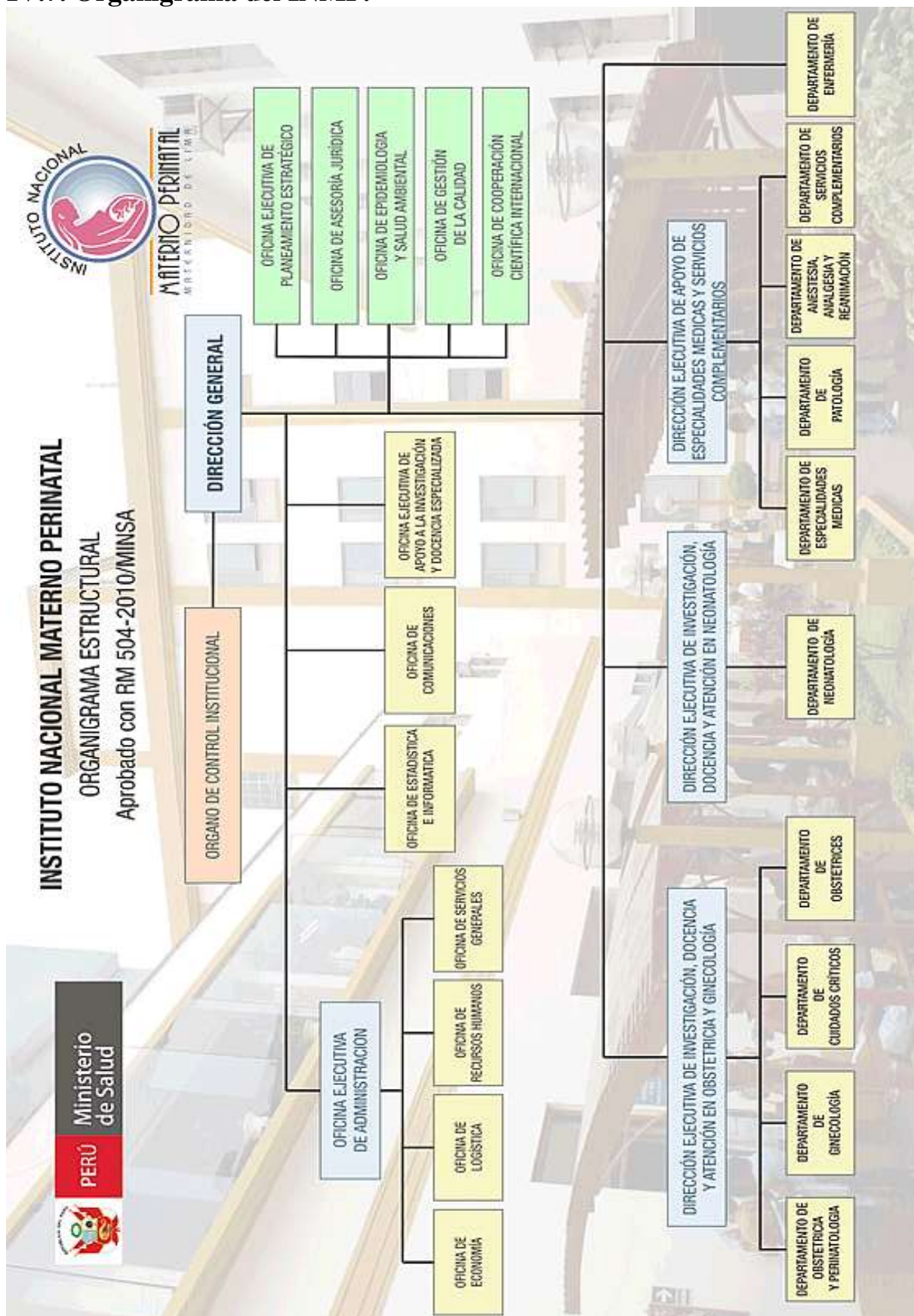
- Tamizaje neonatal
- e) Servicios de proyección comunitaria
- f) Capacitación
 - Sistema de capacitación personalizada (SICAP)
 - Sistema de capacitación virtual (SICAV)
 - Formación de especialistas y subespecialistas en áreas de Gineco Obstetricia, Neonatología y Anestesiología Obstétrica
- g) Investigación
- h) Telesalud
- i) Asistencia técnica directa

Apoyo Asistencial:

- a) Especialidades de apoyo a Gineco Obstetricia y Neonatología
 - Oftalmología
 - Odontostomatología
 - Cirugía Oncológica
 - Cardiología
 - Medicina Interna
 - Psicología
 - Endocrinología
 - Anestesiología
- b) Laboratorio y Patología Clínica
 - Anatomía Patológica
 - Laboratorio Clínico
 - Banco de Sangre
- c) Diagnóstico por Imágenes: Ecografía, Radiología
- d) Farmacia
- e) Nutrición
- f) Servicio Social



IV.7. Organigrama del INMP.



IV.8. Recursos Humanos.

Tabla 30. Estructura de Recursos Humanos del INMP 2013, según cargo y tipo de contrato.

Cargos/Nomenclaturas	Condición		Total
	Nombrados	Contratados	
Funcionarios - Directivos	14	0	14
Medicos y Profesionales de la Salud	648	192	838
Médicos	223	31	254
Psicólogo	8	0	8
Obstetriz	191	9	200
Enfermeras	159	119	278
Biólogo	4	1	5
Odontólogos	3	0	3
Químico -Farmacéutico	5	10	15
Nutricionistas	3	1	4
Asistente Social	27	7	34
Tecnólogo Médico	25	12	37
Profesionales Categorizados	64	20	84
Especialista Administrativo	4	3	7
Asistente Administrativo	25	5	30
Asistente en Servicios de Salud	30	2	32
Ingeniero	0	3	3
Abogado	2	4	6
Contador	1	2	3
Economista	1	0	1
Estadístico	1	0	1
Licenciado en Educación	0	1	1
Técnicos Categorizados	703	106	809
Artesano	112	3	115
Asistente técnico secretarial	1	0	1
Electricista	5	0	5
Mecánico	3	0	3
Chofer	5	1	6
Digitador	0	4	4
Operador Máq. Industrial	2	0	2
Operador de central telefónica	0	2	2
Operador Equipo Médico	3	0	3
Operador Equipo Electrónico	1	0	1
Operador PADI	1	0	1
Secretaria	26	6	32
Técnico Administrativo	133	12	145

Técnico en Enfermería	329	61	390
Técnico en Estadística	25	0	25
Técnico en Laboratorio	18	2	20
Técnico en Nutrición	30	0	30
Técnico en Transportes	2	0	2
Técnico en Seguridad	2	0	2
Técnico Electricista	1	1	2
Técnico en Capacitación y Difusión	1	0	1
Técnico en Computación	0	9	9
Técnico en Archivo	1	0	1
Técnico en Farmacia	2	4	6
Técnico en Mantenimiento de Equipos	0	1	1
Auxiliares Categorizados	31	20	51
Auxiliar Administrativo	10	5	15
Auxiliar de Nutrición	7	8	15
Auxiliar de Farmacia	2	0	2
Auxiliar de Mecánica	1	0	1
Auxiliar de Enfermería	1	1	2
Auxiliar de Laboratorio	1	0	1
Auxiliar de artesanía	0	6	6
Trabajador de Servicios	9	0	9
Total:	1460	338	1796

Fuente: Oficina de Recursos Humanos

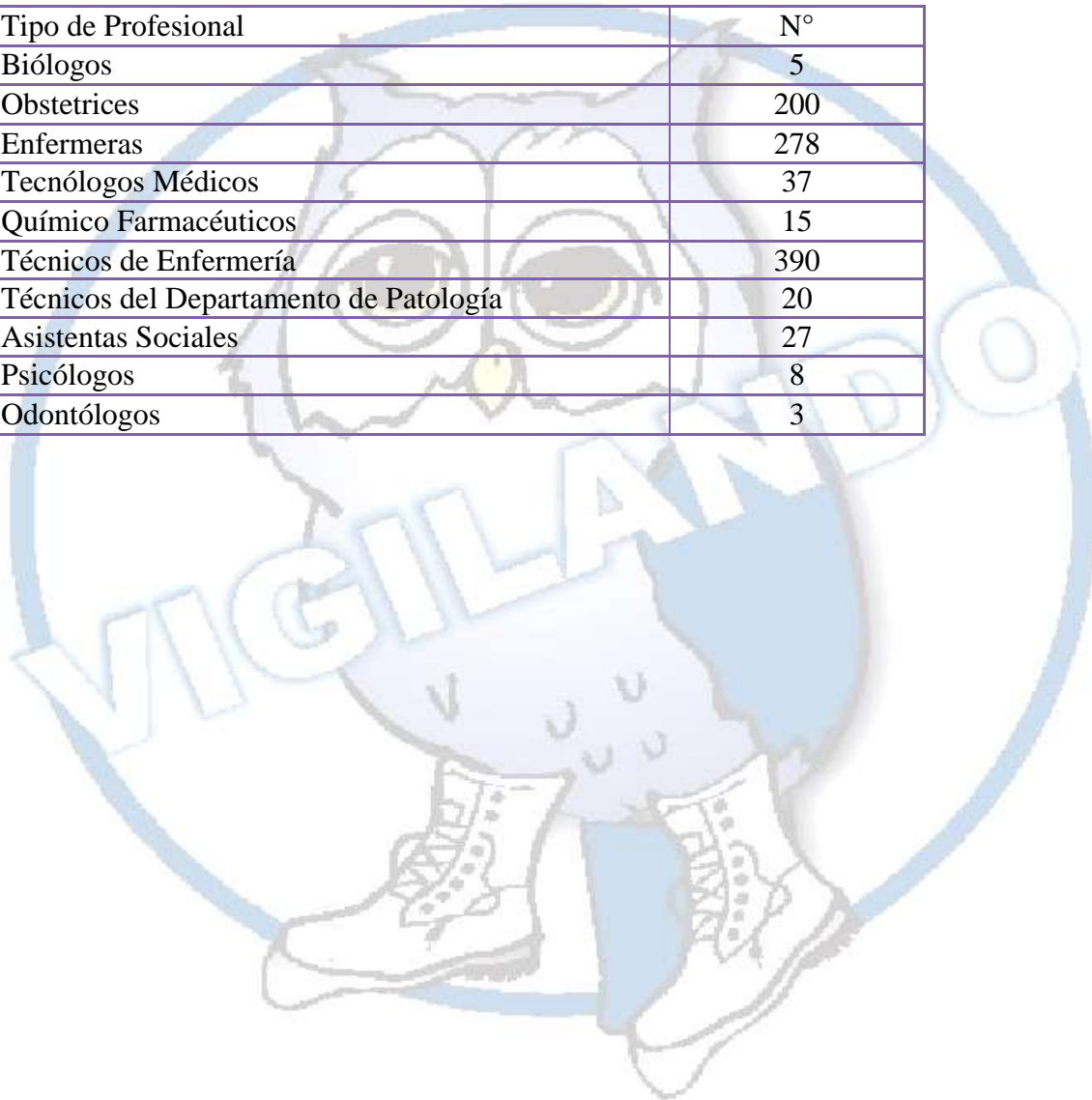
Tabla 31. Médicos según especialidad del INMP 2013.

Médicos	N°
Médicos Gineco Obstetras	104
Médicos Pediatras	41
Cirujanos Pediatras	4
Anestesiólogos	29
Intensivistas	5
Medico Oncólogo Quirúrgico	1
Médicos Radiólogos	2
Cardiólogo	1
Médico Internista	1
Oftalmólogo	1
Endocrinólogo	1
Medicina Física y Rehabilitación	1
Genetista	1
Anatomopatologos	5
Patólogos Clínicos	1
Hematólogo	1
Médicos Auditores	3
Médico Cirujano	1

Médicos de CENARUE	5
Médicos Residentes de Gineco Obstetricia	36
Médicos Residentes de Anestesiología	10
Médicos Residentes de Neonatología	3

Tabla 32. Profesionales No Médicos del INMP 2013.

Tipo de Profesional	Nº
Biólogos	5
Obstetrices	200
Enfermeras	278
Tecnólogos Médicos	37
Químico Farmacéuticos	15
Técnicos de Enfermería	390
Técnicos del Departamento de Patología	20
Asistentes Sociales	27
Psicólogos	8
Odontólogos	3



IV.9. Análisis según Unidades Productoras de Servicios (UPSS).

IV.9.1. UPSS Emergencia.

En los últimos años se ha presentado un incremento sostenido de la demanda de atención de emergencia, lo que se evidencia en el gráfico N° 44 y en la tabla N° 33, esto puede estar en relación a que actualmente se reciben todos los casos de pacientes con SIS y que anteriormente sólo se les aceptaba como SIS si venían con una respectiva referencia.

Gráfico N° 44. Tendencia de las atenciones en Servicio de Emergencia del INMP.

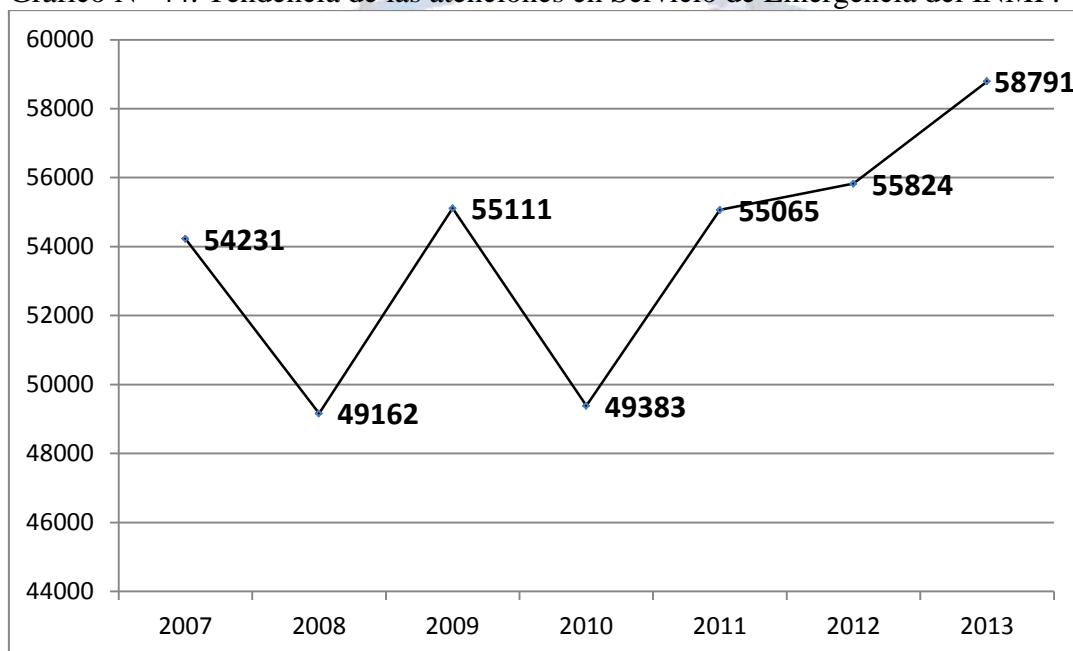


Tabla N° 33. Indicadores de Emergencia del INMP.

Indicadores	2011	2012	2013
Atendidos	34,579	36586	37887
Atenciones	55,065	55824	58791
Concentración	1.6	1.5	1.5
Hospitalizados por Emergencia	18,947	19592	19998
Ecografías	14,690	16866	16594
AMEU	4,254	4139	3858
LU	36	7	19
Partos	8	4	0

El INMP por ser la institución de mayor complejidad en el área materno perinatal, recibe en el Servicio de Emergencia principalmente a pacientes que acuden por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Estando como diagnósticos más frecuentes los casos de aborto, trabajo de parto y hemorragias uterinas, lo que se puede observar en las siguientes tablas.

Gráfico N° 45. Distribución de las atenciones de emergencia por especialidad 2013

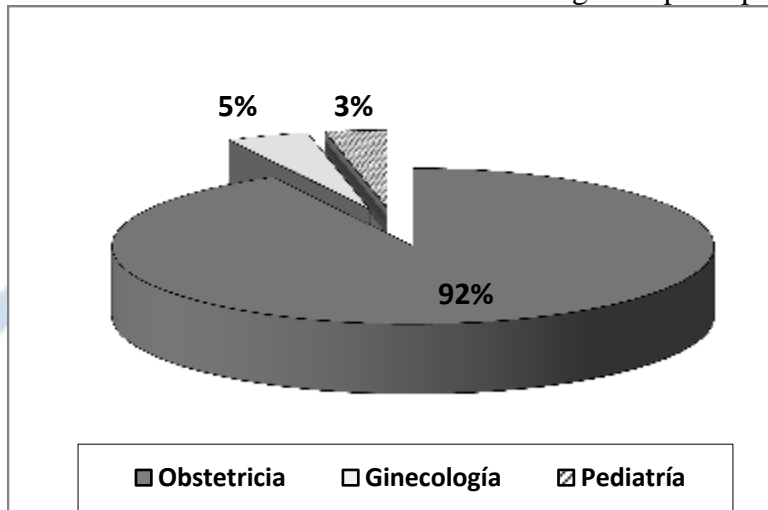


Tabla N° 34. Diagnósticos Obstétricos más frecuentes en Emergencia.

Descripción	Nº	%
Falso trabajo de parto a las 37ss y >	18669	35.04
Amenaza de aborto	9055	17.00
Trabajo de parto en emergencia	4677	8.78
Falso trabajo de parto antes de las 37ss	4356	8.18
Aborto incompleto sin complicación	3001	5.63
Cesareada anterior	2205	4.14
RPM	2005	3.76
Amenaza de parto pretérmino	1933	3.63
ITU en el embarazo/ Infección genital	1833	3.44
Otros diagnósticos	5544	10.41
Total	53,278	100.00

Tabla N° 35. Diagnósticos Ginecológicos más frecuentes en Emergencia.

Descripción	N°	%
Hemorragia vaginal y uterina anormal	810	31.81
Hemorragia vaginal y uterina disfuncional	246	9.66
Leiomiomatosis uterina	236	9.27
Dolor abdominal	176	6.91
Enfermedad inflamatoria pélvica	169	6.64
Atención post AMEU	106	4.16
AMEU insuficiente	75	2.95
Infección Urinaria	66	2.59
Otros diagnósticos	662	26.0
Total	2546	100.0

El Servicio de Emergencia es un servicio de tránsito de pacientes donde las mismas ingresan para evaluación, diagnóstico y tratamiento inicial, y estabilización hemodinámica de ser necesaria; luego de lo cual se establece el destino final de la paciente, que puede ser hospitalización, Sala de Partos, Sala de Operaciones, UCI Materna, o es dada de alta.

Tabla N° 36. Destino de las pacientes hospitalizadas por Emergencia.

DESTINO	Total	%
Servicio de Hospitalización	9648	19.54
Centro Obstétrico	3140	6.36
Centro Quirúrgico	2567	5.20
UCI Materna	139	0.28
Sala Quirúrgica de Emergencia	3878	7.85
Reevaluación en Emergencia	15721	31.84
Otros	14280	28.92
TOTAL	49373	100.00

IV.9.2. UPSS Hospitalización

IV.9.2.1. Hospitalización de Obstetricia.

IV.9.2.1.1. Indicadores de Proceso en Obstetricia.

Miden de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente.

Así en la tabla N° 37, se observa que la estancia hospitalaria de las pacientes obstétricas no se ha modificado en los últimos años, teniendo estancias cortas, con rápida rotación de pacientes y rendimiento alto, en vista que la mayoría no tienen una patología propiamente dicha, sino que se encuentran hospitalizadas por motivo de parto.

El porcentaje de ocupación de camas hospitalarias ha tenido una pequeña disminución en los últimos años, siendo el estándar estar en 90%.

Con respecto al Intervalo de Sustitución, es un indicador que mide el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama, en promedio una cama no debe estar vacía más de un día, así vemos que en el Departamento de Obstetricia se cumple con este estándar.

El Rendimiento Cama es un indicador que sirve para mostrar el número de enfermos tratados en una cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un período, en obstetricia se ha mantenido alrededor de 5.5, siendo el estándar de 3.

Tabla N° 37. Tendencia de Indicadores de proceso en Obstetricia.

Indicador	2010	2011	2012	2013
Estancia post parto vaginal (días)	2.9	3.0	2.6	2.6
Estancia post parto vaginal sin patología	2.3	2.5	2.5	2.4
Estancia post parto vaginal con patología	3.5	4.2	3.9	4.0
Estancia post parto cesárea (días)	4.8	4.4	5.0	5.1
Estancia post aborto (días)	2.9	2.4	2.6	2.7
Estancia gestante	3.4	3.4	3.6	3.5
Estancia puérpera	5.4	5.3	5.2	5.0
% ocupación cama en obstetricia	84.2%	83.4%	81.1%	80.1%
Intervalo de sustitución en obstetricia	0.9	1.0	1.0	1.0
Rendimiento cama Obstetricia	5.5	5.0	5.6	5.5

IV.9.2.1.2. Indicadores de Resultado en Obstetricia.

Como se observa en la tabla N° 38, en los últimos 2 años se ha presentado un aumento del total de partos, llegando a un valor similar al del año 2010 asimismo hay una tendencia al aumento del porcentaje de cesáreas, lo que puede estar en relación a una mayor complejidad del tipo de pacientes.

El aumento en la cantidad de partos también se ha visto en las adolescentes, manteniéndose la distribución por grupos etáreos, siendo la mayoría mayores de 17 años. Sin embargo, el porcentaje de cesáreas no es tan alto, dato que tiene relación con las estadísticas de años anteriores, y que permite establecer un menor riesgo de cesárea en este grupo.

Tabla N° 38. Tendencia de atención de partos en el INMP.

Población General	2010	2011	2012	2013
Promedio Parto Mensual	1,407	1,253	1332	1414
Promedio Parto Diario	46	41	44	47
Total Partos Vaginales	10,134	8,441	8759	9410
Total Partos por Cesárea	6744	6,592	6969	7562
% de Cesáreas	39.9	43.8	44.3	44.5
Total Partos en el Año	16,878	15,033	15728	16972
Partos Atendidos en Emergencia	20	8	4	2
Partos Gemelares	214	194	242	249
Partos Trillizos	4	5	2	2

Tabla N° 39. Tendencia de atención de partos en Adolescentes en el INMP.

Población de Adolescentes	2010	2011	2012	2013
Partos de 10 a 13 años	17	18	18	19
Partos de 14 a 16 años	503	439	553	579
Partos de 17 a 19 años	2,157	1,901	2019	2050
Total partos vaginales	1,857	1,582	1787	1832
Total partos cesárea	820	766	803	816
% de cesáreas	30.6	32.6	31.0	30.8
Total partos adolescentes	2,677	2,348	2590	2648

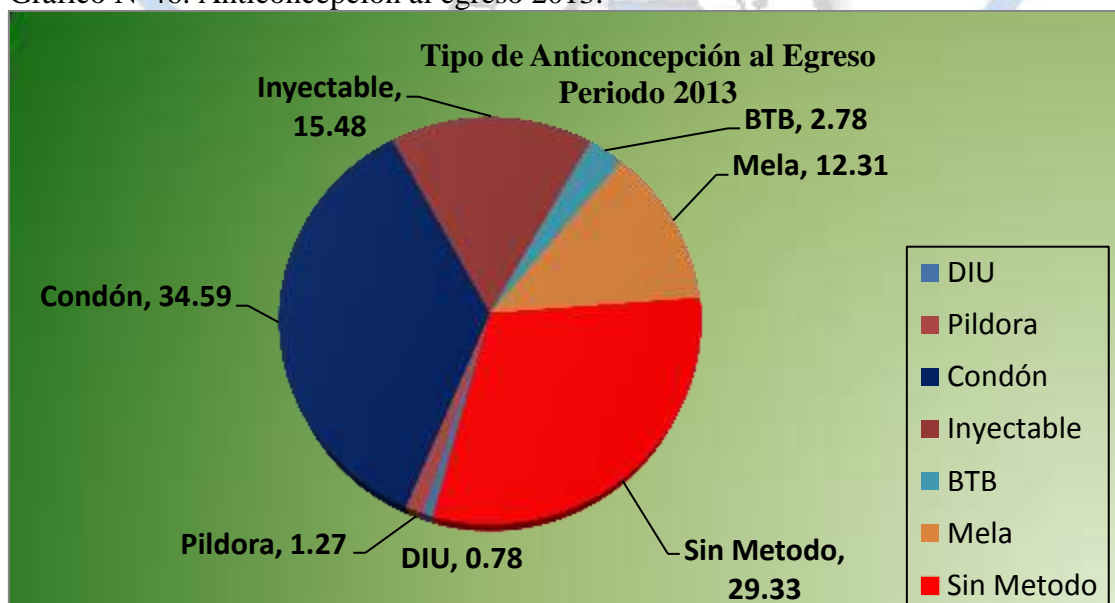
En la siguiente tabla se muestran los egresos hospitalarios, distribuidos de acuerdo al motivo de hospitalización, observándose un incremento en el total de egresos, con incremento del total de partos vaginales y de cesáreas; y como dato importante también se observa un 58% de partos con patología, lo que está de acuerdo a la complejidad de la institución.

Tabla N° 40. Egresos hospitalarios en Obstetricia.

Indicador	2010	2011	2012	2013
Parto vaginal	10,134	8,441	8759	9410
Parto vaginal sin patología	4,110	3,499	3566	3950
Parto vaginal con patología	6,024	4,962	5193	5460
Parto por cesárea	6,744	6,592	6969	7562
Egreso aborto	1,146	910	885	669
Egreso como gestante	2,112	2,139	2212	2147
Egreso como puérpera	235	218	206	162
Total de egresos obstétricos	20,371	18,300	19031	19950

Con respecto al método anticonceptivo en el postparto, todavía se tiene un porcentaje alto que sale sin método (29%), y sólo el 58% sale de alta con un método anticonceptivo moderno, lo que hace pensar en que puede haber una demanda insatisfecha de anticoncepción, por lo que la institución debe fortalecer la consejería en planificación familiar que permita a las pacientes tomar una decisión informada para el uso de métodos anticonceptivos; toda vez que esta es una estrategia adecuada para evitar embarazos no deseados, espaciar el periodo intergenésico y de esta manera disminuir la mortalidad materna.

Gráfico N°46. Anticoncepción al egreso 2013.



IV.9.2.2. Hospitalización de Ginecología.

En el Servicio de Ginecología, la mayoría de las pacientes hospitalizadas ingresan para cirugías electivas con estancias cortas. Sin embargo, se cuenta con un ambiente para Cuidados Intermedios, donde se hospitalizan pacientes más delicadas que ameritan un mayor control, siendo la mayor parte de las mismas pacientes obstétricas que salen de UCI, lo que explica la mayor estancia al compararla con la de Obstetricia.

Se evidencia una subutilización del servicio de hospitalización, lo que se refleja en % de ocupación de camas bajo y un intervalo de sustitución alto.

Tabla N° 41. Tendencia de Indicadores de proceso en Ginecología.

Indicador	2010	2011	2012	2013
Estancia ginecológica (días)	5.4	5.4	5.8	5.6
% ocupación cama en ginecología	71.3%	68.5%	74.7%	71.4%
Intervalo de sustitución ginecología	1.6	1.5	1.4	1.7
Rendimiento cama ginecológica	4.4	4.0	4.0	4.0

IV.9.2.3. Hospitalización de Neonatología.

IV.9.2.3.1. Indicadores de proceso en Neonatología.

En Neonatología el porcentaje de ocupación es bastante alto, cercano al 95%, lo que se explica porque la mayoría de pacientes hospitalizados en Neonatología tienen largas estancias por ser prematuros, además que el INMP por ser centro de referencia, constantemente recibe gestantes con patologías como la Preeclampsia que obligan a tener que interrumpir el embarazo prematuramente, por lo que la demanda supera a la oferta en Neonatología. Así, en los últimos meses del año 2013, se sobrepasó la capacidad instalada de la UCI Neonatal y de Intermedios, condicionando un incremento en la infecciones intrahospitalarias.

El problema de sobredemanda ha llevado a que el Departamento de Neonatología revise los criterios de alta, con el objetivo de tener mayor disponibilidad de camas, así se observa una tendencia a la disminución de la estancia hospitalaria, sin embargo, las estancias generalmente son prolongadas debido a que en su mayoría los neonatos que se encuentran hospitalizados son prematuros.

Tabla N° 42. Tendencia de Indicadores de proceso en Neonatología.

Hospitalización	2010	2011	2012	2013
Promedio de estancia en UCIN (días)	16.4	14	13.2	14.1
Promedio de estancia en Intermedios (días)	15.0	13	12.6	13.1
% Ocupación Cama UCIN	95.5	96.6	96.3	96.5
% Ocupación Intermedios	94.7	93.5	94.7	94
Intervalo de sustitución UCIN	0.8	0.5	0.5	0.5
Intervalo de sustitución Intermedios	0.8	0.9	0.7	0.8
Rendimiento cama-mes UCI Neonatal	1.8	1.8	1.9	1.7
Rendimiento cama-mes Intermedios	4.5	4.9	5.1	5.3

IV.9.2.3.2. Indicadores de resultado en Neonatología.

En los últimos años se ha presentado un incremento en el total de nacimientos, manteniéndose el porcentaje de recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso; de igual forma el porcentaje de recién nacidos prematuros se mantiene entre 8.5 y 10%.

Los casos de asfixia se mantienen en porcentajes similares a los del año pasado.

Por otro lado hay una ligera disminución del porcentaje de neonatos que necesitan hospitalización, llegando en el 2013 al 13.72%, habiendo tendencia a mantenerse el porcentaje de los que necesitan de UCI-N; estos porcentajes pueden parecer altos, sin embargo están en relación a la gran cantidad de prematuros que nacen en la institución, por el nivel de complejidad de la misma, teniendo en cuenta que gran parte de las gestantes referidas de otras instituciones cursan con gestaciones pretérmino y complicaciones obstétricas como preeclampsia que obligan a interrumpir el embarazo.

Tabla N° 43. Tendencia de Indicadores de resultado en Neonatología.

Resultado	2010	2011	2012	2013
Recién nacidos vivos	16,879	15176	16068	17089
Natimueertos	197	171	167	223
Total Nacimientos	17,076	15,347	16235	17303
Nacimientos Bajo Peso	1372	1345	1366	1401
Nacimientos Muy Bajo Peso	381	364	380	397
Nacimientos Pre-Término	1462	1426	1653	1722
Apgar ≤ 3 a los 5 Min	317	376	399	416
Apgar < 6 a los 5 Min	154	182	201	219
Total ingresos a Neonatología	2205	2280	2280	2345
Ingresos a UCI	701	646	621	675
Promedio diario de RN en Alojamiento Conjunto	38.3	32	35	42
Egresos de RN vivos	1924	2045	2144	2233
Egresados fallecidos post neonatal	213	164	170	181

Gráfico N° 47. Tendencias de nacimientos de RN de bajo y muy bajo peso al nacer.

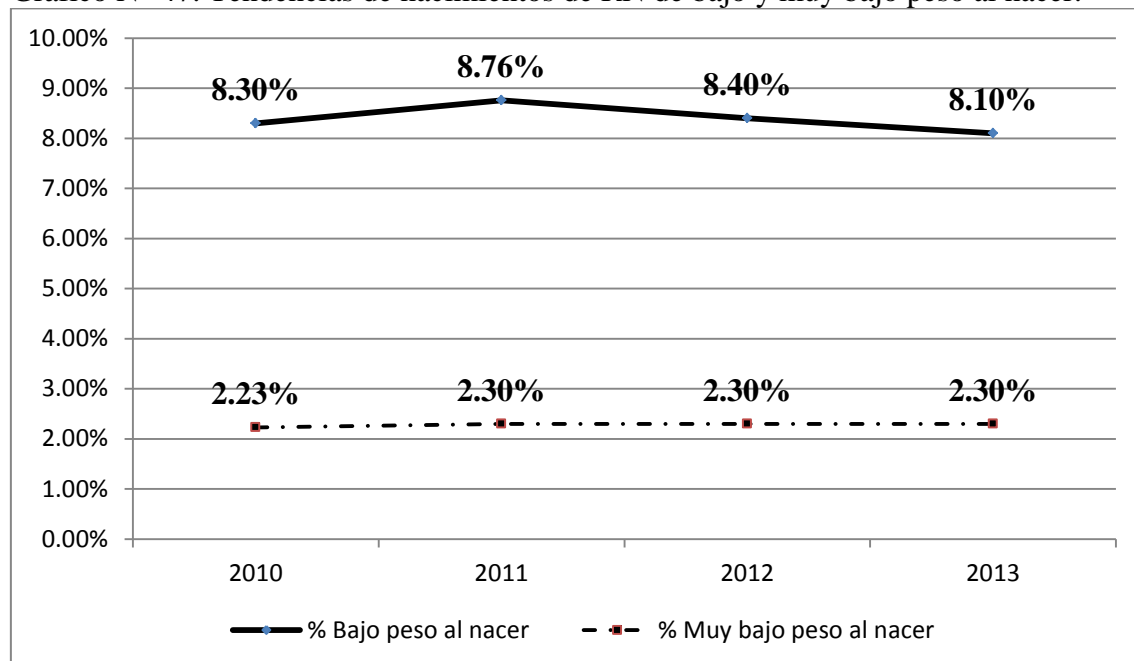


Gráfico N° 48. Tendencias de nacimientos de prematuros.

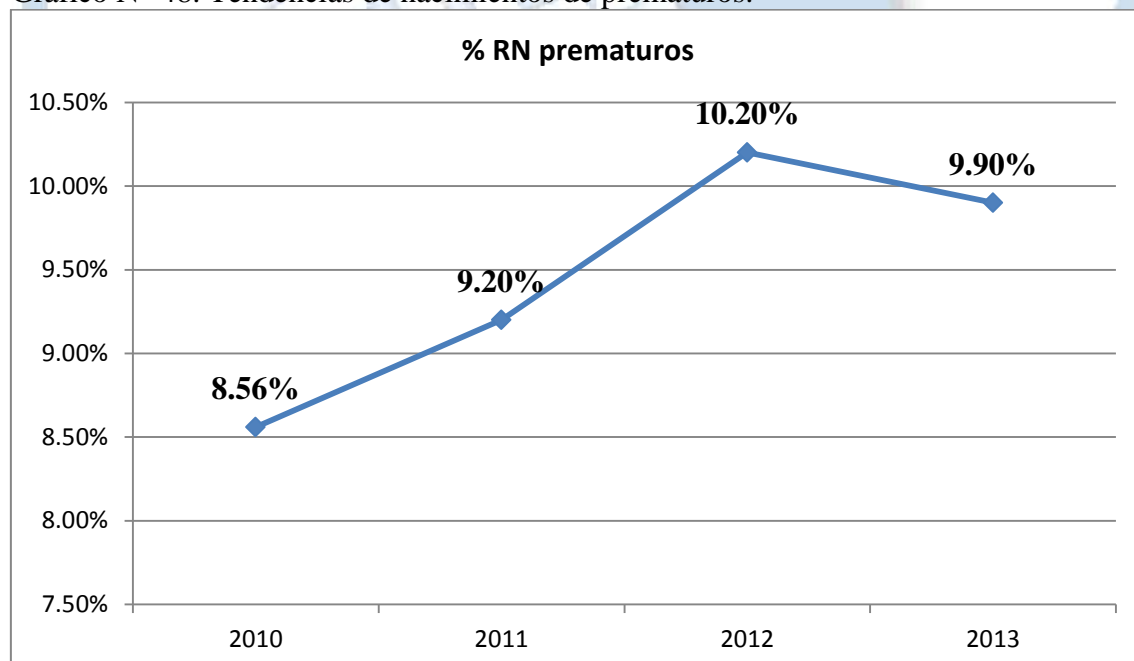
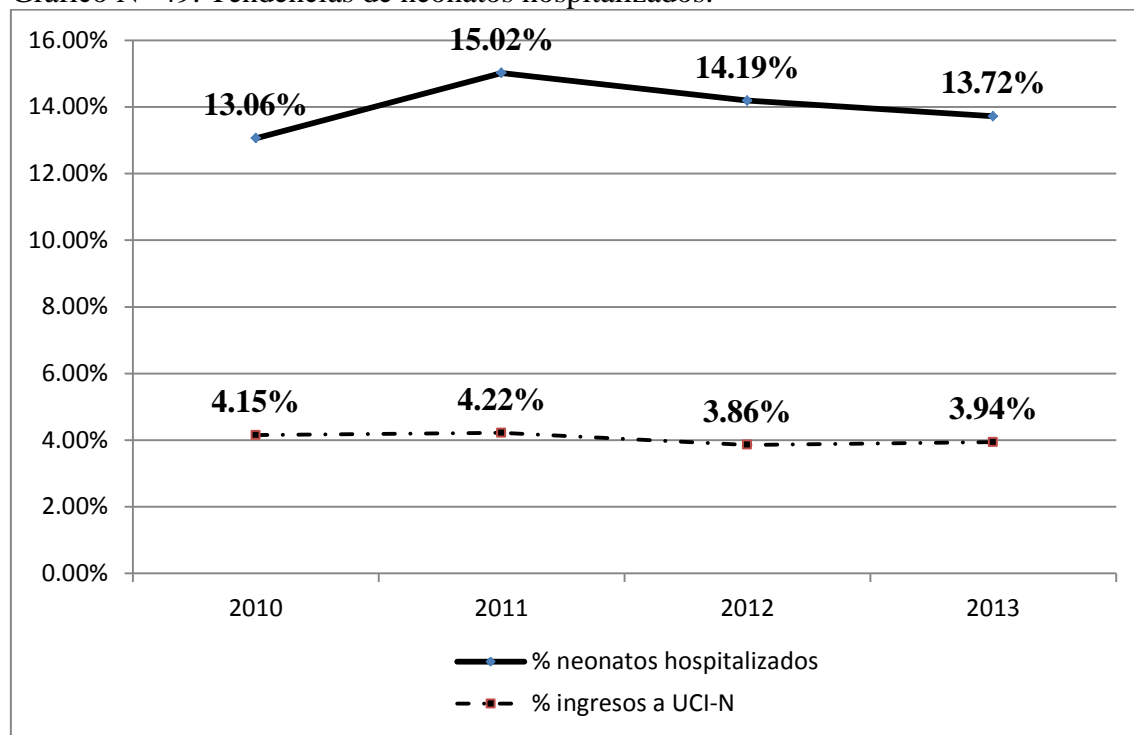


Gráfico N° 49. Tendencias de neonatos hospitalizados.



IV.9.3. UPSS Centro Quirúrgico.

Productividad en Sala de Operaciones

Como se observa en la tabla N° 44, en el INMP históricamente la mayor parte de intervenciones son de tipo obstétricas, y sólo un 1 % corresponden a intervenciones en neonatos.

Tabla N° 44. Tendencia de las intervenciones quirúrgicas según especialidad.

Intervenciones Quirúrgicas	2010		2011		2012		2013	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Intervenciones Obstétricas operadas	7,256	78.54	7,058	79.53	7589	81.62	8032	83.36
Intervenciones Ginecológicas operadas	1,878	20.3	1,703	19.2	1604	17.25	1460	15.15
Pacientes Neonatales operados	105	1.14	114	1.28	105	1.13	143	1.48
Total de Intervenciones	9,239	100.0	8,875	100.0	9298	100.0	9635	100.0

En la Tabla n° 45 se observa que hay un incremento de las intervenciones quirúrgicas de Obstetricia en los últimos años; además que la mayoría de las cirugías obstétricas (93%) realizadas en el INMP en el 2013, correspondieron a cesáreas, habiendo una tendencia clara al incremento de este tipo de intervenciones en relación a lo observado en los últimos años.

También se observa un incremento de los procedimientos realizados en Sala de Operaciones para resolver complicaciones de parto vaginal. Estos hallazgos pueden ser explicados por una mayor complejidad de los casos que llegan referidos a la institución. Por otro lado se observa que la mayor parte de procedimientos quirúrgicos realizados para casos de aborto en sala de operaciones correspondieron a legrados uterinos, y sólo en un 8% se realizaron AMEU, ya que las pacientes con diagnóstico de aborto que pasan a sala de operaciones son las que tienen gestaciones mayores a 13 semanas o que presentan complicaciones; mientras que las que no presentan complicaciones son manejadas en el servicio de Emergencia.

Tabla N° 45. Tendencia de las intervenciones quirúrgicas en Obstetricia.

Intervenciones Obstétricas	2009	2010	2011	2012	2013
Cesáreas	7255	6755	6613	7095	7497
Cesáreas	6428	5945	5936	6558	6876
Cesáreas + histerectomía	17	16	10	49	16
Cesáreas + BTB	780	794	667	518	605
Colocación de cerclaje	8	6	4	8	5
Retiro de cerclaje	0	1	0	0	0
Complicaciones post Parto	128	101	90	121	135
Sutura de desgarros cervicales	22	18	17	24	9
Sutura de desgarros vaginales	50	45	33	61	71
Drenaje de hematoma vaginal	7	7	6	1	7
Debridación de hematoma subaponeurótico	14	16	16	9	18
Debridación de hematoma post cesárea	20	9	5	8	6
Extracción manual de placenta	15	6	13	18	24
Abortos	376	393	352	361	395
Legrado uterino por aborto	357	364	335	342	362
AMEU por aborto	17	29	19	18	33
LU_ por mola hidatiforme	2	0	0	1	0
Total Intervenciones	7767	7256	7058	7589	8032

En cuanto a las intervenciones ginecológicas llama la atención la disminución en todos los procedimientos tanto abdominales como vaginales si hacemos la comparación con los años anteriores. Se espera que con el fortalecimiento del Servicio de Reproducción Humana, además de haberse capacitado a un buen grupo de Gineco Obstetras en cirugía laparoscópica, en los próximos años se logre incrementar este tipo de intervenciones.

Tabla N° 46. Tendencia de las intervenciones quirúrgicas en Ginecología.

Intervenciones Ginecológicas	2009	2010	2011	2012	2013
Abdominales	833	796	851	791	671
Histerectomías Abdominales	284	253	250	253	216
➤ Histerectomía Abdominal total o sub total	222	224	197	217	183
➤ Histerectomía ampliada a vagina	42	25	50	36	28
➤ Histerectomía radical	20	4	3	0	5
Miomectomía	75	75	94	85	91
Cistectomía	134	132	145	128	120
Ooforectomía y/o Salpingectomía	211	237	240	243	191
Plastía tubárica	18	13	32	34	22
Otras cirugías Abdominales	115	82	95	47	46
Vaginales	212	199	156	152	181
Histerectomías vaginales	26	42	16	24	39
Colporrafia	139	117	109	108	119
Otras cirugías Vaginales	47	40	31	21	23
Cuello Uterino	46	36	33	23	14
Conización	28	33	26	13	13
Otras cirugías de cervix	18	3	7	10	1
Laparoscopías	430	390	404	355	387
Laparoscopías Quirúrgicas	263	314	281	301	267
➤ Cistectomía laparoscópica	21	13	21	18	23
➤ Histerectomía laparoscópica	35	16	9	5	18
➤ Colectomía laparoscópica	1	0	0	2	1
➤ Miomectomía laparoscópica	3	3	0	1	0
➤ Otras laparoscopías quirúrgicas	199	282	251	274	225
Laparoscopías Diagnóstica	167	76	123	55	120
Histeroscopia Quirúrgica	115	85	26	54	67
Legrado uterino ginecológico	68	61	54	61	44
AMEU ginecológico	5	8	9	5	16
Mamas	38	53	33	48	51
Mastectomía	9	25	13	5	7
Otras cirugías de mamas	28	27	20	43	44
Total Intervenciones	2085	1878	1703	1604	1460

En lo referente a anticoncepción quirúrgica voluntaria, se nota una disminución considerable de este tipo de intervenciones, por lo que se debe fortalecer toda la estrategia de planificación familiar (en la Tabla N° 46 sólo se consideran a los BTB de intervalo, no a los realizados durante cesárea que están en la tabla 45).

Tabla N° 47. Tendencia de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV).

AQV	2009	2010	2011	2012	2013
BTB intervalo	234	235	130	119	124
Vasectomía	24	15	7	24	4
Total Intervenciones	258	250	137	133	128

Porcentaje de Operaciones de Emergencia

Como se puede ver en los siguientes gráficos la mayoría de intervenciones obstétricas son realizadas como emergencia, y sólo un 20% se realizan en forma electiva, esto debido al grado de complejidad de las pacientes que son atendidas en el instituto. Lo contrario ocurre con las operaciones ginecológicas en cuyo caso la mayoría son realizadas en forma electiva.

Gráfico N° 50. Tipo de Intervenciones Obstétricas

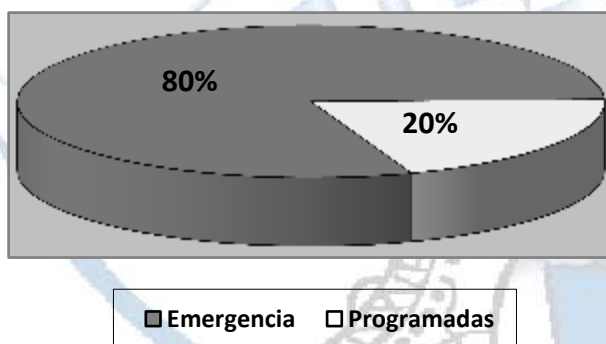
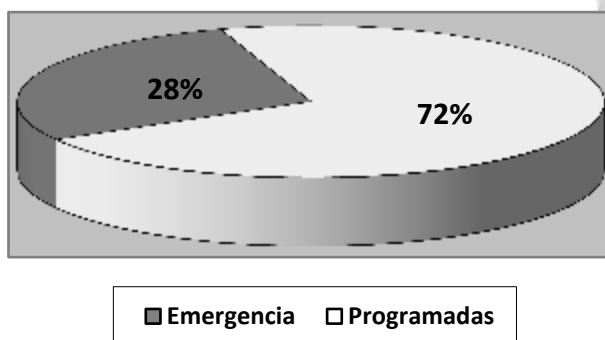


Gráfico N° 51. Tipo de Intervenciones ginecológicas



IV.9.4. UPSS Centro Obstétrico.

A Centro Obstétrico llegan las gestantes que se encuentran en trabajo de parto, las que ameritan realizar tocólisis por amenaza de parto pretérmino, y las que necesitan de monitoreo electrónico fetal.

En la Tabla N° 48 vemos los indicadores de proceso, evidenciándose un incremento en los procedimientos de atención previos a la atención del parto propiamente dicha; todos estos procesos tienen que ver con una mejora en la calidad de atención, con el objetivo de disminuir los eventos adversos.

Debemos tener en cuenta que estos procedimientos requieren un monitoreo estricto, que muchas veces amerita que la paciente permanezca en el servicio por varias horas, como en el caso de las inducciones, acentuaciones de parto y tocólisis.

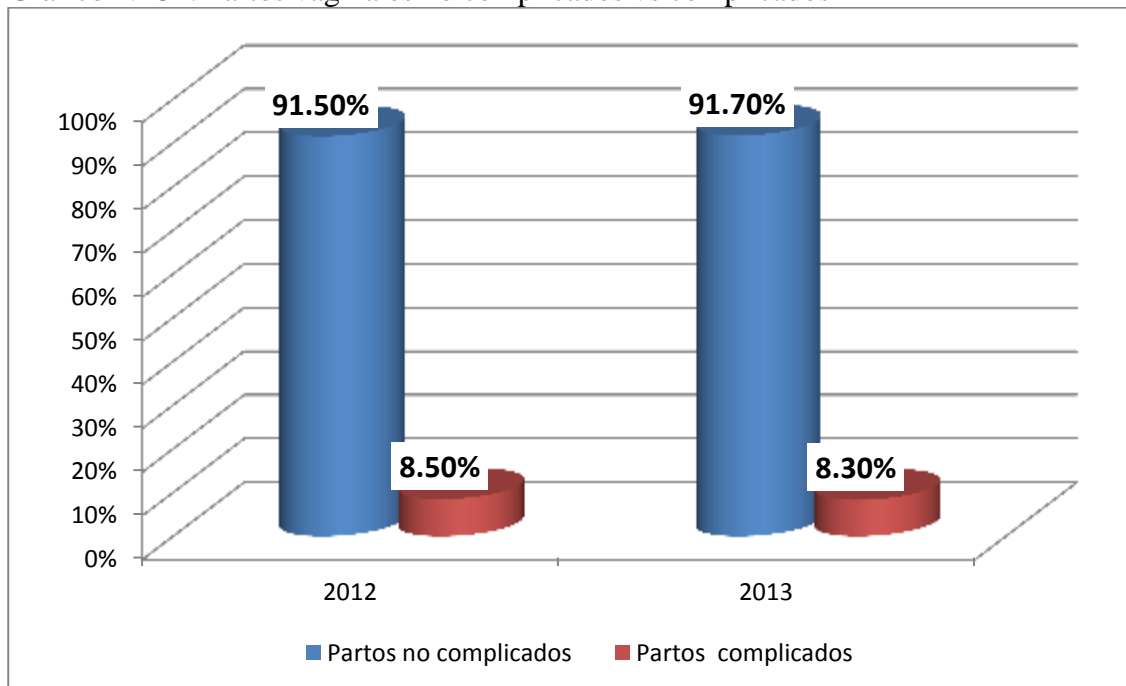
De esta manera, la mayor parte de los partos atendidos en el INMP, no presentaron complicaciones, lo que se puede apreciar en el gráfico N°52.

Tabla N° 48. Indicadores de proceso de Centro Obstétrico. 2012 – 2013.

Procedimientos anteparto	2012		2013	
	N°	%	N°	%
Inducciones	97	0.83	114	0.9
Acentuaciones	2708	23.44	3660	28.94
Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto	7844	67.9	8675	68.59
Monitoreo Electrónico Fetal Anteparto	885	7.66	1038	8.2
Ecografía Obstetrica	44	0.38	84	0.66
Amnioscopia	8	0.07	0	0
Tocólisis	689	5.96	679	5.36
Tocólisis exitosa	556	4.81	543	4.29
Analgesia de parto	1631	14.12	2389	18.89
Total de atendidas	11553	100	12648	100

Fuente: Centro Obstétrico INMP.

Gráfico N° 52. Partos vaginales no complicados vs complicados



Fuente: Centro Obstétrico INMP.

Debemos mencionar también que el INMP, en los últimos años ha estado fomentando la Humanización de la Atención del Parto, considerando dentro de la misma la adecuación intercultural (parto vertical), la analgesia de parto y la participación de un familiar durante la atención de parto, de esta manera se espera lograr una mayor satisfacción de las usuarias, y disminuir los eventos adversos.

Tabla N° 49. Indicadores de Humanización del Parto en el INMP.

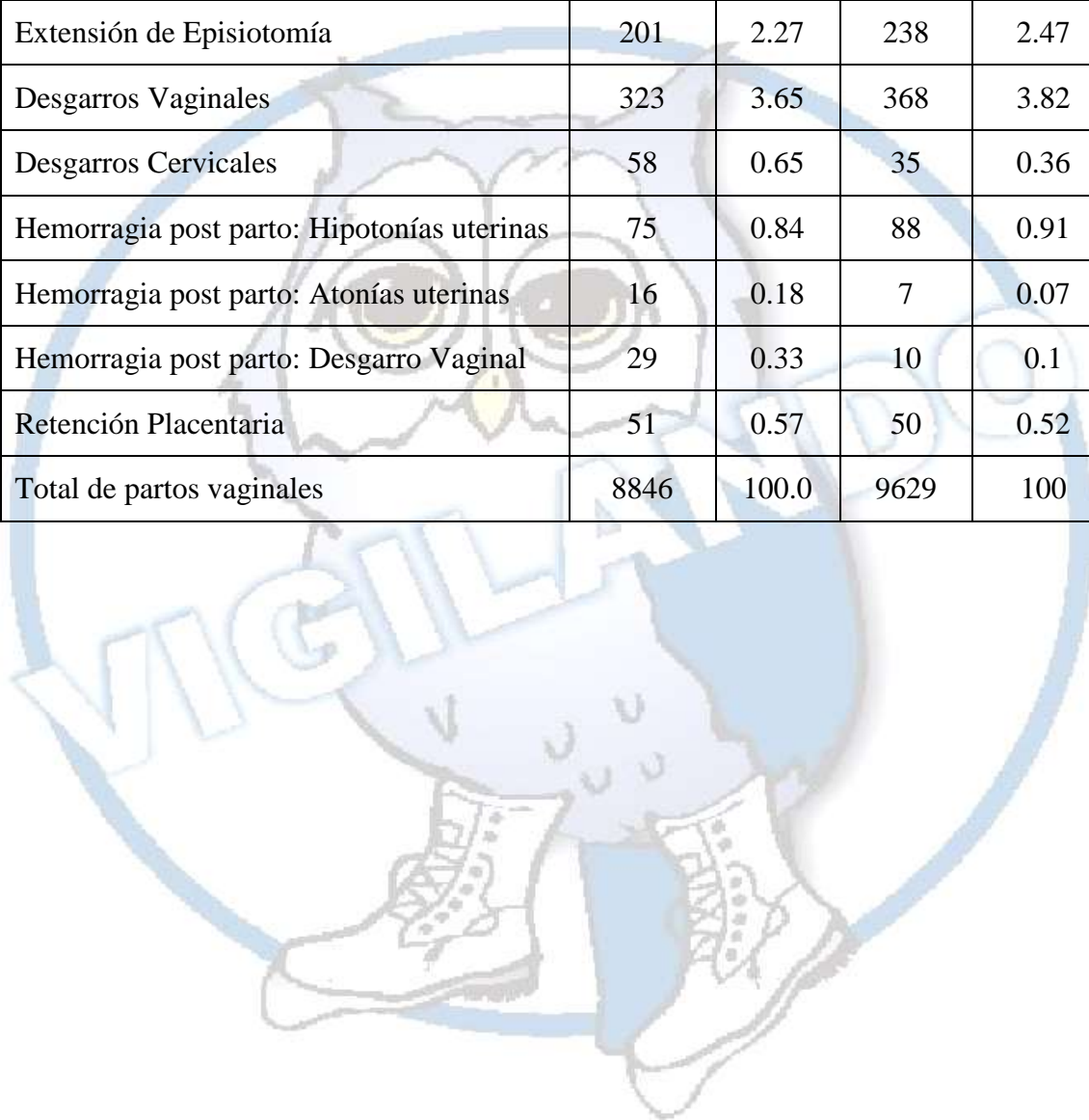
Procedimiento	2012	2013
Partos verticales	1239	1541
Analgesia de parto	1631	2389
Partos con acompañante	3967	4849

Fuente: Centro Obstétrico INMP.

Como se mencionó anteriormente, las complicaciones se han presentado en un pequeño porcentaje, en la siguiente tabla se presentan las complicaciones más frecuentes.

Tabla N° 50. Complicaciones del parto INMP. 2012 – 2013.

Complicaciones post parto vaginal	2012		2013	
	N°	%	N°	%
Revisión de Canal del Parto	255	2.88	239	2.48
Legrado Uterino Puerperal	442	4.99	508	5.27
Extensión de Episiotomía	201	2.27	238	2.47
Desgarros Vaginales	323	3.65	368	3.82
Desgarros Cervicales	58	0.65	35	0.36
Hemorragia post parto: Hipotonías uterinas	75	0.84	88	0.91
Hemorragia post parto: Atonías uterinas	16	0.18	7	0.07
Hemorragia post parto: Desgarro Vaginal	29	0.33	10	0.1
Retención Placentaria	51	0.57	50	0.52
Total de partos vaginales	8846	100.0	9629	100



IV.9.5. UPSS Consultorios externos

En el INMP, por ser un instituto de referencia, la mayor parte de pacientes que acuden por consultorios son Gestantes y luego las pacientes con Patología Ginecológica; brindándose también atención y seguimiento a los Neonatos de Alto Riesgo, y que las atenciones de Especialidades Médicas son realizadas básicamente como Interconsultas solicitadas por Gineco Obstetricia y Pediatría.

En los siguientes gráficos vemos la distribución de las atenciones y de pacientes atendidos por especialidades en los 2 últimos años.

Gráfico N° 53. Distribución de las atenciones por especialidad INMP 2012.

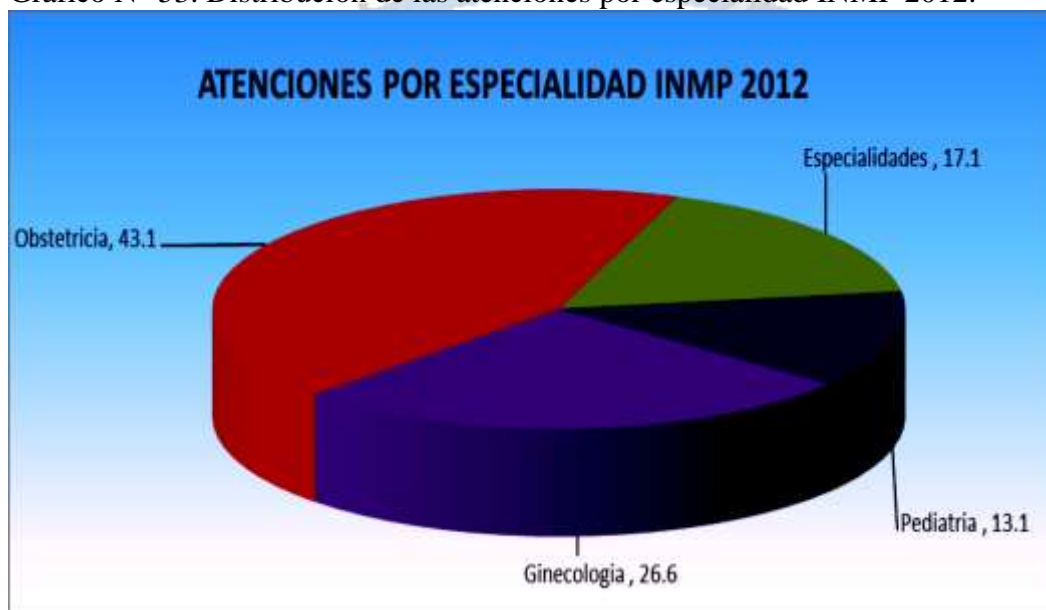


Gráfico N° 54. Distribución de las atenciones por especialidad INMP 2013.

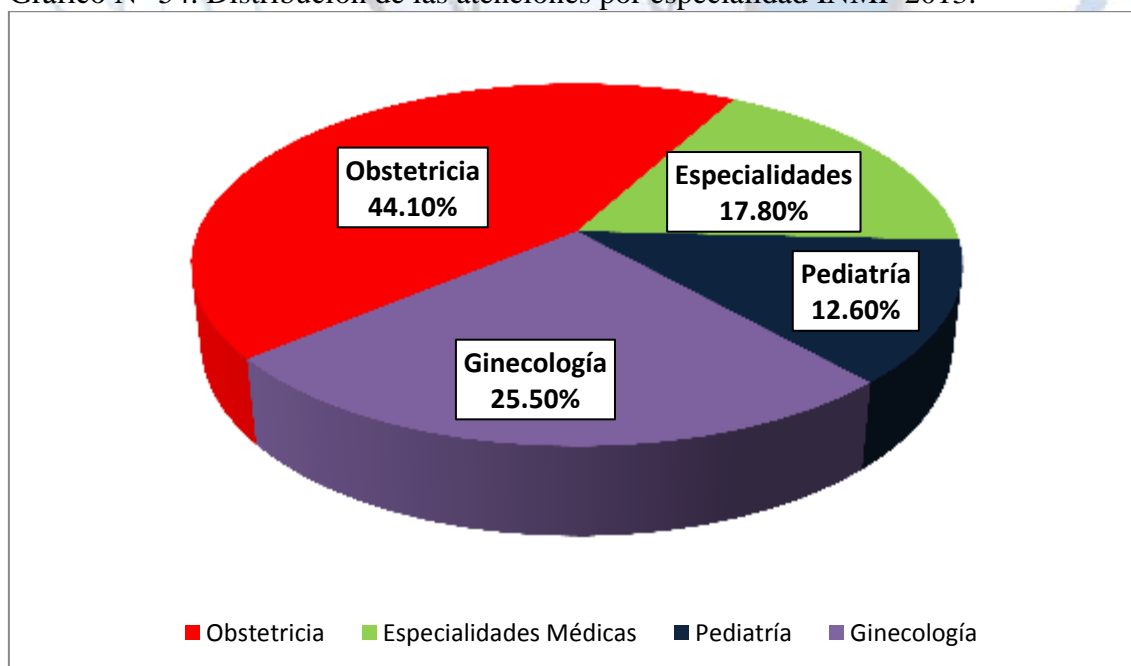
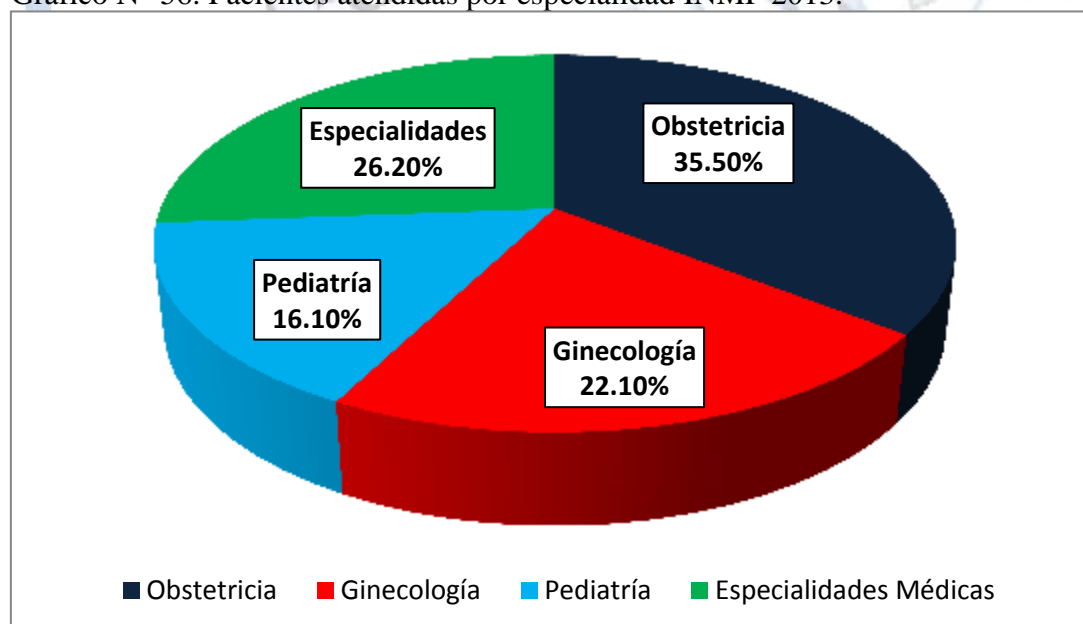


Gráfico N° 55. Pacientes atendidas por especialidad INMP 2012.



Gráfico N° 56. Pacientes atendidas por especialidad INMP 2013.



IV.9.5.1. Consultorios de Obstetricia.

En la siguiente tabla podemos apreciar una tendencia a incrementarse el número de atenciones en consulta prenatal en los últimos años, lo que puede estar en relación al prestigio ganado por la institución, que hace que las pacientes prefieran hacer sus controles en una institución de mayor complejidad. Con el control puerperal la tendencia al incremento es menor, en vista que en promedio tienen un solo control postparto (concentración 1.2), y muchas veces lo realizan en establecimientos de salud cercanos a su hogar si no se han presentado complicaciones, así la cobertura de control puerperal sólo es del 20%.

El promedio de controles prenatales que tienen las usuarias del INMP está entre 3 y 4, teniendo en cuenta que muchas de las pacientes que se atienden en el instituto tienen controles en otros establecimientos y que acuden referidas o por decisión propia, en fecha cercana al final del embarazo.

En cuanto al rendimiento hora médico en control prenatal está dentro del estándar que es de 4, no así con el rendimiento en control puerperal que es de 3.

Tabla N° 51. Indicadores de proceso de Consultorios de Obstetricia.

INDICADOR	2010	2011	2012	2013
Gestantes atendidas	12239	13504	12818	14374
Atenciones de gestantes	45512	46621	47108	49021
Puérperas atendidas	3160	3512	3505	3671
Atenciones de puérperas	3572	4212	4928	4415
Total de atenciones obstétricas	49084	50833	52036	53436
Concentración de gestantes	3.7	3.5	3.0	3.4
Rendimiento hora-médico en control prenatal	2.5	4.1	4.0	4.1
Concentración de puérperas	1.1	1.2	1.4	1.2
Rendimiento hora-médico en control puerperal	3.0	3.0	2.9	3.0
Cobertura total control puerperal	17.3%	20.8%	19.9%	20.9%

IV.9.5.2. Consultorios de Ginecología.

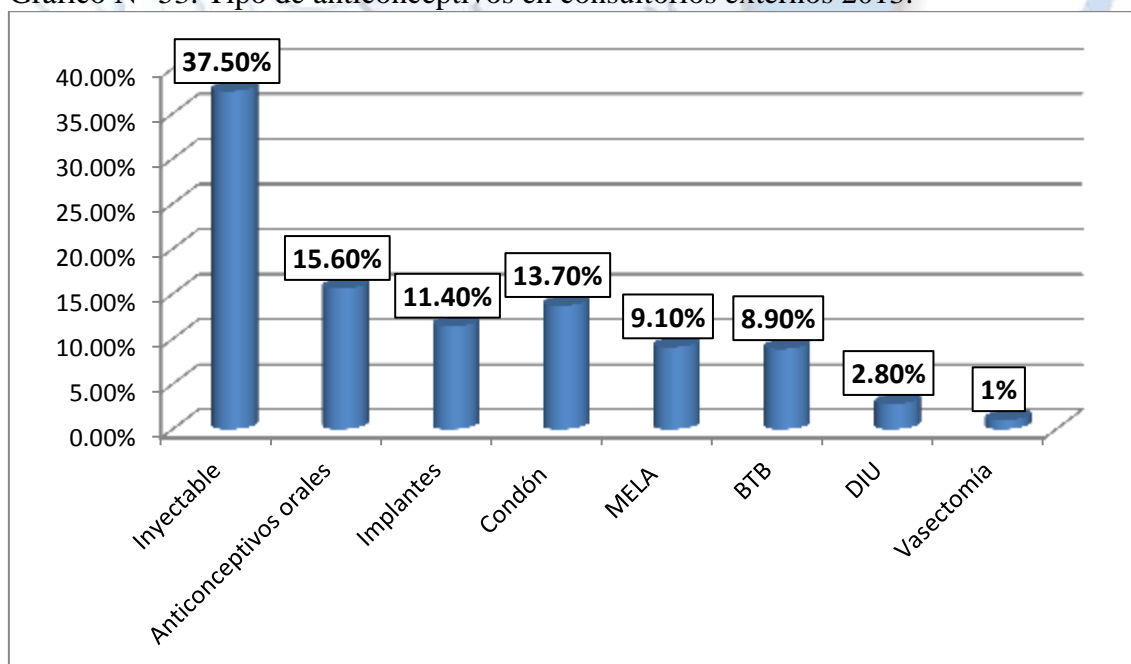
En consultorios externos de Ginecología preocupa la disminución de las atenciones en relación a lo observado en los 2 últimos años, y que también se ve reflejado en el rendimiento hora-médico menor al estándar de 4, y que amerita mejorar la oferta de servicios, así se ha fortalecido el servicio de Reproducción Humana, y se espera aumentar la demanda para el próximo año.

Tabla N° 52. Indicadores de proceso de Consultorios de Ginecología.

Indicador	2010	2011	2012	2013
Atendidas ginecológicas	10803	14196	10872	11212
Atenciones ginecológicas	25796	32460	32111	30915
Concentración de pacientes ginecológicas	2.4%	2.3%	2.5%	2.7%
Rendimiento hora-médico en consultorio de Ginecología	2.9%	3.0%	3.0%	3.0%

El Departamento de Ginecología también se encarga del consultorio de Planificación Familiar, y en el gráfico 53 podemos observar que los métodos más usado han sido los hormonales, habiendo una aceptación progresiva al uso de implantes, y se mantiene en un porcentaje bajo el uso de DIU.

Gráfico N° 53. Tipo de anticonceptivos en consultorios externos 2013.



IV.9.5.3. Consultorios de Neonatología.

Llama la atención la disminución considerable en las atenciones en consultorios de Neonatología, que en parte se explica porque se tuvo que suspender las atenciones para que se realice la remodelación de los ambientes de Consultorios externos de Neonatología, además del periodo de huelga médica, y por otro lado el déficit de médicos Neonatólogos para programar en consultorios externos, teniendo la alta carga laboral que tienen en hospitalización al haber sobrepasado la capacidad instalada.

Tabla N° 53. Indicadores de proceso de Consultorios de Pediatría.

Consultorios Pediatría	2010	2011	2012	2013
Atendidos	11100	16232	6175	8234
Atenciones	29468	34274	15820	15246
Concentración	2.7	2.12	2.6	1.9
Rendimiento Pediatra	3.2	3.9	4.2	4.0

IV.9.5.4. Consultorios de Especialidades Médicas.

En el INMP se cuentan con consultorios de otras especialidades médicas para la atención básicamente de gestantes, pacientes ginecológicas y neonatos que requieran de otro tipo de atención especializada, es decir pasan por interconsultas. Así se cuentan con las especialidades de Oftalmología, Endocrinología, Medicina Interna, Cardiología, Anestesiología, Rehabilitación y Genética.

En la tabla N° 54 vemos los indicadores de proceso de los diferentes consultorios de especialidades médicas.

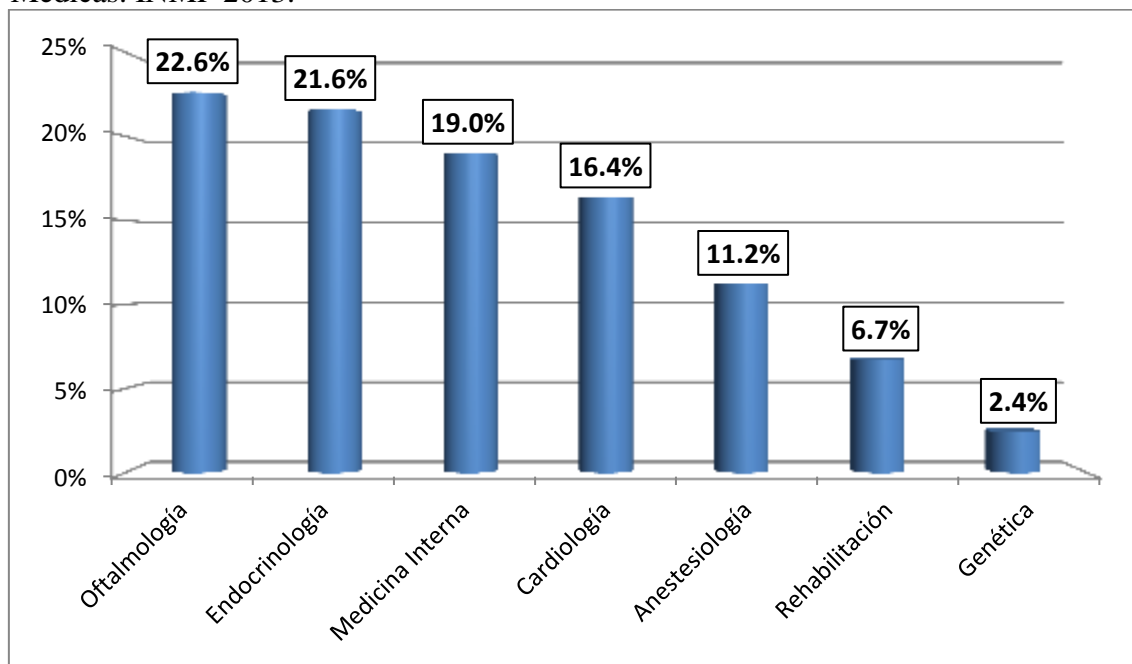
Tabla N° 54. Indicadores de Consultorios de Especialidades Médicas 2012-2013.

Consultorios Especialidades	Atendidas		Atenciones		Concentración		Rendimiento	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Oftalmología	2223	2293	3643	5119	1.6	2.2	3.3	3.8
Endocrinología	1530	1829	3474	4037	2.3	2.2	2.4	2.7
Medicina Interna	1815	1863	3065	3044	1.7	1.6	3.1	3.1
Cardiología	2001	2926	2648	3565	1.3	1.2	2.4	3
Anestesiología	1422	1993	1807	2161	1.3	1.1	1.6	1.7
Rehabilitación	765	644	1086	1506	1.4	2.3	1.2	1.6
Genética	141	500	380	1069	2.7	2.1	1.1	2.2

La mayor parte de atenciones en Especialidades Médicas corresponden al Consultorio de Oftalmología, teniendo en cuenta que atiende a gestantes y puérperas con trastornos hipertensivos del embarazo, y también a recién nacidos prematuros a quienes se les tiene que hacer seguimiento por el alto riesgo que tienen de presentar retinopatía.

El resto de consultorios atienden las interconsultas de Obstetricia y Ginecología, con excepción del consultorio de Rehabilitación, que atiende básicamente a los neonatos con secuelas neurológicas.

Gráfico N° 54. Distribución de las atenciones en consultorios de Especialidades Médicas. INMP 2013.



IV.9.5.5. Consultorios de Especialidades No Médicas.

Complementariamente se cuenta con los Consultorios de Especialidades No Médicas como: Odontología, Psicología y Terapia Física, cuyos indicadores se muestra en la siguiente tabla.

Tabla N° 55. Indicadores de proceso de Consultorios de Especialidades no Médicas. INMP 2013.

Consultorios Especialidades No Médicas	Atendidas		Atenciones		Concentración		Rendimiento	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Odontología	8,264	6,235	9,037	7,829	1.1	1.2	3.6	3.4
Psicología	2,937	2,548	3,571	3,376	1.2	1.3	3.0	2.9
Terapia Física	430	481	3,807	5,075	8.8	10.1	3.3	3.9

IV.10. ANALISIS PRESUPUESTAL.

Los ingresos recaudados por las distintas fuentes y la ejecución del presupuesto han aumentado en los últimos 5 años.

La ejecución presupuestal de la institución ha ido aumentando en los últimos años, llegando a mantenerse cerca del 98% de ejecución en los 3 últimos años, el cual es un indicador adecuado del manejo administrativo de los recursos, lo que se ve reflejado en mejoras sustanciales en la infraestructura y equipamiento hospitalario.

Tabla N° 56. Presupuesto inicial modificado. INMP 2010 - 2013.

Concepto	2010	2011	2012	2013
Recursos Ordinarios (RO)	72'747,218	84'095,906	96'829,227	99'810,718
Recursos Directamente Recaudados (RDR)	11'864,265	19'562,281	17'457,545	20'591,164
Donaciones y Transferencias	6'237,712	4'522,762	4'393,595	5'247,869
Total	90'849,195	108'180,949	118'680,367	125'649,751

Gráfico N° 55. Evolución de la asignación presupuestal. INMP 2007 – 2013.

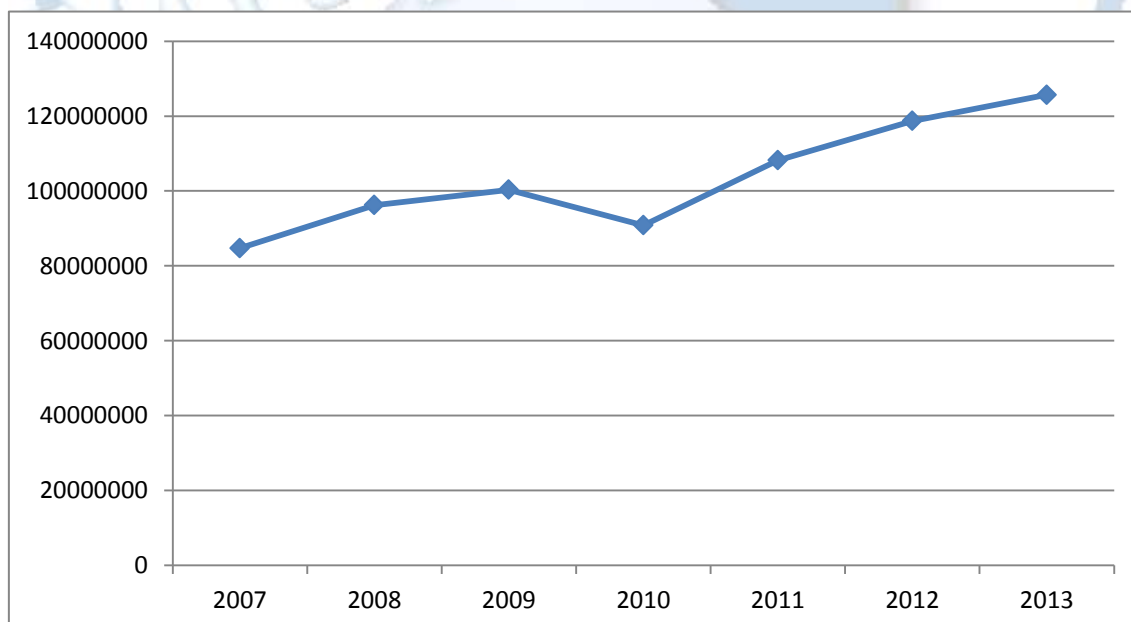
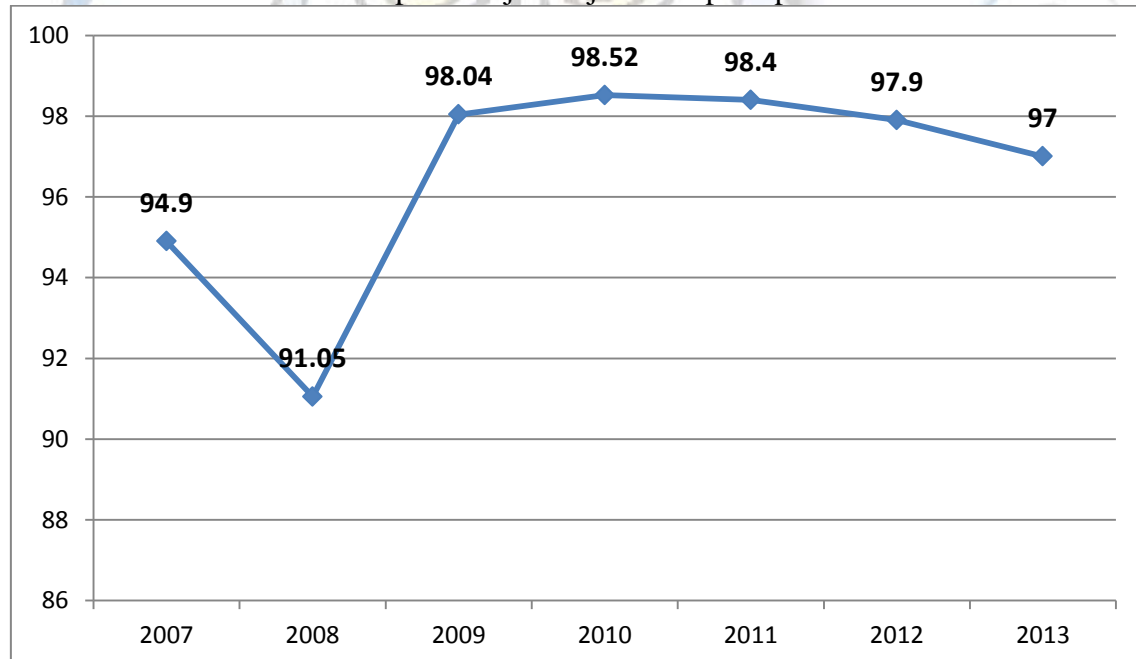


Tabla N° 57. Ejecución presupuestal. INMP 2010 - 2013.

Concepto	2010	2011	2012	2013
Recursos Ordinarios (RO)	72'277,435	83'953,187	94'480,862	99'629.610
Recursos Directamente Recaudados (RDR)	11'566,142	19'179,517	17'346,645	18'200,544
Donaciones y Transferencias	5'665,262	3'321,433	4'305,480	4'139,568
Total	89'508,840	106'454,139	116'132,988	121'969,722

Gráfico N° 56. Evolución del porcentaje de ejecución presupuestal. INMP 2007 – 2013.



V. BRECHAS ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA

En Obstetricia:

- Control prenatal en promedio llega entre 3 a 4 controles, siendo de esta manera insuficiente, lo que se puede explicar porque muchas de las pacientes que acuden al INMP, han tenido controles previos en otros establecimientos, y en algunos casos no tuvieron control prenatal y sólo acudieron para la atención del parto.
- Pocas pacientes inician su control prenatal en el primer trimestre, lo que no permite una detección temprana de complicaciones.
- El sistema de redes para la atención materna perinatal es inadecuado, por lo que el instituto sigue atendiendo un gran porcentaje de pacientes de baja complejidad, habiendo pacientes de mayor complejidad que son atendidas en otros establecimientos y que son referidas sólo cuando tienen complicaciones.
- Muchas de las pacientes referidas de otras instituciones, llegan al INMP con complicaciones serias y demoras en la atención, lo que condiciona una mayor morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal.
- La Preeclampsia sigue siendo la complicación obstétrica causante de la mayor morbi-mortalidad materna y perinatal en el INMP.

En Ginecología:

- Disminución en las atenciones en consultorios de pacientes con patología ginecológica, que en parte puede deberse al periodo de la huelga médica, pero que también tiene que ver con que la oferta no sea superior a la de otros establecimientos de salud.
- Bajo porcentaje de ocupación de camas.
- Disminución en el total de intervenciones quirúrgicas realizadas en relación a lo observado en los últimos años.
- Poco desarrollo de las subespecialidades.

En Neonatología

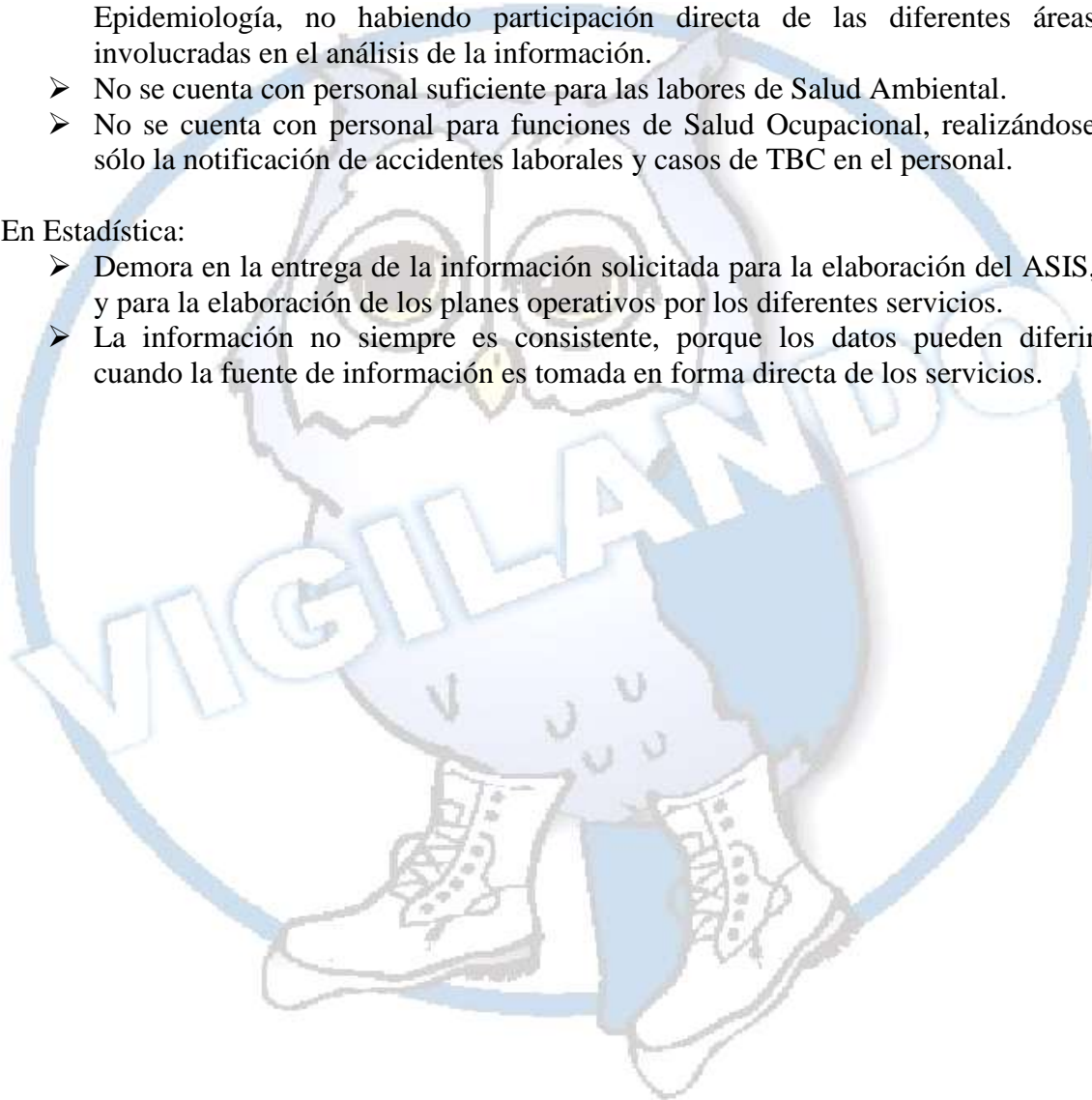
- Sobredemanda en hospitalización (UCI Neonatal e Intermedios) en el último semestre del 2013, llegando a sobrepasarse la capacidad instalada.
- Neonatos con estancias prolongadas, debido a que la mayoría de los neonatos que ameritan hospitalización son prematuros, y que un porcentaje importante tienen malformaciones congénitas, que ameritan la realización de procedimientos invasivos, asociado a mayor morbilidad, cuidados casi personalizados, y teniendo en cuenta que algunos presentarán secuelas al alta que ameritan seguimiento prolongado y rehabilitación.
- Elevación de todos los indicadores de las IIH en UCI Neonatal e Intermedios, y aparición de un brote de salmonella.
- Falta de Médicos especialistas en Neonatología en el mercado y oferta poco atractiva para los mismos, por tener alta carga laboral en el instituto y tener mejores ofertas económicas en otras instituciones.

En Epidemiología:

- Personal responsable de la vigilancia epidemiológica no depende de la Oficina de Epidemiología y salud Ambiental del INMP, sino de los Departamentos de Enfermería y de Obstetricas, por lo que puede ser desplazado a otras áreas, descuidando la labor de vigilancia.
- Según lo establecido en la norma el personal responsable de la vigilancia de IIH debe realizar esta función en forma exclusiva, sin embargo por falta de personal tiene que realizar otras actividades propias de la oficina.
- La elaboración del ASIS del INMP recae íntegramente en la Oficina de Epidemiología, no habiendo participación directa de las diferentes áreas involucradas en el análisis de la información.
- No se cuenta con personal suficiente para las labores de Salud Ambiental.
- No se cuenta con personal para funciones de Salud Ocupacional, realizándose sólo la notificación de accidentes laborales y casos de TBC en el personal.

En Estadística:

- Demora en la entrega de la información solicitada para la elaboración del ASIS, y para la elaboración de los planes operativos por los diferentes servicios.
- La información no siempre es consistente, porque los datos pueden diferir cuando la fuente de información es tomada en forma directa de los servicios.



VI. LINEAS DE INTERVENCION

En Obstetricia:

- Implementar la propuesta de Inversión de la Pirámide en la atención prenatal, de manera que se realice un mayor porcentaje de control de 1° trimestre en el INMP, que permita la identificación temprana de fetos con malformaciones congénitas, gestantes con riesgo de desarrollar preeclampsia, gestantes con riesgo de parto pretérmino. De esta manera las gestantes de riesgo identificadas deberían continuar su control en el INMP, y las de bajo riesgo podrían pasar a otros establecimientos de menor complejidad.
- Fortalecer la Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema, de manera que permita un mayor conocimiento de las patologías obstétricas y el manejo adecuado de las mismas.
- Promover la investigación, sobretodo referente a morbilidad materna extrema, preeclampsia y parto pretérmino.
- Implementar Telemedicina para UCI Materna y Medicina Fetal.

En Ginecología:

- Implementar sistema de Atención de Cirugías de Día (Cirugía Ambulatoria) sobre todo para los diferentes procedimientos ginecológicos como conización, laparoscopías diagnósticas, debridación de quistes de Bartolino, exéresis de tumores de mama, etc.
- Se debe impulsar las subespecialidades en Ginecología; así se ha fortalecido el Servicio de Reproducción Humana, con la mejora en su infraestructura, adquisición de equipamiento e incorporación de personal capacitado que debe permitir realizar procedimientos de reproducción de alta complejidad, con lo que se espera un aumento en la demanda del servicio.
- Fortalecer despistaje temprano de cáncer ginecológico, con capacitación de nuestro personal, y con la incorporación de detección de PVH y mamografía, en vista que los cánceres de cuello uterino y de mama son los más frecuentes.

En Neonatología

- Elevar al MINSA propuesta para mejorar el sistema de redes de atención neonatal, sobre todo para el manejo de prematuros.
- Revisión de indicación de alta para los neonatos hospitalizados en Intermedios, con el objetivo de disminuir las estancias prolongadas.
- Continuar con el aporte de Telemedicina con los hospitales regionales con los que se tiene convenio, porque se ha visto que es una estrategia valiosa para contribuir a disminuir la morbi-mortalidad a nivel nacional.
- Considerar la ampliación de servicio de UCI Neonatal.

En Epidemiología:

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica en el INMP, dando énfasis a la vigilancia de infecciones intrahospitalarias, la vigilancia de mortalidad materna, vigilancia de morbilidad materna extrema y vigilancia perinatal neonatal.
- Debe conformarse un comité que sea responsable de la elaboración del ASIS, el mismo que debe estar liderado por la Oficina de Epidemiología y conformado por los Directores de los Órganos de Línea, Oficina de Estadística y Oficina de

Planeamiento Estratégico, de manera que permita un trabajo conjunto, con un análisis previo que debe estar a cargo de los Jefes de Servicio o de Área, y luego se haga la consolidación de la información por el comité, lo que permitiría un mejor análisis de la información.

- Fortalecer el equipo de Salud Ambiental de manera que se mejoren las condiciones ambientales tanto para los pacientes como para los trabajadores, y así disminuir las infecciones intrahospitalarias y la posibilidad de aparición de brotes.
- Implementar una Unidad de Salud Ocupacional, para de esta manera dar cumplimiento a lo establecido en la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, mejorar las condiciones laborales y el rendimiento laboral.

En Estadística:

- La implementación de las historias clínicas digitalizadas permitiría una recolección de la información oportuna y más confiable, además de ser una medida a favor de la ecoeficiencia; sin embargo implica un presupuesto alto, motivo por el cual todavía no se ha implementado.
- Debe darse una coordinación entre la Oficina de Estadística con las Jefaturas de Servicios, de manera que se revisen los indicadores de mayor utilidad y que no se manejen datos discordantes dependiendo de la fuente de información.

