

ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD HOSPITALARIA INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2017

AÑO 2018



INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Enrique Guevara Ríos

Director General

M.C. Amadeo Sánchez Góngora

Director Adjunto

M.C. Oswaldo M. Gonzales Carrillo

Jefe de Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

M.C. Juan M. Torres Osorio

Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

- **Director General:** M.C. ENRIQUE GUEVARA RÍOS
- **Director Adjunto:** M.C. AMADEO SÁNCHEZ GÓNGORA
- **Jefa de Órgano de Control Institucional:** C.P.C. CECILIA BEATRIZ CHAVEZ ANTON
- **Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica:** Abog. RUTH NORICILA VEGA CARREAZO
- **Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico:** M.C. AMADEO SANCHEZ GÓNGORA
- **Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad:** M.C. CARLOS FRANCISCO PEREZ ALIAGA
- **Jefe de la Oficina de Cooperación Científica Internacional:** MG. FELIX DASIO AYALA PERALTA
- **Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental:** M.C. OSWALDO MANUEL GONZALES CARRILLO
- **Jefe de la Oficina de Estadística e Informática:** M.C. JUAN MACEDONIO TORRES OSORIO
- **Director de la Oficina Ejecutiva de Administración:** Eco. MAURICIO UGARTE ARBILDO
- **Jefa de la Oficina de Economía:** C.P.C. ELIZABETH MUÑOZ SABINO
- **Jefe de la Oficina de Logística:** Abog. RAUL CHUQUIVILCA DE LA CRUZ
- **Jefa de la Oficina de Recursos Humanos:** Lic. Adm. EVA LUCY LOAYZA BARRIENTOS
- **Jefe de la Oficina de Servicios Generales:** Ing. DOMINGO EULOGIO LOPEZ ILAVE
- **Jefa de la Oficina de Comunicaciones:** Lic. BEGONIA IVETTE OTINIANO JIMENEZ
- **Director Ejecutivo de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada:** M.C. CESAR AUGUSTO CARRANZA ASMAT
- **Directora Ejecutiva de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios:** M.C. MARIANELLA RIOS HERRERA
- **Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología:** M.C. ANTONIO MAMBERT LUNA FIGUEROA
- **Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología:** M.C. CARMEN ROSA DÁVILA ALIAGA

JEFES DE DEPARTAMENTO Y SERVICIOS

- M.C. ISOLINA ABURTO SORIA Jefa del Departamento de Especialidades Médicas
- M.C. JOSE TASATO KANASHIRO Jefa del Departamento de Servicios Complementarios
- M.C. ROSMARY HINOJOSA PEREZ Jefa del Departamento de Neonatología
- M.C. JUAN CARLOS TASAYCO SARAIVA Jefe del Departamento de Patología
- M.C. MARLENY ELIZABETH HUAYANAY BERNABE Jefa del Dpto. de Analgesia, Anestesia y Reanimación
- M.C. PEDRO MASCARO SANCHEZ Jefe del Departamento de Obstetricia y Perinatología
- M.C. AGUSTIN MURGA LOPEZ Jefe del Departamento de Ginecología
- M.C. JUAN DIAZ VILLAR Jefe del Departamento de Cuidados Críticos
- Mag. RUTH PONCE LOYOLA Jefa del Departamento de Enfermería
- Lic. Obst. MARIA DEL PILAR COTRINA CACERES Jefa del Departamento de Obstetricas
- M.C. LUIS ALBERTO ALMEYDA CASTRO Jefe del Servicio de Obstetricia A
- M.C. FELIPE LOO CHOY Jefe del Servicio de Obstetricia B
- M.C. LUIS FERNANDO KOBAYASHI TSUTSUMI Jefe del Servicio de Obstetricia C
- M.C. DENNYS CELEDONIO SALVADOR Jefe del Servicio de Obstetricia D
- M.C. EDGAR RODRIGO MELGAREJO LIZAMA Jefe del Servicio de Obstetricia E
- M.C. HUMBERTO ADLER IZAGUIRRE LUCANO Jefe del Servicio de Ginecología
- M.C. IRMA CALLAHUI ORTIZ Jefe del Servicio de Emergencia
- M.C. HUGO JAIME INGAR PINEDO Jefe de la Unidad de Medicina Fetal
- M.C. MARCO GARNIQUE MONCADA Jefe del Servicio de Medicina Reproductiva
- M.C. JHON SILVA ZUÑIGA Jefe del Servicio de Centro Obstétrico
- M.C. WALTER DE LA PEÑA MENIZ Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Materno
- M.C. JUAN CHINCHAYAN SANCHEZ Jefe de Consultorios Externos de Gineco-Obstetricia
- M.C. ELINA MENDOZA IBAÑEZ Jefa del Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales
- M.C. ELSA TORRES MARCOS Jefa del Servicio de Atención Inmediata y Emergencia Neonatal
- M.C. JACQUELINE ALVARADO ZELADA Jefa del Servicio de Cirugía Neonatal
- M.C. RAFAEL PAUCAR ZEGARRA Jefe del Servicio de Consultorios Externos de Pediatría
- M.C. WALTER GOMEZ GALEANO Jefe del Servicio de Intermedios A
- M.C. YLIA ESPINOZA VIVAS Jefa del Servicio de Intermedios B
- Lic. ZULEMA LEON MAURICIO Jefa del Servicio de Banco de Leche Humana
- Q.F. CESAR AUGUSTO CESPEDES RUIZ Jefe del Servicio de Farmacia
- M.C. NORMA RODRIGUEZ POZO Jefa del Servicio de Diagnóstico por Imágenes
- Lic. MARIA ELENA GARCIA FARRIOL Responsable del Servicio de Trabajo Social
- Lic. BERTHA BELLEZA CABRERA Jefa del Servicio de Nutrición
- M.C. MIGUEL PAREDES ASPILCUETA Jefe del Servicio de Banco de Sangre
- M.C. RAMIRO MERCADO TOLEDO Jefe de la Unidad de Seguros
- M.C. JORGE ALFARO RAMIREZ Jefe de la Unidad de Gestión de Riesgos y Desastres
- Ing. NOELIA CORTEZ DIAZ Jefe de la Unidad de Ingeniería Biomédica
- M.C. LIDA LANDA HURTADO Jefe de la Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo
- M.C. MIRYAM VENTOCILLA ESPINOZA Coordinadora de la Unidad del Sistema de Referencias y Contrarreferencias del INMP

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD HOSPITALARIA

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

2017

Documento Elaborado por:

M.C. Oswaldo M Gonzales Carrillo

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Instituto Nacional Materno Perinatal

M.C. Juan Torres Osorio

Jefe de la Oficina de Estadística e Informática
Instituto Nacional Materno Perinatal

M.C. Jesús Pardo Meza

Responsable del Área de Análisis Situacional e Investigación Epidemiológica
Instituto Nacional Materno Perinatal

Sr. Víctor Vitancio Vásquez

Jefe de la Unidad Funcional de Estadística
Instituto Nacional Materno Perinatal

Bach. Claudia Reyes Apaza

Unidad Funcional de Estadística
Instituto Nacional Materno Perinatal

Revisores:

M.C. Antonio Luna Figueroa

Director Ejecutivo de Obstetricia y Ginecología

M.C. Carmen Dávila Aliaga

Directora Ejecutiva de Neonatología

M.C. Marianella Ríos Herrera

Directora Ejecutiva de Especialidades Médicas



Resolución Directoral

Lima, 13 de agosto de 2018

VISTO:

HETD N° 18-15994-1, conteniendo el Memorando N°0225-OESA-INMP-2018, de fecha 25 Julio de 2018, del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y el Memorando N° 0685-2018-OEPE/INMP, de fecha 01 de agosto de 2018, del Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional Materno Perinatal, que adjunta el Informe N° 098-2018-OEPE-UFP/INMO, de fecha 31 de julio de 2018, de su Unidad Funcional de Planeamiento y el Informe N° 157-2018-OAJ/INMP, de fecha 07 de agosto de 2018, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA, de fecha 22 de junio de 2010, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones, estableciéndose los objetivos y lineamientos del Instituto Nacional Materno Perinatal, la misma que contempla la estructura organizacional para la atención adecuada de las pacientes y su recién nacido;

Que, el inciso c) del Artículo 10° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional Materno Perinatal, señala que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental tiene como función de elaborar el análisis de la Situación de Salud Especializada para contribuir a la determinación de prioridad y evaluación en el planeamiento estratégico y de gestión Institucional;

Que, mediante el Memorando N° 0225-OESA-INMP-2018, de fecha 25 Julio de 2018, del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Instituto Nacional Materno Perinatal, remite a la Dirección General el Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal (ASISH), correspondiente al año 2017;

Que, el "Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios del Instituto Nacional Materno Perinatal (ASISH) 2017", es una herramienta de gestión Institucional, para priorizar los principales problemas, definir estrategias que permitan superar los problemas, identificados, además permite conocer el perfil epidemiológico del Instituto y los factores que la determinan, es un documento de consulta permanente y obligada para la toma de decisiones, con la esperanza de lograr el anhelado cambio organizacional y el manejo de factores que dificultan el trabajo adecuado en beneficio de la salud de nuestra población materno perinatal y de todas las mujeres peruanas por lo que corresponde su aprobación;

Con la opinión favorable del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, visación de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional Materno Perinatal y en armonía con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Jefatural N° 083-2018/MINSA;

SE RESUELVE:



R. VEGA C.

ARTICULO PRIMERO: Aprobar el "Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria del Instituto Nacional Materno Perinatal (ASISH), correspondiente al año 2017" el mismo que contiene seis (06) Capítulos, en un total de ciento treinta y siete (137) páginas, cuyo texto forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO SEGUNDO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

Regístrese, Comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal

M.C. Enrique Guayana Ríos
C.M.P. N° 18788 P.N.E. N° 8746
DIRECTOR DE INSTITUTO

EGR/RNVC
C.c.

- Direcciones Ejecutivas
- Oficina Ejecutiva Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica.
- Oficina de Epidemiología y Salud ambiental.
- Oficinas de Asesoría
- Dptos.
- Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia (Pág.Web).
- Archivo



A. SANCHEZ G.

PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional Materno Perinatal es un establecimiento de salud de tercer nivel de atención que desarrolla procesos especializados basados en evidencia científica por el bienestar de la mujer en edad reproductiva, la madre y el neonato. Conocer la realidad hospitalaria permite generar acciones que fortalezcan y mejoren las estructuras y procesos gerenciales para la adecuada toma de decisiones. La disponibilidad de información estadística y epidemiológica actualizada al 2017 es producto de un trabajo en conjunto de diferentes actores de esta institución, lo que ha permitido el análisis y evaluación objetiva de nuestro trabajo asistencial y administrativo.

La confección de esta herramienta de análisis es sumamente importante y ha permitido la obtención de datos relevantes, gracias al esfuerzo desplegado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, la Oficina de Estadística e Informática y el Comité de elaboración del ASISHO, convirtiéndolo en un documento de consulta permanente y obligada en la toma de decisiones, con la esperanza de lograr el anhelado cambio organizacional y el manejo de factores que dificultan el trabajo adecuado en beneficio de la salud de nuestra población materno perinatal y de todas las mujeres peruanas.

Tenemos nuevos retos, el avance científico y tecnológico en salud materna y perinatal permite enfoques innovadores en el manejo especializado en ginecología, medicina reproductiva, medicina materno-fetal, obstetricia crítica y cuidados intensivos e intermedios neonatales, pero lo que verdaderamente nos motiva es que el Instituto Nacional Materno Perinatal sea la institución que promueva y lidere estos avances en beneficio de la población de mujeres y niños más vulnerables del país.

Enrique Guevara Ríos

Director General

INDICE

Introducción	17
Antecedentes Históricos	17
Política Institucional	20
Metodología de Trabajo	21
<i>CAPITULO I.- ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES GEOGRÁFICOS, DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA POBLACIÓN USUARIA</i>	<i>22</i>
I.1 Ubicación Geográfica del INMP	22
I.2 Perfil Sociodemográfico de los Usuarios	23
I.2.1 Perfil de la Procedencia de los Pacientes Atendidos.	23
I.2.2 Perfil de la Población Obstétrica por Edad	24
I.2.3 Perfil de la Población Obstétrica por Estado Civil y Grado de Instrucción	24
<i>CAPITULO II.- ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES POLÍTICOS, ORGANIZACIONALES, ESTRUCTURALES, ECONÓMICOS E INVERSIONES DEL SISTEMA HOSPITALARIO.</i>	<i>25</i>
II.1 Naturaleza:	25
II.2 Organigrama del INMP	26
II.3 Cartera de Servicios del INMP	27
II.4 Recursos Humanos	28
II.5 Distribución Camas, Infraestructura y Equipamiento	30
II.6 Proyecto Multianual de Inversiones 2019 - 2021	32
II.6.1 Identificación de Zonas y Volúmenes Existentes	38
II.6.2 Identificación de los Elementos que Influyen en la Vulnerabilidad	39
II.6.3 Cartera de Inversiones	40
II.7 Análisis Presupuestal	44
<i>CAPITULO III.- ANALISIS DE LOS DETERMINANTES RELACIONADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD A NIVEL HOSPITALARIO</i>	<i>45</i>
III.1 UPSS Consultorios Externos	45
III.1.1 Consultorios de Gineco - Obstetricia	46
III.1.2 Consultorio de Ginecología	49
III.1.2.1 Medicina Reproductiva	51
III.1.2.2 Oncología y Patología Mamaria	55
III.1.2.3 Unidad de Climaterio	56
III.1.3 Consultorio de Pediatría	57
III.1.4 Consultorios de Especialidades Médicas	58
III.2 UPSS Hospitalización	60

III.2.1 Hospitalización de Obstetricia.....	60
III.2.1.1 Servicio de Medicina Fetal	65
III.2.2 Hospitalización en Ginecología	67
III.2.3 Hospitalización de Neonatología.....	68
III.2.3.1 Tamizaje Neonatal.....	70
III.2.3.2 Banco de Leche Materna.....	72
III.2.4 Servicio de Emergencia	73
III.2.5 Servicio de Cuidados Intensivos Materno	75
III.2.6 Centro Quirúrgico.....	77
III.2.7 Salud Sexual y Reproductiva – Planificación Familiar	81
III.2.8 Servicios Complementarios	84
III.2.8.1 Servicio de Nutrición	84
III.2.8.2 Banco de Sangre	86
III.2.8.3 Servicio de Farmacia.....	87
III.2.8.4 Servicio Social.....	88
III.2.8.5 Odontología.....	88
III.2.8.6 Psicología.....	90
<i>CAPITULO IV.- ANALISIS DE LA MORBI-MORTALIDAD Y ESTADO DE SALUD</i>	<i>91</i>
IV.1 Morbilidad Gineco - Obstétrica.....	91
IV.2 Morbilidad Materna Extrema	93
IV.3 Mortalidad Materna.....	98
IV.4 Mortalidad Neonatal.....	102
IV.4.1 Mortalidad Neonatal Precoz y Tardía	104
IV.4.2 Muerte Fetal	105
IV.5 Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.....	107
IV.5.1 Densidad Incidencia de IAAS en Neonatología:	109
IV.5.2 Incidencia Acumulada de IAAS en Gineco-Obstetricia:	111
IV.5.3 Densidad Incidencia de IAAS en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno:	113
IV.6 Infección por VIH.....	116
IV.7 Sífilis Materna	119
IV.8 Hepatitis B en Gestantes.....	121
IV.9 Tuberculosis y Gestación	121
IV.10 Infección por Influenza A H1N1	122
IV.11 Microcefalia Neonatal.....	122

IV.12 Salud Ocupacional.....	123
V.13 Sistema de Referencias y Contra-Referencias	126
IV.14 Sistema de Gestión de Consultas, Reclamos y Sugerencias	131
<i>CAPITULO V.- DETERMINACION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS.....</i>	<i>133</i>
V.1 Problemática en Gineco-Obstetricia	133
V.2 Problemática en Neonatología	135
<i>CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i>	<i>136</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>139</i>

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1. Distrito de Procedencia de la Producción de Partos	23
Tabla N° 2. Egresos Hospitalarios según Estado Civil	25
Tabla N° 3. Egresos Hospitalarios según Grado de Instrucción	25
Tabla N° 4. RR.HH. según Grupo Ocupacional y Condición Laboral	28
Tabla N° 5. Distribución del Instituto por Bloques Generales de Atención	30
Tabla N° 6. Estructura – Recurso Físico – Camas Hospitalarias	31
Tabla N° 7. Estructura – Recurso Físico en Consultorios Externos	31
Tabla N° 8. Recurso Material y Equipos	32
Tabla N° 9. Proyecto Multianual de Inversiones – Proyectos Priorizados	41
Tabla N° 10. Equipos Biomédicos Priorizados para Compra con Recursos Ordinarios	41
Tabla N° 11. Equipos Biomédicos Priorizados para Compra con Donaciones y Transferencias	43
Tabla N° 12. Presupuesto Inicial Asignado	44
Tabla N° 13. Presupuesto Inicial Modificado	44
Tabla N° 14. Presupuesto Total Ejecutado	44
Tabla N° 15. Atendidas en Consulta Externa según Especialidades	46
Tabla N° 16. Atenciones en Consulta Externa según Especialidades	46
Tabla N° 17. Indicadores en Consultorios Externos. Consultas Obstétricas	47
Tabla N° 18. Atención Prenatal en Consulta Externa según Servicios	47
Tabla N° 19. Atención Prenatal en Consultorios Externos	48
Tabla N° 20. Motivo de Consulta Prenatal en Consultorios Externos	49
Tabla N° 21. Motivo de Atención Consultorios Ginecológicos	50
Tabla N° 22. Indicadores en Consultorios Externos. Consultas Ginecológicas	51
Tabla N° 23. Infraestructura del Servicio de Medicina Reproductiva	52
Tabla N° 24. Tasa de Éxito de Alta Complejidad según Tipo de Transferencia de Embriones. Servicio de Medicina Reproductiva	53
Tabla N° 25. Procedimientos de Laboratorio de Biología. Servicio de Medicina Reproductiva.	53
Tabla N° 26. Infraestructura del Servicio de Ginecología Oncológica y Mamaria	55
Tabla N° 27. Procedimientos Oncológicos Ambulatorios y Procedimientos Quirúrgicos Realizados. Unidad de Ginecología Oncológica y Mamaria	56
Tabla N° 28. Exámenes Especializados para el Diagnóstico de Cáncer. Unidad de Ginecología Oncológica y Mamaria.	56
Tabla N° 29. Actividades Realizadas. Servicio de Climaterio	57
Tabla N° 30. Prevención de Cáncer Ginecológico y Mamas. Servicio de Climaterio.	57
Tabla N° 31. Indicadores de Consultorios Externos. Consultorio de Pediatría	58
Tabla N° 32. Seguimiento del Niño de Alto Riesgo por Peso al Nacer. Consultorio de Pediatría.	58
Tabla N° 33. Indicadores en Consultorios Externos. Otras Especialidades Médicas	59
Tabla N° 34. Indicadores en Consultorios Externos. Otras Profesiones de Salud	60
Tabla N° 35. Egresos Hospitalarios	61
Tabla N° 36. Total de Partos. Cuadro Comparativo	62
Tabla N° 37. Frecuencia por Tipo de Parto.	63
Tabla N° 38. Total de Parto y Atención Prenatal	64
Tabla N° 39. Indicadores Hospitalarios. Gineco-Obstetricia	64
Tabla N° 40. Indicadores Hospitalarios. Puerperio.	65
Tabla N° 41. Procedimientos Ecográficos. Servicio de Medicina Fetal	66
Tabla N° 42. Procedimientos Invasivos. Servicio de Medicina Fetal	66
Tabla N° 43. Cirugías Fetales. Servicio de Medicina Fetal	67

Tabla N° 44. Indicadores Hospitalarios. Servicio de Ginecología	67
Tabla N° 45. Recursos Físicos y Humanos. Departamento de Neonatología	68
Tabla N° 46. Egresos Hospitalarios. Departamento de Neonatología	69
Tabla N° 47. Indicadores Hospitalarios. Departamento de Neonatología	69
Tabla N° 48. Intervenciones Quirúrgicas Neonatales	70
Tabla N° 49. Casos Detectados con Enfermedades Metabólicas. Tamizaje Neonatal	71
Tabla N° 50. Neonatos Tamizados en Otras Regiones	72
Tabla N° 51. Indicadores y Procedimientos. Servicio de Emergencia	74
Tabla N° 52. Frecuencia de Atenciones. Servicio de Emergencia	75
Tabla N° 53. Diagnóstico de Ingreso. Servicio de Cuidados Intensivos Materno	76
Tabla N° 54. Procedimientos Frecuentes. Servicio de Cuidados Intensivos Materno	77
Tabla N° 55. Exámenes Solicitados Fuera de la Institución. Servicio de Cuidados Intensivos Materno	77
Tabla N° 56. Recursos Físicos y Humanos. Centro Quirúrgico	78
Tabla N° 57. Tipo de Intervenciones Quirúrgicas. Centro Quirúrgico	78
Tabla N° 58. Intervenciones Obstétricas y Ginecológicas. Centro Quirúrgico	79
Tabla N° 59. Frecuencia de Intervenciones por Quirófano. Centro Quirúrgico	80
Tabla N° 60. Procedimientos Anestesiológicos	80
Tabla N° 61. Métodos Anticonceptivos Aplicados por Grupos de Edad. Estrategia SS.RR.	82
Tabla N° 62. Anticoncepción Quirúrgica. Estrategia SS.RR.	83
Tabla N° 63. Interconsultas Nutricionales Realizadas. Servicio de Nutrición	85
Tabla N° 64. Diagnóstico Nutricional por Grupo Etéreo. Servicio de Nutrición	85
Tabla N° 65. Raciones Atendidas a Pacientes Hospitalizadas. Servicio de Nutrición	86
Tabla N° 66. Procedimientos Realizados. Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre	87
Tabla N° 67. Procedimientos Realizados. Servicio de Farmacia	87
Tabla N° 68. Actividades Asistenciales. Servicio de Trabajo Social	88
Tabla N° 69. Procedimientos Realizados en Pacientes Adultas. Odontología.	89
Tabla N° 70. Procedimientos Realizados en Pacientes Pediátricos. Odontología	89
Tabla N° 71. Atendidos y Atenciones por Servicio. Psicología	90
Tabla N° 72. Actividades Realizadas. Psicología	90
Tabla N° 73. Egresos Hospitalarios. Morbilidad Obstétrica	91
Tabla N° 74. Diagnóstico de Egreso. Servicio de Ginecología	92
Tabla N° 75. Diagnóstico de Atención Obstétrica. Servicio de Emergencia	92
Tabla N° 76. Diagnóstico de Atención Ginecológica. Servicio de Emergencia	93
Tabla N° 77. Características Sociales y Obstétricas en Morbilidad Materna Extrema	95
Tabla N° 78. Características Quirúrgicas y Criterios de Inclusión en Morbilidad Materna Extrema	96
Tabla N° 79. Indicadores de Resultado en Morbilidad Materna Extrema	97
Tabla N° 80. Indicadores de Resultado Según Causa Agrupada en Morbilidad Materna Extrema	98
Tabla N° 81. Causas de Muerte Materna en el Perú	99
Tabla N° 82. Lugar de Procedencia. Mortalidad Materna. INMP	101
Tabla N° 83. Causas de Muerte Materna. INMP 2017	102
Tabla N° 84. Causas de Muerte Materna por Grupos de Patología. INMP	102
Tabla N° 85. Tasas de Mortalidad Neonatal	103
Tabla N° 86. Causa Básica de Muerte Neonatal	103
Tabla N° 87. Causa Básica de Muerte Neonatal Según Peso al Nacer	104
Tabla N° 88. Causas de Muerte Neonatal Precoz	105
Tabla N° 89. Factores Asociados a Muerte Fetal	106

Tabla N° 90. Prevalencia de IAAS por Servicios	108
Tabla N° 91. Tasas de Incidencia de IAAS en Neonatología	109
Tabla N° 92. Tasas de Incidencia de IAAS en Gineco - Obstetricia	111
Tabla N° 93. Tasas de Incidencia de IAAS en Cuidados Intensivos Materno	113
Tabla N° 94. Incidencia de IAAS Según Tipo de Infección Comparado con Estándares Nacionales y para Hospitales Nivel III-2	115
Tabla N° 95. Frecuencia de Casos de VIH según Lugar de Procedencia	118
Tabla N° 96. Frecuencia de Casos de Tuberculosis y Gestación	121
Tabla N° 97. Frecuencia de Referencias en Gestantes y Neonatos	126
Tabla N° 98. Área de Destino de la Referencia	127
Tabla N° 99. Demanda de la Referencia según Prioridad	127
Tabla N° 100. Demanda de la Referencia según DISA o DIRESA	128
Tabla N° 101. Demanda de la Referencia según Especialidad Requerida	128
Tabla N° 102. Patología más Frecuente Motivo de Referencia	129
Tabla N° 103. Motivo de Solicitud de Referencia	129
Tabla N° 104. Estado de la Referencia	130
Tabla N° 105. Motivo de Rechazo de la Referencia	130
Tabla N° 106. Servicios de Donde se Generaron los Reclamos	132
Tabla N° 107. Motivo de Reclamo Expuesto por las Usuarías	132
Tabla N° 108. Profesional que Genera la Queja o Reclamo	133

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1. Consulta Externa Según Grupo Etario	24
Gráfico N° 2. Egresos Hospitalarios Según Grupo Etario	24
Gráfico N° 3. Bloques de Áreas Funcionales	38
Gráfico N° 4. Áreas de Vulnerabilidad	39
Gráfico N° 5. Porcentaje de Ejecución Presupuestal	45
Gráfico N° 6. Frecuencia de Casos de Fecundación in Vitro e Inyección Intracitoplasmática (FIV/ICSI) por Año. Servicio de Medicina Reproductiva	54
Grafica N° 7. Evolución de las Tasas de Embarazo (%) por Transferencia Embrionaria de las FIV/ICSI por Año. Servicio de Medicina Reproductiva	54
Grafica N° 8. Evolución de los Procedimientos de Alta y Baja Complejidad por Año. Servicio de Medicina Reproductiva	54
Gráfico N° 9. Egresos Obstétricos y Ginecológicos	61
Gráfico N° 10. Evolución del Total de Partos Vaginal y por Cesárea	63
Gráfico N° 11. Frecuencia de Neonatos Tamizados	71
Gráfico N° 12. Cantidad de Leche Recolectada y Pasteurizada. Banco de Leche Humana	73
Gráfico N° 13. Beneficiados del Banco de Leche Humana	73
Gráfico N° 14. Atendidos Servicio de Emergencia	74
Gráfico N° 15. Total de Atenciones y Atenciones en Prioridad I y II. Servicio de Emergencia	75
Gráfico N° 16. Porcentaje de Intervenciones por Tipo de Intervención. Centro Quirúrgico	79
Gráfico N° 17. Frecuencia de Métodos Anticonceptivos Administrados. Estrategia SS. RR.	81
Gráfico N° 18. Métodos Anticonceptivos Administrados al Egreso Hospitalario	82
Gráfico N° 19. Métodos Anticonceptivos Administrados en Consultorios Externos	83
Gráfico N° 20. Anticoncepción Post Aborto en Servicio de Emergencia	83
Gráfico N° 21. Frecuencia de Casos de Morbilidad Materna Extrema	94
Grafico N° 22. Procedencia de Casos de Morbilidad Materna Extrema	94
Grafico N° 23. Causa Agrupada en Morbilidad Materna Extrema	96
Grafico N° 24. Frecuencia y Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Perú	99
Gráfico N° 25. Frecuencia de Casos y Razón de Mortalidad Materna INMP	100
Gráfico N° 26. Muerte Neonatal Precoz y Tardía	104
Gráfico N° 27. Control Prenatal en Gestantes con Muerte Fetal	106
Gráfico N° 28. Muerte Fetal Según Peso al Nacer	107
Gráfico N° 29. Prevalencia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud	108
Grafico N° 30. Frecuencia de IAAS por Tipo de Infección	109
Gráfico N° 31. Tendencia de Tasas de Incidencia de ITS por CVC en Neonatología	110
Gráfico N° 32. Tendencia de Tasas de Incidencia de ITS por CVP en Neonatología	110
Gráfico N° 33. Tendencia de Tasas de Incidencia de Neumonía por VM en Neonatología	111
Gráfico N° 34. Tendencia de Tasas de Incidencia de Endometritis por Cesárea en Gineco - Obstetricia	112
Gráfico N° 35. Tendencia de Tasas de Incidencia de Endometritis por Parto Vaginal en Gineco - Obstetricia	112
Gráfico N° 36. Tendencia de Tasas de Incidencia de Infección de Herida Operatoria por Cesárea en Gineco - Obstetricia	113
Gráfico N° 37. Tendencia de Tasas de Incidencia de ITS por CVC en UCIM	114
Gráfico N° 38. Tendencia de Tasas de Incidencia de ITU por CUP en UCIM	114
Gráfico N° 39. Tendencia de Tasas de Incidencia de Neumonía por VM en UCIM	115
Gráfico N° 40. Frecuencia y Prevalencia de Casos de VIH	116
Gráfico N° 41. Frecuencia de Casos de VIH por Grupos de Edad	117
Gráfico N° 42. Término del Embarazo en Casos de VIH	117
Gráfico N° 43. Momento y Lugar de Diagnóstico de los Casos de VIH	118

Gráfico N° 44. Frecuencia de Casos de Recién Nacidos Expuestos a VIH	119
Gráfico N° 45. Frecuencia y Prevalencia de Casos de Sífilis	119
Gráfico N° 46. Momento y Lugar de Diagnóstico de los Casos de Sífilis	120
Gráfico N° 47. Frecuencia y Prevalencia de Casos de Sífilis Congénita	120
Gráfico N° 48. Frecuencia de Casos de Hepatitis B en Gestantes	121
Gráfico N° 49. Frecuencia de Casos Sospechosos de Influenza A H1N1	122
Gráfico N° 50. Frecuencia de Casos de Microcefalia	122
Gráfico N° 51. Resultados de Despistaje de Infección Latente Tuberculosa	123
Gráfico N° 52. Resultados de PPD Positivo en Trabajadores, por Grupo Ocupacional	124
Gráfico N° 53. Frecuencia de Casos de Accidentes Laborales	125
Gráfico N° 54. Frecuencia de Accidentes Laborales Según Tipo de Accidente	125
Gráfico N° 55. Frecuencia de Referencias Externas e Internas	126
Gráfico N° 56. Categoría de Establecimiento de Salud que Realiza la Referencia	127
Gráfico N° 57. Formatos de Consultas, Reclamos y Sugerencias Recibidos	131

Introducción

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

El Análisis de la Situación de los Servicios de Salud Hospitalarios (ASISHO) del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), permite ser utilizado como instrumento de

gestión en la toma de decisiones por la alta dirección y elaboración de estrategias para el trabajo interno y externo en beneficio de la mujer y el neonato peruano.



La información actualizada al 2017 plasmada en este documento es producto de un trabajo conjunto de la Oficina de Estadística e Informática, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, la Oficina de Gestión de la Calidad, la Oficina de Planeamiento Estratégico, las diferentes Áreas de Gestión Administrativa del INMP y de las diferentes Unidades Productoras de Servicios de Salud del instituto. De esta manera hemos obtenido información relevante sobre organización, recurso humano, recurso administrativo, servicios que ofrecemos, indicadores de producción, avances científicos logrados y datos de morbilidad y mortalidad. Finalmente realizamos el análisis de la situación de los avances logrados y de la problemática encontrada para plantear estrategias que a futuro puedan beneficiar a la población que requiere de nuestro esfuerzo profesional: La mujer y el neonato.

Antecedentes Históricos

Desde 1824, en plena emancipación del Perú y el comienzo de la República, con una coyuntura política difícil de lucha por los poderes del estado, Hipólito Unanue logra plasmar un anhelo tan ansiado, mediante la promulgación de un decreto, el 10 de octubre de 1826, firmado por el general Andrés de Santa Cruz, presidente del Consejo de Gobierno, y así fundaba la Casa de Maternidad y su colegio anexo. Esta fue una de las últimas actividades públicas de Unanue quien luego se retiraría de la vida política del país y se iniciaría la historia de la Maternidad de Lima, conocido actualmente como el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Este decreto establecía además la contratación de la Sra. Benita Paulina Cadeau de Fessel, obstetrix francesa que se encargaría de la dirección de la Casa de Maternidad y del colegio adjunto. El 18 de Octubre de 1826, la matrona francesa estableció una modesta clínica de partos en el antiguo Hospital del Espíritu Santo, cuya locación actual correspondería a la quinta cuadra del Jr. Callao. En 1830, se decidió trasladar la Casa de Maternidad como el Colegio de Partos al Hospital Santa María de la Caridad ubicado en lo que hoy es el Congreso de la República, iniciándose luego de ello un largo peregrinaje de esta institución que perduró por más de medio siglo.

Hacia fines de la década de 1830, el Hospital Santa María de la Caridad ya era un hospital vetusto y anticuado, por lo que la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima (SBPL) decidió iniciar la reforma del Hospital de Santa Ana, situado en la plazoleta del mismo nombre (hoy

Plaza Italia) y el 22 de junio de 1841 la Casa de Maternidad y su Colegio se trasladaron a dicho nosocomio, dirigido por el Dr. Francisco Faustos y las discípulas de la señora Fessel, que para ese momento había retornado a su país natal. En 1856, el Dr. Camilo Segura Cordero, poco después de retornar de su viaje de perfeccionamiento en París (Francia), reemplazó al Dr. Faustos tras su muerte, en la dirección de la Casa de Maternidad y la docencia del



Colegio de Partos. El Dr. Segura fue el verdadero artífice de la modernización de ambos establecimientos implantando una serie de novedosas medidas que redujeron la morbi-mortalidad materna y perinatal en aquella época.

El 28 de febrero de 1875, se inauguró el Hospital Dos de Mayo en Lima el cual reemplazó al antiguo Hospital de San Andrés y la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima decidió trasladar en ese edificio tanto el Hospicio de Maternidad, nombre como se le conocía en aquel tiempo a la Casa de Maternidad, como el Colegio de Partos, que pasó a llamarse Colegio de Obstetricia. En épocas de la guerra con Chile, en enero de 1881, el ejército chileno tomó la ciudad de Lima y el Hospicio de Maternidad y el Colegio de Obstetricia se reubicaron por segunda vez en el Hospital de Santa Ana. Este traslado constituyó el fin de la existencia nómada de la Maternidad de Lima.

Por aquellas épocas el Dr. Tendulio Constantino Carvallo Loli fue el iniciador de una verdadera revolución en la cirugía abdominal, ginecológica y obstétrica, quien en 1908 instaló el primer quirófano moderno del país e introdujo el uso obligatorio de guantes quirúrgicos y la esterilización del instrumental previo a los procedimientos operatorios. Carvallo fue uno de los primeros en propugnar la fusión del procedimiento quirúrgico en la obstetricia y ginecología, anhelo que solo se cristalizaría varios lustros después.

En 1909, el Dr. Enrique Febres Odriozola ingresó como médico titular de la Maternidad y gracias a él, el 26 de Noviembre de 1915 la junta general de la SBPL financió sustanciales modificaciones para la Maternidad y en 1917 la Maternidad pudo contar con 5 salas: La de “San Ramón” destinada para pacientes pagantes; la de “San Camilo” dedicada a las parturientas que tenían alguna patología o requerían intervención quirúrgica y las de “Santa Filomena”, “Nuestra Señora del Carmen” y “Virgen de Lourdes” para parturientas sin complicaciones.

El Dr. Febres, asumiría recién en 1921 la dirección de la Maternidad de Lima, consiguiendo su mayor anhelo: la autonomía institucional. El 31 de Diciembre de 1922 fundó el Instituto Obstétrico Ginecológico, dicho instituto atrajo por primera vez a las gestantes de todos los estratos sociales, pues históricamente había atendido solo a las clases menos favorecidas. Se inauguró además, en ese año, la primera Sala de Incubadoras, la primera que existió en el país. Tras la renuncia del Dr. Febres, probablemente a fines de 1927, hubo una etapa de desconcierto, designándose luego al Dr. José Hipólito Larrabure Ugarte la conducción del Instituto. En estas épocas los médicos Puericultores (antiguo término usado para nombrar al Neonatólogo) Ernesto Egoaguirre Febres y el Dr. Victor Uceda Donayre, quienes ejercían en la Maternidad de Lima, realizaban importantes publicaciones en la revista La Crónica Médica, la

más importante de la época. El 22 de diciembre de 1937, el Dr. Victor Manuel Bazul Fonseca, marcó un hito en la historia de la Obstetricia nacional realizando la primera cesárea segmentaria exitosa en una adolescente huaracina de 15 años.

En 1948, se realizaron obras de ampliación en su infraestructura durante el gobierno de José Luis Bustamante Rivero que incluyeron nuevos consultorios externos, servicios administrativos, un dispensario prenatal, servicios de metabolimetría, electrocardiografía, radiografía y ampliación de la clínica; mientras que en el ámbito científico, se realizaba la primera exanguíneo transfusión completa en un recién nacido con Enfermedad Hemolítica en el año de 1949.

En 1958, se instauró la Residencia Médica Escolarizada de Ginecología y Obstetricia, gracias al convenio de la SBPL y la Facultad de Medicina de San Fernando; y en 1969, por Decreto Supremo N° 43 A. S. expedido en la postrimerías del segundo gobierno de Manuel Prado Ugarteche, se transfirió la administración del hospital al Ministerio de Salud y Asistencia Social, aunque sus terrenos continuaron siendo propiedad de la SBPL. Ello hizo posible que entre los años 1964 y 1968 se introdujeran cambios



arquitectónicos con la inauguración de un pabellón de 4 pisos, que albergaba la sala de operaciones, la sala de partos y neonatología.

En el año de 1968, se produjo el golpe de estado encabezado por el General Juan Velasco Alvarado, quien en temas de salud, aceleró la transferencia de todos los establecimientos de atención médica al Ministerio de Salud y decretó la atención gratuita del parto sin proveer de financiamiento indispensable a los centros de atención, estos fueron los años más aciagos en la historia de la Maternidad de Lima que se extendió hasta 1990. A pesar de ello, se marcaron algunos hitos importantes como la realización de la primera Laparoscopia Diagnóstica, realizada por el Dr. Luis Tang Bruiggett y la introducción de la ecografía obstétrica por el Dr. Manuel Mancilla Barbaran, ambos en la década de 1970. Además se incorporaron a la Maternidad de Lima otros profesionales de la salud en las especialidades de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica, Radiología, Rehabilitación Física, Nutricionistas y otros.

El 19 de diciembre de 1985, mediante Decreto Supremo se constituyó el Instituto Nacional Materno Infantil (INAMI) formado por el Hospital de la Maternidad de Lima y el Hospital San Bartolomé. En 1992, el Ministerio de Salud modificó la denominación de la Maternidad de Lima a Instituto Materno Perinatal y el 15 de marzo de 1993 se emitió la Resolución Ministerial N° 122-93-SA/DM, determinando que el Instituto Materno Perinatal y el Hospital San Bartolomé conservarían su autonomía administrativa, funcional y presupuestal, además se modificó la denominación de Instituto Materno Perinatal a Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP).

El 11 de febrero del 2000, se colocó la primera piedra del Hospital de la Amistad Perú – Japón, producto de prolongadas gestiones entre el Instituto en colaboración con la Agencia Internacional del Japón en Perú (JICA) y el Fondo de Contravalor Perú – Japón. El complejo, que actualmente funciona como Departamento de Cuidados Críticos fue erigido y equipado con las especificaciones técnicas más modernas, situando al instituto entre los mejores establecimientos de la especialidad en América Latina.

El 29 de Diciembre del 2005 se promulgó el Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprobaba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y consideraba entre sus órganos desconcentrados al que hasta la actualidad se denomina Instituto Nacional Materno Perinatal.

En estos últimos años han ocurrido hechos relevantes en diferentes especialidades que merecen especial mención:

- ✓ En el 2003 el INMP inició el Plan Piloto de Tamizaje Neonatal, convirtiéndose en el primer establecimiento en realizar dicho programa y ha tamizado a más de 100,000 neonatos, identificándose casos de Hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita y fenilcetonuria para un tratamiento precoz evitando daños posteriores.
- ✓ Se ha trabajado constantemente en el perfeccionamiento del manejo de los Cuidados Intensivos Neonatales suscribiendo convenios con hospitales de México y USA. Este desarrollo científico y tecnológico permitió salvar la vida de un bebe prematuro nacido el 5 de agosto del 2008, con apenas 540 gr de peso al nacer.
- ✓ En el 2006, se emitió la Guía de Práctica Clínica de la Retinopatía de la Prematuridad con participación activa del INMP y pioneros en estos procedimientos, que ha evitado y manejado adecuadamente esta patología tan frecuente en nuestra institución.
- ✓ La cirugía endoscópica ginecológica comenzó su auge en la década de 1990, dando pie al avance de la cirugía mínimamente invasiva y la creación de un servicio único de ginecología que se dedique al manejo de la paciente con problemas ginecológicos.
- ✓ En 1996, se fundó en el INMP el consultorio de Medicina Reproductiva e Infertilidad y en los últimos años, este servicio se ha convertido en pionero al realizar procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad (técnicas IMVO, IMVO-ICSI, ICSI, crioconservación de gametos, etc.)
- ✓ En agosto de 2005 se implanta la atención del parto vertical con adecuación intercultural y en el 2006 se inicia la realización de la analgesia peridural durante el trabajo de parto.
- ✓ En el 2010 se instaura la obligatoriedad del parto con acompañante, permitiéndose impulsar esta práctica dentro y fuera de la institución.
- ✓ En este mismo año (2010) se apertura el primer Banco de Leche Humana en el país y en noviembre del 2013 se inauguran nuevas salas de procesamiento de leche humana.
- ✓ Cirugía Neonatal inicia sus actividades en agosto del 2014 ante la necesidad de brindar tratamiento oportuno a los recién nacidos con patologías quirúrgicas.
- ✓ En el 2015 se relanza el Programa Mamá Canguro en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales. Este mismo año se realiza la primera intubación bajo la técnica EXIT, intubación realizada en neonatos con hernia diafragmática durante la cesárea, antes del inicio de la respiración del neonato.
- ✓ En el 2017 se realizó la primera cirugía fetal intrauterino, en un feto con diagnóstico de espina bífida, realizado en sala de operaciones por los médicos especialistas en medicina materno – fetal y cirugía neonatal del INMP en colaboración con médicos de Chile.
- ✓ En el 2017 se realiza la primera terapia exitosa de hipotermia neonatal en un recién nacido con asfixia neonatal.

Política Institucional

Misión del Ministerio de Salud

"Ejercer la rectoría del sector y conducir con eficiencia el sistema de salud, en concertación con el sector público, privado y actores sociales; centrado en las personas, en la prevención de

enfermedades, fortaleciendo el primer nivel de atención, asegurando el acceso y calidad a servicios de salud con infraestructura moderna e interconectada, revalorizando al personal de salud y fortaleciendo una gestión transparente, oportuna y resolutive"

Objetivos Estratégicos Institucionales

OEI. 03 Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.

OE1. 05 Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos en salud.

OE1. 06 Impulsar la carrera pública meritocrática y política remunerativa en el sistema público de salud del Sistema de Salud.

OE1, 08 Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta.

OE1. 09 Gestión de modernización, Gobernanza y Actividades Fundamentales.

Acciones Estratégicas Institucionales

De acuerdo a la Directiva de CEPLAN la institución tiene por acciones estratégicas las siguientes:

AEI.03.02 Fortalecimiento de la gestión y operación de las Redes e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en Lima Metropolitana.

AEI.05.03 Espacios de docencia-servicio de salud implementados y articulados a entidades formadoras en salud.

AEI.06.02 Promoción, fortalecimiento y desarrollo de capacidades del personal Institucional.

AEI.08.01 Mejoramiento y fortalecimiento de la gestión del sistema nacional de vigilancia epidemiológica y alerta temprana.

AEI.08.02 Conducir el planeamiento y seguimiento para la atención integral de emergencias y desastres.

AEI.09.03 Apoyo a los órganos institucionales para la implementación de sus funciones.

Metodología de Trabajo



El Análisis de Situación de Salud Hospitalario del año 2017, se elaboró siguiendo las pautas establecidas en la Directiva Sanitaria N° 01 DISAV LC/OEPI – V.01 – 2011: “Elaboración del análisis de situación de salud Hospitalario (ASISHO)”, refrendada por la RD N° 454/2011- DG – EPI – DISAV.

A través de la Resolución Directoral N°110-2016-DG-INMP-IGSS/MINSA, se conforma el Comité para la “Elaboración del Análisis Situacional de Salud Hospitalario (ASISHO)”, integrada por El Jefe de la oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

quien la preside, el Jefe de la Oficina de Estadística e Informática, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el Director Ejecutivo de Docencia e Investigación, la Jefa del Departamento de Neonatología, la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas, el Jefe del Servicio de Consultorios Externos de Gineco-Obstetricia y el Jefe del Departamento de Cuidados Críticos, como sus integrantes.

Se realizaron diversas reuniones desde el día 24 de Enero del 2018, para recopilación de información y análisis de los mismo siguiendo un cronograma de trabajo. Las Direcciones Ejecutivas seleccionaron la información importante a evaluar brindada por la Oficina de Epidemiología y la Oficina de Estadística y posterior al análisis se plantearon los problemas a trabajar durante el año 2018 que son plasmados en este documento. Cabe destacar la participación activa de cada una de las Unidades Productoras de Servicios de Salud para entender y comprender la situación hospitalaria que permita la toma de decisiones.

CAPITULO I.- ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES GEOGRÁFICOS, DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA POBLACIÓN USUARIA

I.1 Ubicación Geográfica del INMP.

El INMP se encuentra ubicado en el distrito de Lima-Cercado Barrios Altos, en la provincia y departamento de Lima. Depende administrativamente del Ministerio de Salud.



Fuente: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/mapa-de-ubicacion-del-inmp>

El Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra limitado por el Norte con el Jr. Huanta, por el Sur con el Jr. Cangallo, por el Oeste con el Jr. Miroquesada (Actualmente Jr. Santa Rosa) y por el Este con el Jr. Huallaga. El área de nuestra jurisdicción es netamente urbana, teniendo como Dirección Oficial el Jr. Santa Rosa N° 941, Cercado de Lima.

I.2 Perfil Sociodemográfico de los Usuarios

I.2.1 Perfil de la Procedencia de los Pacientes Atendidos.

Los pacientes que acuden a la Institución, lo realizan a través del servicio de Emergencia y Consultorios Externos, donde un equipo de profesionales evalúa integralmente al paciente. El instituto es considerado Hospital de referencia nacional para el manejo especializado de casos en el área materno - perinatal, por ende no tiene población asignada y recibe casos de todos los distritos de Lima y de las regiones del país.

La tabla siguiente, muestra la procedencia de las pacientes que fueron atendidas desde los diferentes distritos de Lima, observándose que el 54.5% de los (las) pacientes proceden de los distritos de San Juan de Lurigancho, Cercado de Lima, Ate, el Agustino y la Victoria.

Tabla N° 1
INMP: DISTRITO DE PROCEDENCIA DE LA PRODUCCIÓN DE PARTOS, 2017

Distrito	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Total	19,321	100.0%
San Juan de Lurigancho	5,839	30.2%
Lima Cercado	1,384	7.2%
Ate Vitarte	1,345	7.0%
El Agustino	980	5.1%
La Victoria	974	5.0%
San Juan de Miraflores	856	4.4%
Santa Anita	754	3.9%
San Martín de Porres	729	3.8%
Chorrillos	664	3.4%
Villa el Salvador	580	3.0%
Villa María del Triunfo	554	2.9%
Pachacamac	438	2.3%
Puente Piedra	415	2.1%
Comas	414	2.1%
Los Olivos	401	2.1%
Lurigancho	372	1.9%
Rímac	342	1.8%
Santiago de Surco	342	1.8%
Independencia	295	1.5%
Carabayllo	205	1.1%
Lurin	183	0.9%
San Luis	154	0.8%
La Molina	109	0.6%
Barranco	91	0.5%
Otros distritos del Perú	901	4.7%

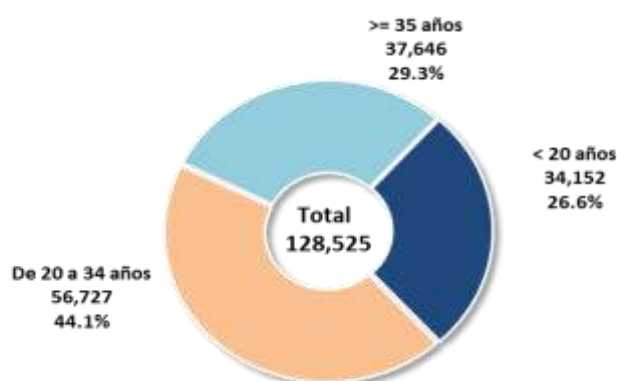
Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

I.2.2 Perfil de la Población Obstétrica por Edad.

La población femenina atendida es predominantemente joven (de 20 a 34 años). Observamos en los gráficos 1 y 2 que la gran mayoría de pacientes atendidas en consultorios externos y hospitalización fue de 20 a 34 años (44.1% en consultorios externos y 67.2% en hospitalización). El grupo de mujeres ≥ 35 años son el segundo grupo en frecuencia (29.3% y 21.3% respectivamente) seguido de las mujeres < 20 años (26.6% y 11.5% respectivamente)

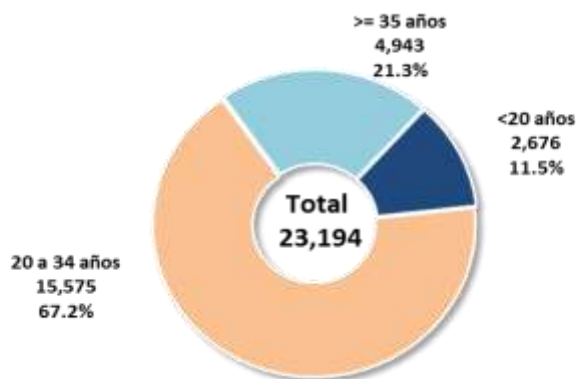
Gráfico N° 1
INMP: CONSULTA EXTERNA SEGÚN GRUPO ETARIO, 2017
(Absoluto y porcentaje)



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Gráfico N° 2
INMP: EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN GRUPO ETARIO, 2017
(Absoluto y porcentaje)



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

I.2.3 Perfil de la Población Obstétrica por Estado Civil y Grado de Instrucción

Gran porcentaje de pacientes atendidas en el instituto tienen como estado civil conviviente (73.3%) y secundaria completa o incompleta (72.5%). Sin embargo existe un grupo de mujeres “solteras” que se atienden en el instituto (13.7%) cuya implicancia de llevar un embarazo en esta condición tiene una repercusión psicológica, social e inclusive médica importante, a tomar en cuenta.

Tabla N° 2
INMP: EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN ESTADO CIVIL, 2017

Estado Civil	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Total	23,194	100.0
Casada	2,885	12.4
Conviviente	17,009	73.3
Divorciada	44	0.2
Soltera	3,186	13.7
Viuda	33	0.1
No definido	37	0.2

Tabla N° 3
INMP: EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, 2017

Grado de Instrucción	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Total	23,194	100.0
Primaria	1,585	6.8
Secuntaria	16,823	72.5
Técnico	2,440	10.5
Universidad	2,237	9.6
Sin Instrucción	109	0.5

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

CAPITULO II.- ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES POLÍTICOS, ORGANIZACIONALES, ESTRUCTURALES, ECONÓMICOS E INVERSIONES DEL SISTEMA HOSPITALARIO.

II.1 Naturaleza:

El Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS, con código único de IPRESS 00006208, establecimiento de salud sin población asignada, razón social "Instituto Nacional Materno Perinatal", nivel III-2 de referencia nacional para el área de Gineco-Obstetricia y Neonatología a través de la Resolución Administrativa N° 1473-15-DESP-DISA II-LS, cuyo grupo objetivo son las mujeres en edad reproductiva y no reproductiva, además de la gestante y el neonato de alto riesgo de nuestro país **BB**.

SUSALUD Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS

CONSULTA POR CÓDIGO ÚNICO DE IPRESS

INGRESE CÓDIGO ÚNICO DE IPRESS: 00006208 **CL BUSCAR**

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Código Único de IPRESS: 00006208

Código RENIPRESS (Historia): 1303882

Datos del Propietario:

Registro Único del Contribuyente R.U.C.: 2074433148

Razón Social: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Dirección Completa: SRÓN ANTONIO MEROQUESADA 941 SR. ANTONIO MEROQUESADA HRO. 941 LIMA LIMA LIMA

Departamento: LIMA

Provincia: LIMA

Municipio: LIMA

Teléfono: 3281013

Fax: 3281071

Correo Electrónico de la Empresa: DIRECCIONGENERAL@INMP.GOB.PE

Enlace de la Página Web de la Empresa: HTTP://WWW.INMP.GOB.PE

Datos RENIPRESS:

RED: NO PERTENECE A NINGUNA RED

RENIPRESS: NO PERTENECE A NINGUNA RENIPRESS

CLAS: ESTABLECIMIENTO NO CLAS

Unidad Ejecutora: 127-INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

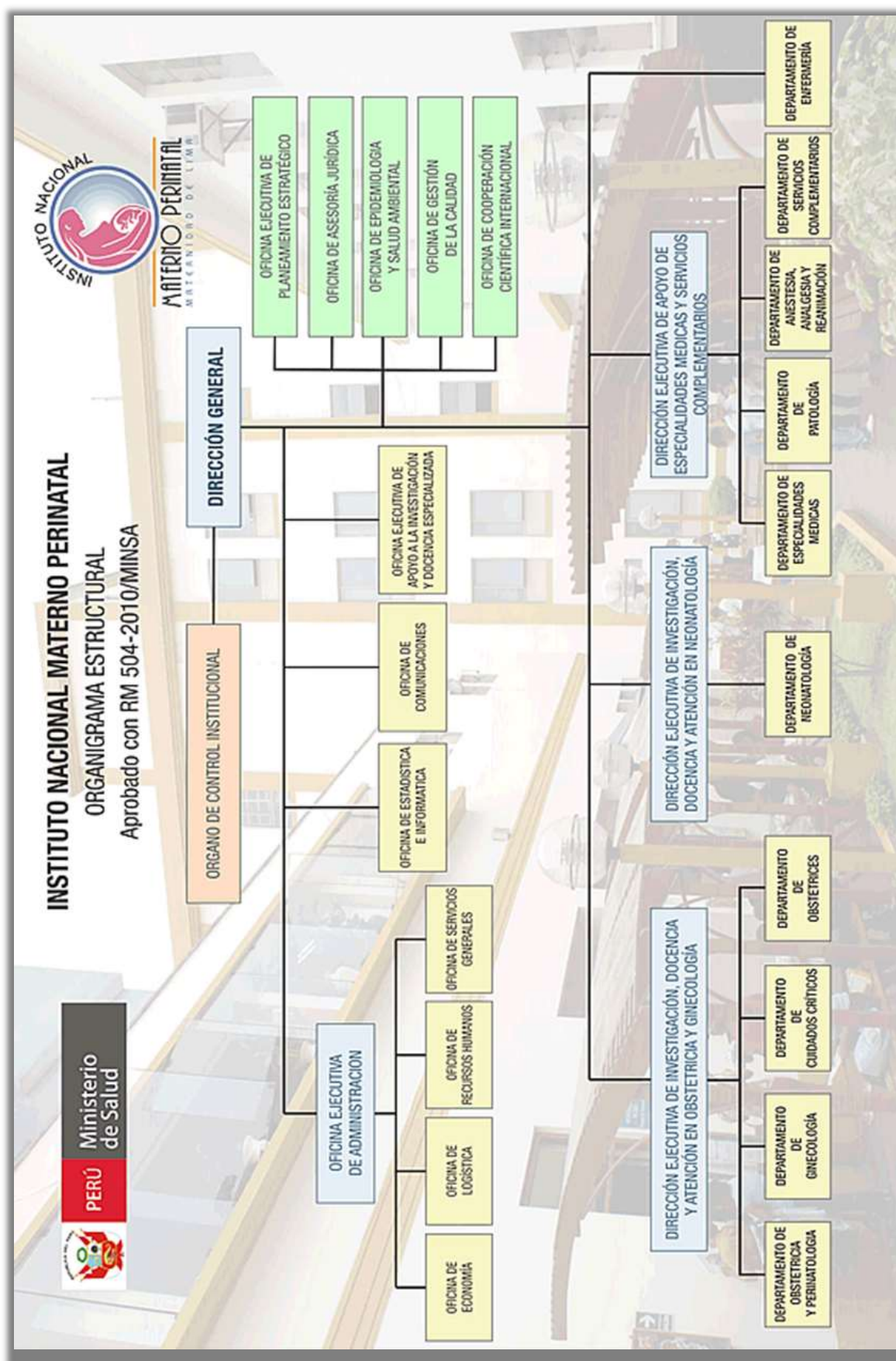
OPRES: MACRO REGION CENTRO MEDIO

Situación del Establecimiento:

Estado: ACTIVADO

Condición: EN FUNCIONAMIENTO

II.2 Organigrama del INMP



II.3 Cartera de Servicios del INMP

Obstetricia:

- Consulta externa obstétrica
- Ecografía obstétrica especializada
- Atención de morbilidad materna no complicada
- Atención de morbilidad materna extrema
- Atención integral diferenciada de Adolescencia
- Atención del parto humanizado
- Atención del parto eutócico y distócico
- Cirugía obstétrica programada y de emergencia
- Cuidados Intensivos Materno
- Medicina Materno Fetal

Ginecología

- Consulta externa en ginecología general
- Consulta externa en climaterio y menopausia
- Consulta externa en Medicina Reproductiva e Infertilidad
- Consulta externa en prevención del cáncer ginecológico
- Cirugía ginecológica general programada
- Cirugía ginecológica de emergencia
- Cirugía ginecológica oncológica de baja complejidad
- Procedimientos de infertilidad de alta complejidad

Neonatología

- Consulta externa neonatal y pediátrica de alto riesgo
- Atención en Cuidados Intensivos Neonatales
- Alojamiento conjunto
- Procedimientos invasivos en Neonatología
- Ventiloterapia neonatal
- Atención en Cuidados Intermedios Neonatales
- Cirugía Neonatal
- Neurología Neonatal
- Neurocirugía Neonatal
- Tamizaje auditivo
- Hipotermia terapéutica
- Fisioterapia pulmonar y orofacial neonatal
- Tamizaje de cardiopatías congénitas
- Nutrición parenteral
- Medicina Física y Rehabilitación Neonatal
- Atención inmediata del recién nacido
- Tamizaje neonatal

Estrategias y Programas

- Salud Sexual y Reproductiva y Planificación familiar
- Lactancia Materna
- Programa Mamá Canguro
- Programa de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal Avanzada
- Escuela de padres

- Atención integral de la adolescente
- Prevención y Control de Cáncer Ginecológico
- Programa de Climaterio
- Prevención y Control del VIH y Otras ITS
- Prevención y Control de Tuberculosis
- Estrategia de Inmunizaciones
- Psicoprofilaxis obstétrica
- Defensoría del niño y la mujer

Apoyo Asistencial:

- Oftalmología materna y neonatal
- Odonto-estomatología materna y neonatal
- Cardiología
- Medicina Interna
- Psiquiatría
- Psicología
- Endocrinología
- Anestesiología y Analgesia Obstétrica
- Medicina Física y Rehabilitación
- Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica
- Banco de Sangre
- Banco de Leche Humana
- Ecografía general
- Servicio de Radiología
- Servicio de Farmacia
- Servicio de Nutrición
- Servicio Social

II.4 Recursos Humanos

La nómina actualizada al 6 de marzo del 2018 muestra que en el instituto cuenta con un total de 1771 servidores tanto del área asistencial de salud como en el área administrativa, en condición de nombrados, con contrato administrativo de servicios, destacados y médicos residentes. En el cuadro siguiente mostramos la cantidad de trabajadores en el instituto según profesión y condición laboral.

Tabla N° 4
INMP: RECURSOS HUMANOS SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL Y CONDICIÓN LABORAL, 2017

Grupo Ocupacional	Condición				
	Nombrados	CAS	M. Residentes	Destacados	Total
Profesionales Médicos					
Anestesiología	23	8	15		46
Cardiología	1				1
Cirugía Pediátrica	5				5
Endocrinología	1				1
Genética medica	2				2
Ginecología oncológica	2				2

Ginecología y obstetricia	100	7	42	1	150
Hematología	1				1
Medicina física y rehabilitación	1				1
Medicina intensiva	3				3
Medicina interna	1				1
Medicina general	6	4			10
Neonatología	41	1	15		57
Oftalmología	1				1
Patología clínica	4				4
Radiología	2				2
Profesionales No Médicos y Técnicos					
Biología	6	1			7
Especialista en epidemiología		3			3
Lic. Enfermería	259	48		5	312
Lic. Obstetricia	184	5		4	193
Nutrición	4	1			5
Odontología	5				5
Psicología	9				9
Químico Farmacéutico	14	1			15
Trabajo Social	32	1		1	34
Tecnología Médica	41	3			44
Técnico(a) en Enfermería	353	41			394
Técnico(a) en Farmacia	15				15
Técnico(a) en Laboratorio	24	3			27
Técnico(a) en Nutrición	47				47
Técnico(a) en Radiología	2				2
Auxiliar Asistencial	8	2			10
Profesionales y Técnicos Administrativos					
Abogado(a)	5	2			7
Administrador(a)	1				1
Anfitriona		1			1
Asistente Ejecutivo	33	5			38
Asistente Administrativo	31	3			34
Asistente en Servicios de Salud	2	2			4
Asistente Profesional	25	2			27
Asistente Técnico Secretarial	4				4
Auxiliar Administrativo	5	7			12
Cajero(a)		1			1
Comunicador(a) Social	1				1
Contabilidad	2	1			3
Chofer	10	1			11
Digitador		3			3
Docente		1			1
Economista	2				2
Especialista Administrativo	15				15
Especialista en Estadística	2	2			4
Especialista en Equipos Hospitalarios		2			2
Especialista en Informática	1	1			2
Mecánico(a) Automotriz	4				4
Técnico(a) Administrativo	81	4			85
Técnico(a) Asistencial	1			1	2
Técnico(a) en Archivo	2				2
Técnico(a) en Comunicaciones	2	1			3

Técnico(a) en Estadística	24				24
Técnico(a) en Mantenimiento de Equipos	12				12
Técnico(a) en Seguridad	12				12
Técnico(a) en Servicios Generales	26	6			32
Técnico(a) en Soporte Informático	3	10			13

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Recursos Humanos

II.5 Distribución Camas, Infraestructura y Equipamiento

El Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con un total de 417 camas para hospitalización. El sector de Gineco-Obstetricia tiene el mayor número de camas (61.9% del total de las camas en la institución), sectorizando a las pacientes por servicios de la siguiente manera:

- 1° piso: Obstetricia A, hospitalización de pacientes Adolescentes.
- 2° piso: Obstetricia B, hospitalización de pacientes con patología de la primera mitad del embarazo, complicaciones por aborto y hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- 3° piso: Obstetricia C, hospitalización de pacientes con trastornos hipertensivos y riesgo de hemorragias de la segunda mitad del embarazo.
- 4° piso: Obstetricia D, hospitalización de gestantes con infecciones propias o intercurrentes al embarazo.
- Servicio de Obstetricia E, destinado a la atención de las pacientes puérperas por parto vaginal sin complicaciones. El Departamento de Ginecología tiene un total de 20 camas.
- La Unidad de Cuidados Intensivos Maternos cuenta con 10 camas además de camas de aislamiento.
- El servicio de Emergencia que cuenta actualmente con 19 camas de observación.

El Sector de Neonatología cuenta con el 38.1% del total de camas de hospitalización distribuidas en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales, Cirugía Pediátrica y Emergencias neonatales.

Tabla N° 5

INMP: DISTRIBUCIÓN DEL INSTITUTO POR BLOQUES GENERALES DE ATENCION, 2017

Bloque	Descripción
A.	Hospital de la Amistad Perú-Japón
B.	Monoblock de Hospitalización Obstétrica
C.	Hospitalización Ginecológica
D.	Hospitalización Puerperio
E.	Medicina Materno Fetal
F.	Diagnóstico por Imágenes
G.	Módulo de Oficinas Administrativas
H.	Laboratorio y Patología Clínica
I.	Farmacia Central
J.	Consultorios Externos de Gineco-Obstetricia
K.	Consultorios Externos de Pediatría

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Tabla N° 6
INMP: ESTRUCTURA - RECURSO FÍSICO - CAMAS HOSPITALARIAS

Servicio	G-O	N-N	Total
Total	295	122	417
Servicio Obstetricia A	47		47
Servicio Obstetricia B	49		49
Servicio Obstetricia C	51		51
Servicio Obstetricia D	44		44
Servicio Obstetricia E	57		57
Servicio Ginecología	20		20
UCIM	10		10
UCIN		30	30
Cirugía Neonatal		5	5
Intermedios Neo. A (I, II)		45	45
Intermedios Neo. B (III, IV)		40	40
Emergencia (*)	17	2	19

(*) Camas de observación, menos de 24 horas

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Tabla N° 7
INMP: ESTRUCTURA - RECURSO FÍSICO EN CONSULTORIOS EXTERNOS

Estructura INMP			Estructura INMP		
Consultorios Médicos	Físicos	Funcionales	Otros Consultorios de Salud	Físicos	Funcionales
TOTAL	31	34	TOTAL	25	31
Obstetricia A	2	2	Servicio Social (Adulto/Adolescente)	2	2
Obstetricia B	2	2	Psicología	3	3
Obstetricia C	2	2	Terapia (Terapia I y II)	2	2
Obstetricia D	2	2	Optometría	1	1
Obstetricia E - Puerperio	1	2	Dental	2	4
Climaterio	1	2	Odontopediatría	1	1
Ginecología general	4	4	Andrología	1	1
Medicina Reproductiva	2	2	Planificación Familiar	1	2
Pediatría	4	4	Tamizaje auditivo pediátrico	1	1
Neurología - Cirugía pediátrica	1	2	Nutrición pediátrica / adultos	1	2
Especialidades Médicas	10	10	Consejería de Medicina Reproductiva	1	1
			Consejería del VIH, SIFIUS	1	1
			Consejería Salud Reproductiva del adolescente	1	1
			Consejería Climaterio	1	1
			Consejería Oncología	1	1
			Estrategia Sanitaria de Prevención y control de TBC	1	1
			Inmunizaciones (Adulto)	1	1
			Tópico de Enfermería	1	1
			Psicoprofilaxis (Adulto/Adolescente)	2	4

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Tabla N° 8
INMP: RECURSO MATERIAL Y EQUIPOS, 2017

GINECO – OBSTETRICIA	Total (Absoluto)	NEONATOLOGIA	Total (Absoluto)
Camas Obstetricas	248	Camas Neonatales	90
Camas Ginecológicas	20	Camas UCIN	30
Camas UCIM	10	Ventiladores mecánicos	16
Camillas de Sala de Parto	20	Incubadoras	78
Ecógrafos	2	Equipo de hipotermia terapeutica	1
Ecógrafos Dopler	7	Monitor multiparámetro	21
Ventiladores Adultos	8	Electroencefalograma	1
Colposcopios (Video / Optico)	4	Equipo CPAP	21
		Electrocardiograma	1
		Equipo fototerapia	21
ESTRUCTURA - TRANSPORTE	Total (Absoluto)		
Ambulancias	5		
Sala de Operaciones (Quirófanos)	9		

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

II.6 Proyecto Multianual de Inversiones 2019 - 2021

El Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con un área de terreno total acumulado (Local Principal y Local Ex – San Bartolomé) de 24,234 m² y área construida total acumulado de 43,773.16 m².

A través de los años, la institución ha sentido la necesidad de crecimiento y renovación de su infraestructura relacionado a las necesidades de la población. La creación del Edificio Perú – Japón en el año 2002, donde funciona el Departamento de Áreas Críticas, es una de las tantas áreas del instituto que ha respondido a esta necesidad así como la remodelación de los servicios de hospitalización con el convenio Peruano – Alemán, estructura de cuatro pisos acondicionada para las pacientes hospitalizadas.

Es por ello que el Instituto Nacional Materno Perinatal, a través de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico se encuentra trabajando en el “Plan Multianual de Inversiones 2019 – 2021” cuyo objetivo principal es contribuir a la reducción de la brecha identificada y priorizada en la Atención de Institutos Especializados, aplicando los instrumentos para el proceso de formulación, elaboración de Fichas para las inversiones de optimización, ampliación marginal, reposición y de rehabilitación (IOARR) de acuerdo a la priorización institucional para mejorar la salud de la población usuaria del INMP en edad reproductiva, materno perinatal, además de encontrarse alineado a los objetivos estratégicos.

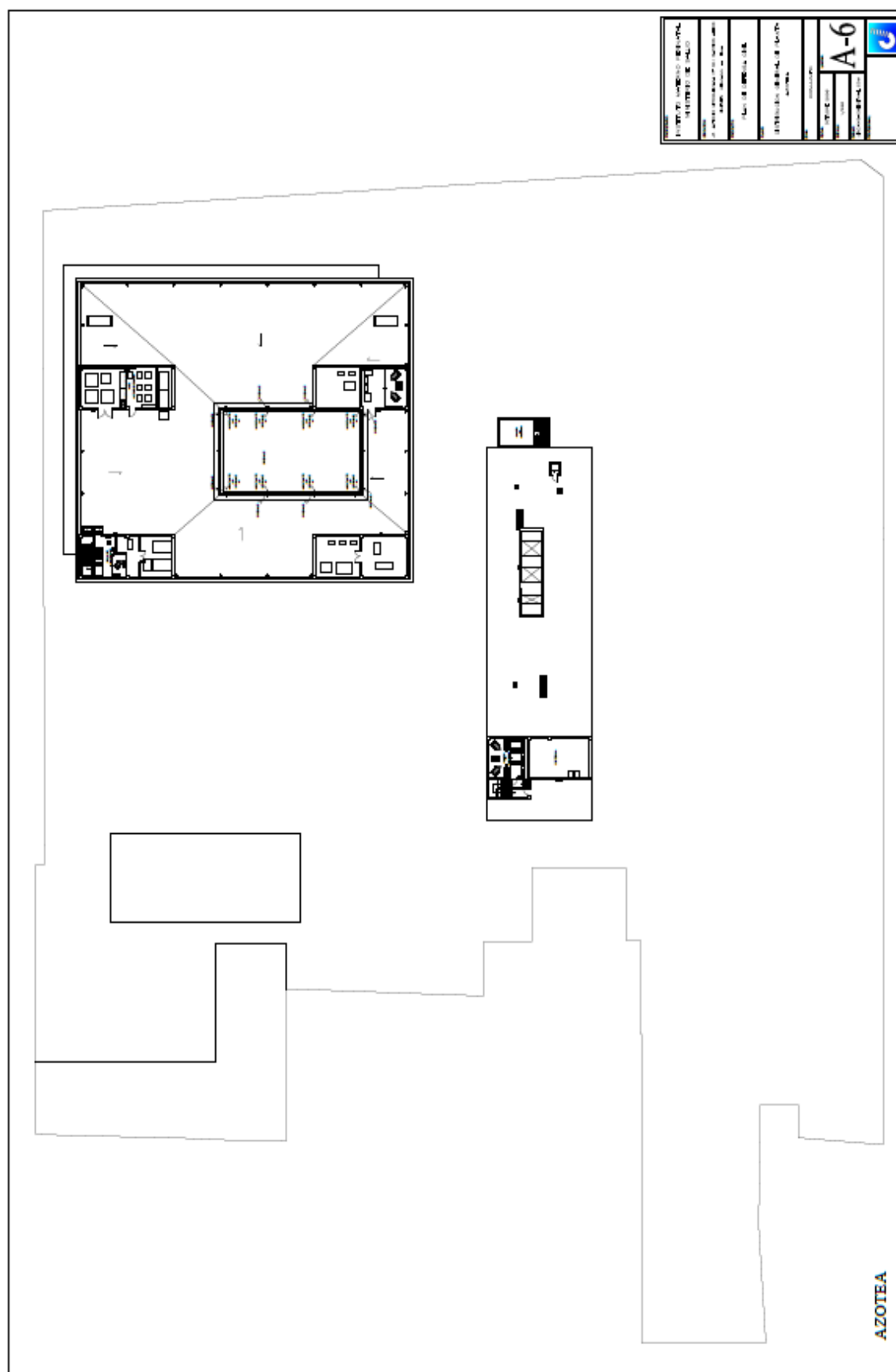








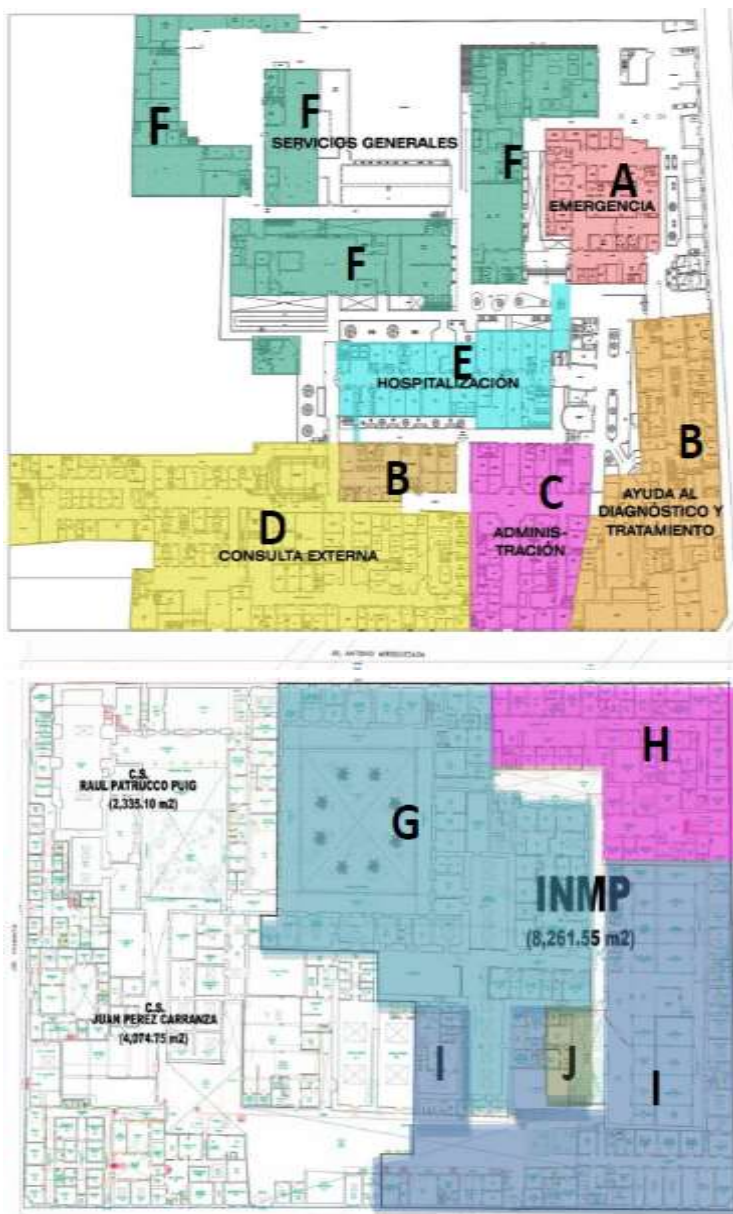
PLANOS DEL INSTITUTO – PISO 5



II.6.1 Identificación de Zonas y Volúmenes Existentes

Estructuralmente el Instituto se encuentra dividido en áreas funcionales las cuales constituyen los siguientes bloques:

Gráfico N° 3
INMP: BLOQUES DE AREAS FUNCIONALES. 2017



A	Perú Japón
1 er Piso	Emergencia
2 do Piso	Centro Obstétrico
3 er Piso	UCIM - UCIN
4 to Piso	Centro Quirúrgico / Recuperación / Central de Esterilización
5 to Piso	Residencia Médica

B	Dpto. Patología y Hospitalización
1 er y 2 do Piso	Dpto. de Patología y Lab. Clínico 2 pisos, colinda con Perú Japón
1 er Piso	Banco de Sangre / Banco de Leche / Farmacia
1 er Piso	Diagnóstico por Imágenes
2 do Piso	Hosp. Puérperas e Intermedios V

C	Administración
1 er Piso	Of. PIP / RENIEC / Vacunas / Administración / SIS
2 do Piso	Residencia SICAP

D	Consulta Externa
1 er Piso	Consulta Externa
2 do Piso	Medicina Fetal / Ginecología / UCI Intermedios Materno / Clínica

E	Hospitalización
1 er Piso	Adolescencia
2 do Piso	Obstetricia B
3 er Piso	Obstetricia C
4 to Piso	Obstetricia D

F	Servicios Generales
Sótano	Lavandería / Costura / Ropería
1 er Piso	Nutrición, Administración, Patrimonio, Mantenimiento, Logística, Economía, RR. HH.
2 do Piso	Dpto. Neo, Mantenimiento, Logística, Economía, RR. HH.

G	Area Protegida
1 er Piso	Declarado Patrimonio de la Nación
2 do Piso	

H	Docencia e Investigación
1 er Piso	Docencia Especializada
2 do Piso	Declarado Patrimonio de la Nación

I	Area Libre
1 er Piso	Area Libre

J	Jardín
1 er Piso	Jardín de Niños
2 do Piso	Jardín de Niños

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

II.6.2 Identificación de los Elementos que Influyen en la Vulnerabilidad

Se realizaron estudios de vulnerabilidad Sísmica estructural, con visitas periódicas al Instituto para reunir información del estado actual, asimismo se han realizado estudios de materiales, micro-trepidaciones y mecánica de suelos.

En las labores de campo se ha observado que no hay adecuada separación entre columnas y elementos de albañilería lo cual podría ocasionar fallas por columna corta durante un sismo, fisuras en los muros portantes de albañilería, humedad en los muros de albañilería lo cual puede causar el deterioro de dichos elementos estructurales, se han realizado construcciones adicionales que generan sobrecargas en la estructura.

Como consecuencia del análisis se encontró una Vulnerabilidad media y baja. El Bloque alemán, Se debe aislar las columnas de la tabiquería en los bloques Alemán y en el bloque Sala de Máquinas para evitar las columnas cortas. Según los resultados del análisis del modelo matemático, el bloque alemán B presenta distorsiones mayores a 3/1000 para un sismo severo lo que afectaría el contenido. Debido a esto, se recomienda el reforzamiento de este bloque requiere reforzamiento en un 30%, los edificios antiguos de albañilería requieren reparaciones menores en un 20% al igual que la sala de máquinas en un 10%.

Gráfico N° 4
INMP: AREAS DE VULNERABILIDAD. 2017



Fuente: ESTUDIOS DE VULNERABILIDAD SÍSMICA: ESTRUCTURAL, NO ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL EN CATORCE (14) ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LIMA, Universidad Nacional de Ingeniería, Lima 2013

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

II.6.3 Cartera de Inversiones

La Cartera de Inversiones del Instituto Nacional Materno Perinatal, responde a las brechas identificadas y priorizadas, en el proceso de selección y priorización de las inversiones a ser financiadas total o parcialmente con recursos públicos, a fin de lograr el alcance de las metas de producto específicas e indicadores de resultado, asociados a la inversión.

De acuerdo a la Resolución Ministerial N° 035-2018-EF/15 que aprueba la “Directiva para la Programación Multianual que regula y articula la Fase de Programación Multianual del Sistema Nacional Programación Multianual y Gestión de Inversiones y la Fase de Programación del Sistema Nacional de Presupuesto”, la Cartera de Inversiones se elabora con el objeto de regular y articular los dos sistemas, para lo cual establece procesos y disposiciones aplicables para el funcionamiento de la fase de Programación Multianual del Ciclo de Inversión en el marco del Sistema Nacional Programación Multianual y Gestión de Inversiones.

En este marco la selección de la Cartera de Inversiones del Instituto Nacional Materno Perinatal se llevó a cabo mediante talleres de trabajo entre los Órganos de Línea, Dirección Ejecutiva de Administración, Oficina de Servicios Generales y la Unidad de Ingeniería Biomédica, a fin de priorizar y actualizar la Cartera de Proyectos de Inversión PIP y NO PIP, con el fin de ser incluidas en el Proyecto Multianual de Inversiones y posteriormente ser registrada en la plataforma electrónica del Banco de Inversiones. Se consideró las UPS y UPSS críticas, teniendo una propuesta que fue presentado en sesión extraordinaria del 28 de marzo del 2018, teniendo las inversiones a nivel de idea, proyectos de inversión en elaboración, e Inversiones de Optimización, de Ampliación Marginal, de Reposición y de Rehabilitación (IOARR), según corresponda. Para esta selección se ha considerado los criterios establecidos en el artículo 4 de la mencionada Directiva en el siguiente orden de prelación:

- Las inversiones por liquidar o pendientes de liquidación.
- Las inversiones en la fase de Ejecución que culminen en el año fiscal siguiente.
- Las inversiones en la fase de Ejecución que culminen sucesivamente en los años posteriores.
- Las inversiones de optimización, de ampliación marginal, de reposición, y de rehabilitación – IOARR en unidades productoras en funcionamiento.
- Las inversiones sin ejecución física que cuenten con Expediente Técnico o documento equivalente, según la normatividad de la materia.
- Las inversiones sin ejecución física que cuenten con aprobación o viabilidad, según corresponda.

Se detalla a continuación los proyectos priorizados



Tabla N° 9
INMP: PROYECTO MULTIANUAL DE INVERSIONES – PROYECTOS PRIORIZADOS. 2017

Tipo de IOARR (*)	Monto de Inversión (S/.)	Meta Física	Unidad de Medida
Rehabilitación de la UPSS Central de Esterilización del INMP	1,464,200.00	437.30	M2
Optimización de la UPS Lavandería del INMP	2,550,000.00	465.00	M2
Optimización del DATA CENTER del INMP	2,000,000.00	270.00	M2
Rehabilitación Integral del Servicio de Farmacia del INMP	1,527,066.00	529.00	M2
Optimización del Servicio de Medicina Fetal del INMP	860,048.00	490.42	M2
Optimización del Sistema de Gestión Hospitalaria del INMP	2,150,000.00	360.00	Ptos. De usuario atendido
Reposición de Equipos de Climatización para las UPSS Banco de Sangre y Banco de Leche del INMP	180,000.00	387.00	M2
Reposición de Equipos de Aire Acondicionado con Sistema Climatizado Centralizado con Chiller para el Edificio Perú Japón del INMP	3,200,000.00	8418.00	M2
Optimización de la UPS Estadística e Informática del INMP	3,604,800.00	480.00	M2
Ampliación Marginal del Sistema de Ablandamiento y Filtración de Agua del INMP	1,325,000.00	120.00	M3
Rehabilitación de redes sanitarias principales (agua, desagüe) del INMP	650,000.00	730.00	ML
Rehabilitación de redes eléctricas secundarias y tableros eléctricos del INMP	800,000.00	10.00	Tableros
Rehabilitación del Sistema de red de tuberías para vapor de retorno de condensado del INMP	929,000.00	340.00	ML

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Dirección Administrativa

El INMP no cuenta con presupuesto asignado para Inversiones PIP y no PIP en los años 2018 y 2019. En el año 2020 se programa asignación de presupuesto para el Programa Multianual de Inversiones 2018 – 2020 vigente aprobado en el 2017 por el MINSA. Por ello, con RM N° 199-2018/MINSA se aprueba la asignación de presupuesto para Equipamiento al INMP por un monto de S/2,649,269.00, considerándose la reposición de los siguientes equipos:

Tabla N° 10
INMP: PROYECTO MULTIANUAL DE INVERSIONES – EQUIPOS BIOMEDICOS PRIORIZADOS PARA COMPRA CON RECURSOS ORDINARIOS. 2017

Prioridad	Nombre de Inversión	Tipología	Naturaleza	Programa Presupuestal	Costo Actualizado de la Inversión	Fuente de Financiamiento
1	Ventilador Mecánico Neonatal	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	175,000.00	Recursos Ordinarios
2	Ventilador Mecánico Neonatal	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	175,000.00	Recursos Ordinarios
3	Ventilador Mecánico Neonatal	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	175,000.00	Recursos Ordinarios

4	Monitor Fetal Gemelar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	31,506.00	Recursos Ordinarios
5	Monitor Fetal Gemelar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	31,506.00	Recursos Ordinarios
6	Monitor Fetal Gemelar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	31,506.00	Recursos Ordinarios
7	Equipo de Rayos X Rodable Digital	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	250,000.00	Recursos Ordinarios
8	Mesa de Operaciones Hidráulica/ Eléctrica	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	220,000.00	Recursos Ordinarios
9	Mesa de Operaciones Hidráulica/ Eléctrica	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	220,000.00	Recursos Ordinarios
10	Mesa de Operaciones Hidráulica/ Eléctrica	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	220,000.00	Recursos Ordinarios
11	Lámpara Quirúrgica de Techo de Intensidad Alta	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	160,000.00	Recursos Ordinarios
12	Lámpara Quirúrgica de Techo de Intensidad Alta	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	160,000.00	Recursos Ordinarios
13	Monitor de Funciones Vitales de 7 Parámetros	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	73,951.00	Recursos Ordinarios
14	Procesador Automático de Tejidos	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	79,000.00	Recursos Ordinarios
15	Refrigeradora para Laboratorio de 14 pies cúbicos	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	78,000.00	Recursos Ordinarios
16	Refrigeradora para Laboratorio de 14 pies cúbicos	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	78,000.00	Recursos Ordinarios
17	Refrigeradora para Laboratorio de 14 pies cúbicos	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	78,000.00	Recursos Ordinarios
18	Monitor de Actividad Cerebral	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	120,000.00	Recursos Ordinarios
19	Refrigeradora para Laboratorio de 14 pies cúbicos	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	78,000.00	Recursos Ordinarios
20	Refrigeradora para Laboratorio de 14 pies cúbicos	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	78,000.00	Recursos Ordinarios
21	Microscopio Binocular Estándar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	15,000.00	Recursos Ordinarios
22	Microscopio Binocular de Doble Cabezal	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	39,900.00	Recursos Ordinarios
23	Microscopio Binocular Estándar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	15,000.00	Recursos Ordinarios
24	Microscopio Binocular Estándar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	40,000.00	Recursos Ordinarios
25	Incubadora para Cultivo 55 Litros	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	18,000.00	Recursos Ordinarios

El Equipo de Gestión, en reunión extraordinaria, priorizó la compra de equipos biomédicos para el presente ejercicio presupuestal en las fuentes de financiamiento de Donaciones y Transferencias y Recursos Directamente Recaudados que se detallan en la tabla siguiente.

Tabla N° 11
INMP: PROYECTO MULTIANUAL DE INVERSIONES – EQUIPOS BIOMEDICOS PRIORIZADOS PARA
COMPRA CON DONACIONES Y TRANSFERENCIAS. 2017

Prioridad	Nombre de Inversión	Tipología	Naturaleza	Programa Presupuestal	Costo Actualizado de la Inversión	Fuente de Financiamiento
1	Ventilador Mecánico Neonatal	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	175,000.00	Donaciones y Transferencias
2	Monitor Fetal Gemelar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	31,506.00	Donaciones y Transferencias
3	Monitor Fetal Gemelar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	31,506.00	Donaciones y Transferencias
4	Monitor Fetal Gemelar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	31,506.00	Donaciones y Transferencias
5	Monitor Fetal Gemelar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	31,506.00	Donaciones y Transferencias
6	Monitor Fetal Gemelar	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	31,506.00	Donaciones y Transferencias
7	Esterilizador Dual con Generador Eléctrico de Vapor Incorporado con Doble Puerta de 500 litros	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	576,850.00	Donaciones y Transferencias
8	Incubadora de Microbiología CO2	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	140,000.00	Donaciones y Transferencias
9	Ecógrafo Doppler Color 4D	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	245,000.00	Donaciones y Transferencias
10	Ecógrafo Doppler Color 4D	No PIP	Reposición. Adquisición	0002 - Salud Materno Neonatal	245,000.00	Donaciones y Transferencias



II.7 Análisis Presupuestal

El contexto económico se ha desarrollado durante el 2017 en un entorno incierto, por la crisis política vivida (varios cambios de Ministros y crisis política en el Ejecutivo), que llevaron a una falta de continuidad en las políticas de presupuesto del estado. Sin embargo, se afianza el modelo de presupuesto por resultados donde las áreas materno neonatales seguirán teniendo preferencia y se ha mantenido las restricciones y priorizaciones en la atención asistencial para evitar un incremento en el gasto público. El seguro integral estuvo desfinanciado dado la amplia cobertura que imposibilita la asignación ordenada y organizada de presupuestos a la alta complejidad y los Recursos Directamente Recaudados sufrió una baja por el cierre del Servicio Bajo Tarifario Diferenciado que aportaba aproximadamente 2 millones de soles en ingresos a la institución. La ejecución presupuestal para el año 2017 del 92.2%.

Tabla N° 12
INMP: PRESUPUESTO INICIAL ASIGNADO. 2010 - 2017

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
RO	69,075,543.00	68,843,001.00	74,532,450.00	76,591,604.00	71,246,778.00	88,194,382.00	93,831,136.00	99,555,862.00
RDR	11,000,000.00	12,000,000.00	16,800,000.00	18,732,517.00	24,000,000.00	19,715,601.00	19,715,601.00	19,000,000.00
DYT	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	80,075,543.00	80,843,001.00	91,332,450.00	95,324,121.00	95,246,778.00	107,909,983.00	113,546,737.00	118,555,862.00

Tabla N° 13
INMP: PRESUPUESTO INICIAL MODIFICADO, 2010 - 2017

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
RO	72,747,218.00	84,095,906.00	96,829,227.00	99,810,718.00	111,432,727.00	94,585,785.00	103,018,037.00	116,157,625.00
RDR	11,864,265.00	19,562,281.00	17,457,545.00	20,591,164.00	25,623,994.00	21,748,005.00	21,704,104.00	18,952,800.00
DYT	6,237,712.00	4,522,762.00	4,393,595.00	5,247,869.00	11,636,374.00	24,226,407.00	29,025,051.00	28,690,972.00
TOTAL	90,849,195.00	108,180,949.00	118,680,367.00	125,649,751.00	148,693,095.00	140,560,197.00	153,747,192.00	163,801,397.00

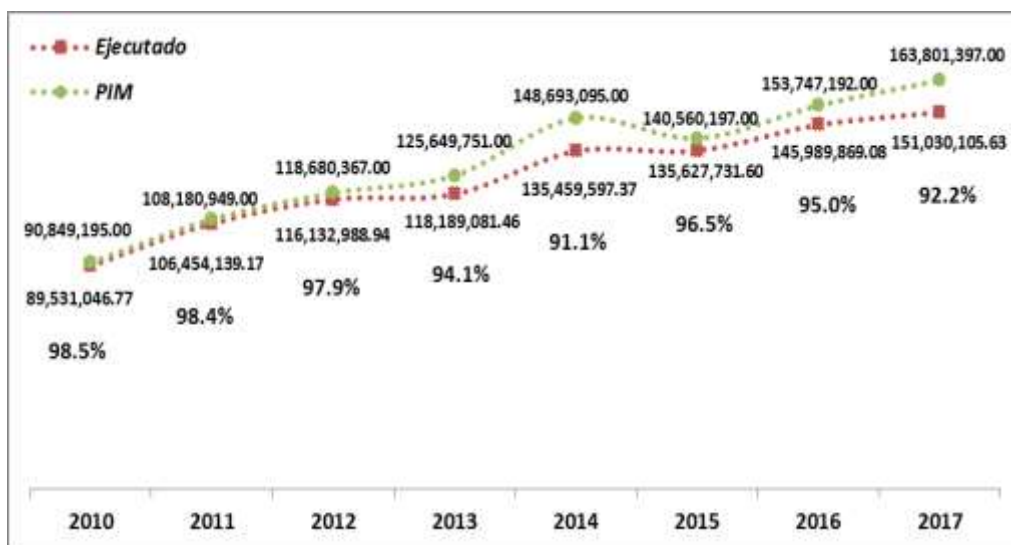
Tabla N° 14
INMP: PRESUPUESTO TOTAL EJECUTADO, 2010 - 2017

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
RO	72,299,294.63	83,953,187.61	94,480,862.53	99,629,609.92	111,385,154.74	94,241,972.29	101,971,600.52	115,439,250.20
RDR	11,566,489.35	19,179,517.84	17,346,645.62	18,201,434.34	13,217,050.65	18,463,824.71	17,240,723.48	9,187,327.30
DYT	5,665,262.79	3,321,433.72	4,305,480.79	358,037.20	10,857,391.98	22,921,934.60	26,777,545.08	26,403,528.13
TOTAL	89,531,046.77	106,454,139.17	116,132,988.94	118,189,081.46	135,459,597.37	135,627,731.60	145,989,869.08	151,030,105.63

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Oficina Ejecutiva de Planificación Estratégica

Gráfico N° 5
INMP: PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL, 2010 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Oficina Ejecutiva de Planificación Estratégica

CAPITULO III.- ANALISIS DE LOS DETERMINANTES RELACIONADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD A NIVEL HOSPITALARIO

III.1 UPSS Consultorios Externos



Los principales servicios donde son atendidas las pacientes y pediátricos al ingresar al instituto son los consultorios externos y la emergencia. El INMP cuenta con consultorios gineco-obstétricos, consultorios de neonatología y consultorios de otras especialidades médicas de apoyo. Se realizan también atenciones ambulatorias de otras profesiones de la salud (odontología, servicio social,

nutrición, etc.) y orientación, tamizaje y actividades en temas de salud complementarias a cargo de las estrategias de salud dirigidas por el MINSA (Estrategia de VIH y otras ITS, estrategia de prevención de TBC, Inmunizaciones, Salud Sexual y Reproductiva, etc.).

El INMP, es un instituto de referencia nacional y deben acudir a él pacientes y usuarias con patologías obstétricas, ginecológicas, perinatales y neonatales de alto riesgo; además, el instituto está diseñado para la atención de aproximadamente 15,000 a 20,000 pacientes al año; sin embargo en años previos al 2017, el número de atenciones ha sido mucho mayor de lo esperado, la mayoría de ellas acudían sin referencia alguna y con embarazos consideradas de bajo riesgo. Las coordinaciones realizadas en el 2017 con el MINSA, la gerencia del SIS y otras entidades relacionadas, ha permitido que durante el 2017 y 2018, las atenciones en consultorios externos sean realizadas a pacientes con referencia coordinada de otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), y con criterios de riesgo, disminuyendo en un 19% aproximadamente el número de pacientes atendidas el 2017

respecto al 2016. Otra variable que ha jugado como factor determinante a la disminución de pacientes atendidas en el INMP fue el cierre de los servicios bajo tarifario diferenciado ("clínica"), como lo veremos en las tablas siguientes.

Tabla N° 15
INMP: ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA SEGÚN ESPECIALIDADES, 2016 - 2017

Especialidades	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Total	55,514	100.0	45,076	100.0
Obstetricia	20,474	36.9	12,165	27.0
Ginecología (*)	16,232	29.2	13,153	29.2
Pediatría	6,023	10.8	7,835	17.4
Especialidades Médicas	12,785	23.0	11,923	26.5

(*) Se incluye pacientes atendidas ginecológicas en consultorio obstétrico

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Tabla N° 16
INMP: ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA SEGÚN ESPECIALIDADES, 2016 - 2017

Especialidades	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Total	136,222	100.0%	100,910	100.0%
Pediatría	17,388	12.8%	9,128	9.0%
Especialidades Médicas	20,954	15.4%	19,099	18.9%
Ginecología (*)	33,164	24.3%	27,450	27.2%
Obstetricia	64,716	47.5%	45,233	44.8%

(*) Se incluye pacientes atendidas ginecológicas en consultorio obstétrico

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

III.1 1 Consultorios de Gineco - Obstetricia.

Las consultas obstétricas son las atenciones más frecuentes en el instituto, generándose un total de 12,165 de pacientes atendidas y 45,233 atenciones durante el 2017 (ver tabla N° 17). Los indicadores de productividad y eficiencia en consulta externa se muestran también a continuación. La institución se encuentra dentro de los estándares esperados.



Tabla N° 17
INMP: INDICADORES DE CONSULTORIOS EXTERNOS, CONSULTA OBSTETRICA. 2016 - 2017

Consulta Externa Obstetricia	2016	2017		Consulta Externa Obstetricia	2016	2017
Prenatal						
Atendidas	13,954	9,884		Concentración Prenatal	4.3	4.3
Atenciones	60,410	42,461		Rendimiento Prenatal	3.9	3.8
Puerperas				Concentración Puerperas	1.3	1.2
Atendidas	3,385	2,281		Rendimiento Puerperas	2.5	2.7
Atenciones	4,306	2,772		Concentración Ginecológicas	1.6	1.6
Ginecológicas (*)				Rendimiento Ginecológicas	3.7	3.6
Atendidas	3,385	1,453		Relac. Consulta G-O / Ecografías	4.4	3.8
Atenciones	5,441	2,281				
Total Atendidas Obstétricas	17,339	12,165				
Total Atenciones Obstétricas	64,716	45,233				
Total Atenciones Gineco(*) - Obstétricas	70,157	47,514				
Ecografías Gineco - Obstétricas	16,042	12,364				

(*) Atendidas y atenciones en consultorios obstétricos.

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Las atenciones en las consultas obstétricas disminuyeron 29.7% en relación al año 2016. Los factores que influyeron a esta disminución tienen que ver probablemente con la disposición que deja sin efecto la Resolución Jefatural del SIS que permitía la atención de las pacientes en el establecimiento de salud de su preferencia sin necesidad de tener referencia alguna de establecimientos de otros niveles; el otro factor importante fue el cierre de los servicios bajo tarifario diferenciado del INMP, que permitía que las pacientes que no tenían Seguro Integral de Salud puedan atenderse de forma voluntaria bajo esta modalidad accediendo a los servicios de la institución, garantizando una atención de calidad similar a la que se brindaba a las pacientes que no estaban bajo este servicio. Además de la disminución en el número de atenciones, el cierre de este tipo de servicios trajo consigo una disminución en los recursos directamente recaudados en la institución.

Tabla N° 18
INMP: ATENCIÓN PRE NATAL EN CONSULTA EXTERNA SEGÚN SERVICIOS, 2016 - 2017

Servicio	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Total	60,410	100.0	42,461	100.0
Servicio A	6,926	11.5	6,545	15.4
Servicio B	9,492	15.7	8,350	19.7
Servicio C	9,833	16.3	8,817	20.8
Servicio D	9,710	16.1	8,864	20.9
Turno Tarde	6,804	11.3	6,050	14.2
Tarifa Diferenciada	17,415	28.8	3,371	7.9
Dpto. Ginecología (Gestantes)	230	0.4	464	1.1

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

La Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA del 24 de Diciembre del 2013, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", establece las normas y procedimientos que permitan brindar una atención integral

de calidad durante la preparación para el embarazo, atención prenatal reenfocada, la atención institucional y calificada del parto y la atención del puerperio. Esta norma propone un esquema básico de la atención prenatal con 6 controles prenatales con énfasis en el control prenatal antes de las 14 semanas y entre las 14 y 21 semanas de embarazo para la identificación de riesgos obstétricos. Sin embargo, no propone un objetivo claro de cuáles son los riesgos que tenemos que abordar en estas primeras semanas de embarazo y como lo debemos manejar.

La primera causa de morbi-mortalidad materna a nivel nacional son las hemorragias obstétricas y los trastornos hipertensivos y la primera causa de muertes perinatales (sobre todo en nuestra institución) son las malformaciones congénitas y las infecciones perinatales. Por lo tanto es necesario realizar una identificación adecuada y oportuna de estos casos durante el primer trimestre de gestación para prevenir desenlaces que puedan llevar a mayores riesgos a las gestantes y neonatos. Los datos estadísticos demuestran que el 86% de las gestantes en el INMP tuvieron más de 6 controles prenatales, sin embargo aún vemos pacientes que terminan en casos de morbilidad materna extrema y esto tiene que ver con una identificación inadecuada de los riesgos durante el primer trimestre del embarazo en nuestra institución y en los establecimientos de salud del I y II nivel.

Es conocido que la estimación temprana de los riesgos específicos de cada paciente de sufrir complicaciones en el embarazo podría mejorar los resultados de la gestación, trasladando las consultas de rutina de la atención prenatal a unas consultas más individualizadas y centradas en la patología de cada paciente. Cada consulta tendría un objetivo predefinido y los hallazgos generarían coeficientes de probabilidad que se pueden utilizar para modificar el riesgo específico de cada paciente para una determinada enfermedad (preeclampsia, aneuploidias, parto pretérmino, diabetes gestacional, macrosomía fetal, etc.) a partir de una evaluación inicial en el primer trimestre (11-13 semanas). La gran mayoría de las pacientes obstétricas se clasificarían como “bajo riesgo” y una pequeña proporción de pacientes se seleccionarían como “alto riesgo” a esta edad gestacional. En el grupo de “bajo riesgo”, el número de consultas médicas se pueden reducir y el grupo de “alto riesgo” podría tener una estrecha vigilancia y una atención prenatal más especializada, tanto en el tipo de consulta como en el personal que atiende a la paciente. Esto es lo que se conoce como “La Pirámide Invertida del Control Prenatal”, propuesta que el INMP quiere implementar para contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

Tabla N° 19
INMP: ATENCIÓN PRE NATAL EN CONSULTORIOS EXTERNOS, 2016 - 2017

Atención Prenatal Población General			Atención Prenatal Adolescentes		
	2016	2017		2016	2017
Atendidas	13,954	9,884	Atendidas	1,366	1,564
Atenciones	60,410	42,461	Atenciones	5,575	6,545
Concentración	4.3	4.3	Concentración	4.1	4.2
Rendimiento Hora Medico	3.9	3.8	Rendimiento Hora Medico	3.7	3.6
Duración aproximada de consulta	15.8	16.3	Duración aproximada de consulta	17.6	17.8

Indicadores	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Gestante controlada (6 o más controles)	6,640	47.6	8,511	86.1
Cobertura despistaje Cancer de cervix (Papanicolao)	4,950	35.5	3,707	37.5

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Los motivos de consulta en el control prenatal reflejan la falta de un enfoque de riesgo en el embarazo, sin evidenciar una congruencia entre los diagnósticos prenatales y los casos de morbimortalidad materna y perinatal, sin embargo debemos señalar que muchas pacientes controladas en nuestra institución son catalogadas como de bajo riesgo, pacientes que deberían ser controladas en otros niveles de atención. Ello implica el fortalecimiento de los hospitales de nivel II y los centros maternos nivel I-4.

Tabla N° 20
INMP: MOTIVO DE CONSULTA PRENATAL EN CONSULTORIOS EXTERNOS, 2016 - 2017

Motivo Consulta Prenatal	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	3,995	6.6	4,890	11.5
Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	2,410	4.0	2,261	5.3
Infección genital en el embarazo	2,360	3.9	1,725	4.1
Atención materna por presentación de nalgas	188	0.3	189	0.4
Infección de la vías urinarias	351	0.6	306	0.7
Atención materna por déficit del crecimiento fetal	120	0.2	115	0.3
Obesidad debida a exceso de calorías	138	0.2	114	0.3
Aumento excesivo de peso en el embarazo	144	0.2	106	0.2
Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta	76	0.1	112	0.3
Atención materna por posición fetal oblicua o transversa	54	0.1	64	0.2

Nota: En el presente cuadro no se considera la atención de pacientes por motivo de supervisión

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

III.1.2 Consultorio de Ginecología

El Departamento de Ginecología es la unidad orgánica que planifica, organiza, dirige y controla las actividades médicas y quirúrgicas para la atención especializada en Ginecología Patológica, Medicina Sexual y Reproductiva, Ginecología Oncológica y Mamaria, así como Climaterio y Menopausia. Depende estructuralmente de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología.

Las consultas ginecológicas están en constante crecimiento en nuestra institución, y el servicio que más ha avanzado en el manejo especializado es el servicio de Medicina Reproductiva, con grandes logros en el manejo de la pareja infértil evidenciado en los últimos años.

En el cuadro siguiente observamos los principales motivos de consulta de los diferentes servicios que brinda el Departamento de Ginecología, en el cual se evidencia que un gran porcentaje de las pacientes acuden por problemas de fertilidad en los consultorios de salud sexual y reproductiva; pacientes con problemas relacionados a climaterio y menopausia; pacientes con Miomatosis Uterina e infecciones genitales y finalmente pacientes con problemas relacionados al cáncer ginecológico.



Tabla N° 21
INMP: CONSULTORIOS EXTERNOS DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA
PRINCIPALES MOTIVOS DE ATENCIÓN, 2016 - 2017

Principales Motivos de Atención	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Ginecología General				
Leiomioma del utero, sin otra especificación	1,128	7.1	981	7.4
Vaginitis aguda (Vulvovaginitis)	1,231	7.8	781	5.9
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	822	5.2	689	5.2
Enfermedad inflamatoria pélvica femenina, no especificada	775	4.9	680	5.1
Estados menopausicos y climatericos femeninos	579	3.7	498	3.8
Consultorio de Climaterio				
Estados menopausicos y climatericos femeninos	1,258	47.4	1,439	56.5
Otros trastornos menopausicos y perimenopausicos especificados	225	8.5	229	9.0
Estados asociados con menopausia artificial	436	16.4	184	7.2
Vaginitis atrofica postmenopausica	163	6.1	167	6.6
Leiomioma del utero, sin otra especificación	88	3.3	79	3.1
Consultorio de Medicina Reproductiva				
Infertilidad femenina asociada con falta de ovulación	2,366	40.3	2,053	46.6
Infertilidad femenina de origen tubarico	1,429	24.3	1,066	24.2
Infertilidad femenina asociada con factores masculinos	447	7.6	343	7.8
Abortadora habitual	221	3.8	290	6.6
Infertilidad femenina de origen uterino	292	5.0	159	3.6
Consultorio de Oncología				
Displasia cervical leve	634	9.7	562	11.4
Trastornos inflamatorios de la mama	149	2.3	516	10.4
Mastopatía quística difusa	391	6.0	314	6.3
Tumor de comportamiento incierto o desconocido del ovario	146	2.2	251	5.1
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la mama	217	3.3	247	5.0

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

El 25 de Junio del 2015 se inaugura aula de Simulación de Cirugía Endoscópica, cuya finalidad es la formación de médicos residentes en la especialidad de Ginecología y Obstetricia. El aula ha sido equipada en su totalidad por la Asociación de Médicos Residentes de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia del INMP, Promoción XXXVII. Los simuladores de Cirugía Endoscópica, fueron elaborados con materiales de uso común que aparentan ser una cavidad abdominal cerrada y en su interior contiene diversas piezas, con los que se pueden realizar ejercicios para perfeccionar las destrezas de los médicos residentes en las áreas de cirugía ginecológica. Un avance para el servicio de Ginecología gracias a los Residentes.

En general, las pacientes atendidas y las atenciones realizadas en el servicio de Ginecología también han disminuido en frecuencia comparativamente con el 2016 (20.8% menos pacientes



atendidas en 2017 y 18.5% menos atenciones en 2017). Los indicadores de concentración y rendimiento se han mantenido similares en los dos últimos años.

Tabla N° 22
INMP: INDICADORES EN CONSULTORIOS EXTERNOS. CONSULTAS GINECOLOGICAS, 2016 - 2017

	Departamento de Ginecología	2016	2017
Ginecología General	Atendidas	8,490	6,511
	Atenciones	15,803	13,265
	Concentración	1.9	2.0
	Rendimiento HR/MED	3.9	3.7
Climaterio	Atendidas	1,140	1,075
	Atenciones	2,656	2,549
	Concentración	2.3	2.4
	Rendimiento HR/MED	3.7	3.5
Medicina Reproductiva	Atendidas	2,937	2,403
	Atenciones	5,876	4,409
	Concentración	2.0	1.8
	Rendimiento HR/MED	3.6	3.6
Oncología	Atendidas	2,212	1,711
	Atenciones	6,548	4,946
	Concentración	3.0	2.9
	Rendimiento HR/MED	3.8	3.7

Departamento de Ginecología	Total	
	2016	2017
Atendidas	14,779	11,700
Atenciones	30,883	25,169
Concentración	2.1	2.2
Rendimiento HR/MED	3.8	3.6

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

III.1.2.1 Medicina Reproductiva

En el Perú, el 10 al 15 % de la población en edad fértil sufre de Infertilidad, lo cual significa que un millón a un millón y medio de mujeres y sus parejas requieren de atención especializada para la solución de este problema de salud. En 17 años de trabajo, los profesionales especialistas en Infertilidad de esta institución han logrado que muchas parejas puedan tener hijos con tratamientos de baja complejidad, sin embargo un 40% no lo lograba por requerir tratamientos de mayor complejidad. Los casos de infertilidad han aumentado en nuestro país y la gran mayoría de parejas infértiles no cuentan con los recursos económicos que les permita el acceso a tratamientos de alta complejidad, esto motivó a la institución a dar el gran paso para la adquisición de equipos, mejora de infraestructura hospitalaria y capacitación al personal en esta importante área.

Fue así que el viernes 4 de octubre del 2013, se decide lanzar un nuevo proyecto para la implementación de la Unidad de Medicina Reproductiva que ofrezca tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad a mujeres con bajos recursos quienes también tienen derecho a recibir este tipo de tratamiento tan costoso en otras entidades privadas. Esta es la primera unidad altamente especializada en una institución pública del país.



La Unidad de Medicina Reproductiva cuenta con ambientes de consulta, Sala de Ecografía, Laboratorio de Andrología, Sala de Inseminación, Laboratorio de Gametos y Embriones, Sala de Aspiración folicular y transferencia de embriones, todos equipados con tecnología de última generación y con profesionales capacitados en el campo de la Medicina Reproductiva en el extranjero. Los laboratorios están equipados para realizar técnicas de reproducción asistida de alta complejidad como fertilización In Vitro, Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides, INVO, INVO ICSI, entre otros.

Tabla N° 23
INMP: INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE MEDICINA REPRODUCTIVA, 2017

Recurso Humano	N°	Recurso Físico	N°
Total general	11	Consultorios	2
Médicos Ginecólogos	4	Sala de Ecografía	1
Biólogos	3	Sala de Inseminación intrauterina	1
Enfermera	1	Ambiente de consejería en Reproducción asistida	1
Técnica de Enfermería	2	Ambiente de consejería en biología reproductiva	1
Técnica administrativa	1	Laboratorio de Andrología	1
		Laboratorio de Gametos y embriones	1
		Sala de aspiración folicular y transferencia de embriones	1

Recurso Físico	N°
Consultorios	2
Sala de Ecografía	1
Sala de Inseminación intrauterina	1
Ambiente de consejería en Reproducción asistida	1
Ambiente de consejería en biología reproductiva	1
Laboratorio de Andrología	1
Laboratorio de Gametos y embriones	1
Sala de aspiración folicular y transferencia de embriones	1

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Medicina Reproductiva

El 15 de setiembre del 2015, el Instituto Nacional Materno Perinatal presentó el primer caso exitoso en Medicina Reproductiva de un hospital nacional del Ministerio de Salud, con el nacimiento de gemelos concebidos por fertilización in vitro con transferencia de embriones diferidos criopreservados, en una madre de 41 años con diagnóstico de infertilidad.

A través de los años, han aparecido más casos exitosos como el descrito en nuestra institución que permite que mujeres con este problema puedan ser atendidas en un hospital público del país como el nuestro. Sin embargo, hace falta el acompañamiento de los entes rectores del país para que estos proyectos exitosos sigan creciendo.



Tabla N° 24

**INMP: TASA DE ÉXITO DE ALTA COMPLEJIDAD SEGÚN TIPO DE TRANSFERENCIA DE EMBRIONES.
SERVICIO DE MEDICINA REPRODUCTIVA. 2017**

Tipos de Transferencia	2017			
	Procd.	Embaraz.	Tasa de éxito de Embaraz.	Edad Promedio
Total Transferencia de Embriones	24	11	45.8	34.3
Transferencia Embrionaria en fresco	14	7	50.0	34.3
Transferencia Embrionaria diferida	10	4	40.0	34.3

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Medicina Reproductiva

Se muestra en el cuadro siguiente, los procedimientos realizados en el laboratorio de Biología desde el año 2014, observándose un continuo crecimiento en la frecuencia de procedimientos.

Tabla N° 25

**INMP: PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO DE BIOLOGÍA. SERVICIO DE MEDICINA REPRODUCTIVA,
2014 - 2017**

Procedimientos		2014	2015	2016	2017
Total de Procedimientos		400	930	829	759
Laboratorio de Andrología	Espermatograma	302	715	548	422
	Capacitación IIU	67	138	232	187
	Capacitación FIV- ICSI	10	25	14	43
	Congelacion de semen	0	0	3	0
	Descongelación de semen	0	0	0	0
Laboratorio de Gametos y Embriones	Fecundación in vitro-Inyección esperm. Intr.	10	25	14	43
	Transferencia embrionaria	9	16	10	24
	Vitrificación	2	6	3	23
	Desvitrificación	0	5	5	17

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Medicina Reproductiva

La evolución de los procedimientos realizados en el servicio de medicina reproductiva han ido en aumento cada año, con tasas de éxito de embarazos en parejas infértiles cada vez más frecuentes, aún con problemas en el mantenimiento de los equipos necesarios (incubadora malograda en el año 2016), el servicio de medicina reproductiva, acompañado por el equipo de gestión de la institución logró superar las dificultades, permitiendo que más pacientes puedan beneficiarse.



Gráfico N° 6

INMP: FRECUENCIA DE CASOS DE FECUNDACION IN VITRO E INYECCION INTRACITOPLASMÁTICA (FIV/ICSI) POR AÑO. SERVICIO DE MEDICINA REPRODUCTIVA, 2014 – 2017
(Absoluto)

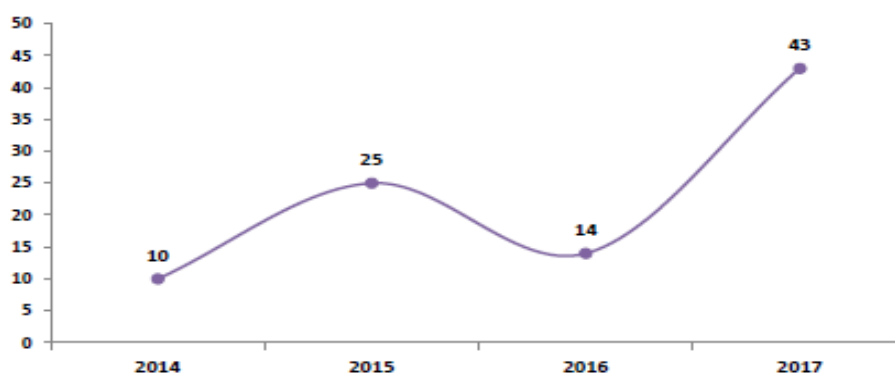


Gráfico N° 7

INMP: EVOLUCION DE LAS TASAS DE EMBARAZO (%) POR TRANSFERENCIA EMBRIONARIA DE LAS FIV/ICSI POR AÑO. SERVICIO DE MEDICINA REPRODUCTIVA, 2014 – 2017
(Porcentaje)

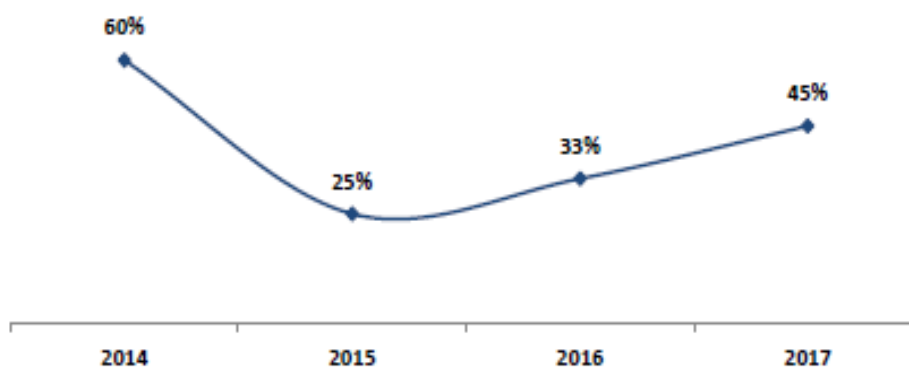
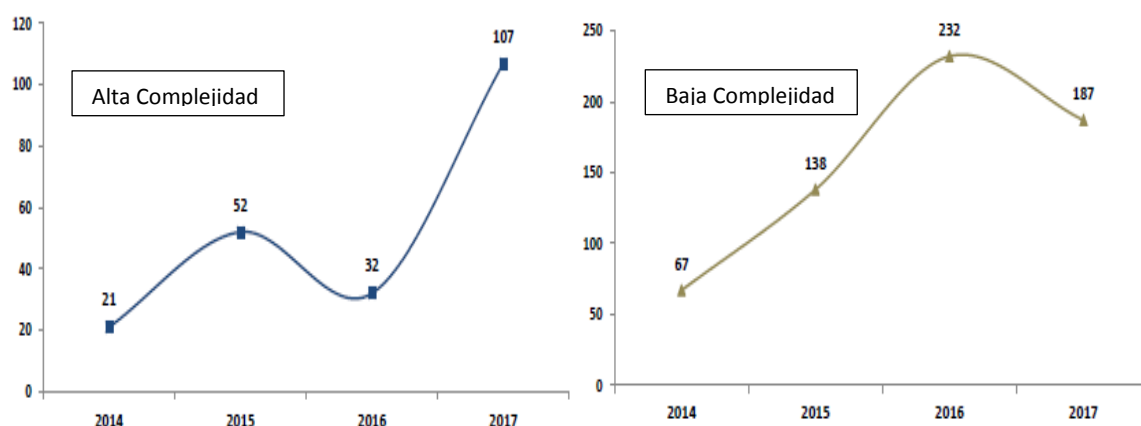


Gráfico N° 8

INMP: EVOLUCION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ALTA Y BAJA COMPLEJIDAD POR AÑO. SERVICIO DE MEDICINA REPRODUCTIVA, 2014 – 2017
(Absoluto)



(FIV/ICSI): Fertilización in vitro – Inyección espermática Intracitoplasmática.

Nota: En el 2016 se descompuso la incubadora de laboratorio de FIV

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

III.1.2.2 Oncología y Patología Mamaria

El viernes 24 de octubre del 2008, autoridades del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el Instituto Nacional Materno Perinatal, firmaron un importante Convenio Interinstitucional con la finalidad de mejorar los mecanismos de control integral del cáncer, como son la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, a fin de acercar los servicios oncológicos a la comunidad y de esta manera humanizar los servicios de salud de las



mujeres del país. La unidad de Ginecología Oncológica y Mamaria cumple hasta hoy un importante rol en la prevención del cáncer ginecológico y mamario en el instituto.

Los profesionales médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y administrativo cumplen esta labor día a día con procedimientos que permiten la detección temprana del cáncer ginecológico y el manejo oportuno del caso. Si algún caso no pudiera ser manejado en el INMP, son derivados al INEN para el manejo especializado de los casos. De igual manera, el instituto recibe pacientes gestantes derivados del INEN que necesitan manejo obstétrico previo al tratamiento oncológico y son manejados en nuestra institución.

Tabla N° 26

INMP: INFRAESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA Y MAMARIA, 2017

Recurso Humano	N°
Total general	8
Médicos	3
Enfermeras	2
Técnicas	2
Secretaria	1
Recurso Físico	N°
Colposcopios	2
Equipos Cono leep	2

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Servicio de Ginecología Oncológica y Mamaria

Durante el 2017, se han realizado más de 4,000 procedimientos gineco – oncológicos preventivos y más de 1,200 exámenes de mama en pacientes que acuden a la consulta, además de 242 procedimientos quirúrgicos para tratamiento y estadiaje de cáncer ginecológico.

Tabla N° 27

INMP: PROCEDIMIENTOS ONCOLÓGICOS AMBULATORIOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS. UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA Y MAMARIA, 2017

Procedimientos Oncológicos en consultorio		2017	Procedimientos Quirúrgicos		2017
Procedimientos Oncológicos	Biopsia Excisional	33	Total de Procedimientos		242
	Biopsia Incisional	28	Histerectomía ampliada a vagina		23
	Biopsia de Aspiración (BAAF)	29	Histerectomía radical		17
	PAP de mama	6	Estadaje por cáncer de endometrio		18
	Mamiloescopia	0	Estadaje por cáncer de ovario		16
	Test de IVVA	551	Laparotomía exploratoria		35
	Test de Schiller	506	Mastectomía radical		11
	Papanicolaou	1,450	Tumorectomía		55
	Colposcopia	1,033	Tumorectomía + ganglio centinela		6
	Curetaje endocervical	60	Cono frío		15
	Biopsia de cérvix	283	Examen pélvico bajo anestesia + legrado fraccionado		21
	Cono LEEP	66	Laparoscopia quirúrgica		25
	Total de Procedimientos Oncológicos	4,045			
Examen de Mamas en el consultorio		1,274			

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Servicio de Ginecología Oncológica y Mamaria

Tabla N° 28

INMP: EXAMENES ESPECIALIZADOS PARA EL DIAGNOSTICO DE CANCER. UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA Y MAMARIA, 2017

Diagnóstico	2017
Diagnóstico de Cáncer de Endometrio	
Biopsia de Endocervix - Endometrio	52
Diagnostico de Cáncer de Vulva y Vagina	
Vulvoscoopia	12
Biopsia de Vulva	11
Biopsia de Vagina	20
Diagnóstico de Cáncer de Endometrio	
Examen clínico ginecológico	60

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Servicio de Ginecología Oncológica y Mamaria

III.1.2.3 Unidad de Climaterio

El 8 de marzo del 2017, el servicio de Climaterio y Menopausia cumplió 18 años de creación brindando atención médica a las mujeres en esta condición. El servicio, que es dependiente del Servicio de Ginecología, realiza atenciones médicas a las pacientes que lo necesitan, además de realizar actividad preventivo - promocional y campañas médicas en beneficio de la salud de las mujeres que pasan por esta etapa de la vida.

Tabla N° 29
INMP: ACTIVIDADES REALIZADAS. SERVICIO DE CLIMATERIO, 2017

Actividad		2017
Talleres de gimnasia en Climaterio	Nº de Talleres efectuados	1,274
Campañas despistaje de Osteoporosis	Nº de asistentes a las campañas	551
	Nº de densitometrias óseas	506

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Servicio de Climaterio

Dentro de las actividades que realizan los médicos que atienden a las pacientes, se incluyen talleres, campañas de despistaje de osteoporosis, despistaje de cáncer de mama y de cérvix, entre otras actividades, asociado al trabajo con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.

Tabla N° 30
INMP: PREVENCIÓN DE CANCER GINECOLÓGICO Y MAMAS. SERVICIO DE CLIMATERIO, 2017

Actividad		2017
Despistaje de cancer de mama		
Examen de Mamas		200
Despistaje de Cáncer de Cérvix		
Toma de muestra cervico vaginal para Papanicolaou		429

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Servicio de Climaterio

III.1.3 Consultorio de Pediatría

La Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, es el órgano de Línea comprometida con la atención inmediata del recién nacido de alto riesgo de la institución y el control, rehabilitación y seguimiento multidisciplinario de los mismos hasta los 5 años de vida. Tiene a su cargo la Jefatura del Departamento de Neonatología y las Unidades de Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Atención Inmediata, Alojamiento Conjunto, Cirugía Pediátrica y seguimiento de alto riesgo. Además brinda atenciones especializadas como Neuropediatría, Neurocirugía, Cirugía Cardiovascular y Fisioterapia Neonatal. Las actividades de control y seguimiento se realizan en la consulta externa por médicos neonatólogos especialistas en cada uno de los servicios mencionados, adicionalmente se realiza seguimiento en cirugía pediátrica y neurología. Tamizaje auditivo también es realizado en consultorios externos.



En las siguientes tablas se observan los indicadores de atención neonatal y pediátrica durante el 2016 y 2017.

Tabla N° 31
INMP: INDICADORES DE CONSULTORIOS EXTERNOS. CONSULTORIO DE PEDIATRIA. 2016 - 2017

	Departamento de Pediatria	2016	2017
Pediatria	Atendidas	2,599	1,501
	Atenciones	8,974	6,669
	Concentración	3.5	4.4
	Rendimiento HR/MED	3.4	3.5
Cirugia Pediatria	Atendidas	129	72
	Atenciones	193	118
	Concentración	1.5	1.6
	Rendimiento HR/MED	3.2	3.3
Neuro Pediatria	Atendidas	330	322
	Atenciones	793	389
	Concentración	2.4	1.2
	Rendimiento HR/MED	3.3	3.4

Departamento de Pediatria	Total	
	2016	2017
Atendidas	3,058	1,895
Atenciones	9,960	7,176
Concentración	3.3	3.8
Rendimiento HR/MED	3.3	3.4

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

A continuación apreciaremos el seguimiento del niño de alto riesgo por peso al nacer, desde el 2013 al 2017.

Tabla N° 32
INMP: SEGUIMIENTO DEL NIÑO DE ALTO RIESGO POR PESO AL NACER. CONSULTORIO DE PEDIATRIA. 2013 - 2017

Peso al nacer	Condición	Años				
		2013	2014*	2015	2016	2017
< 1000 gr	Atendidos	22	46	47	59	21
	Atenciones	190	386	738	598	417
1000 - 1499 gr	Atendidos	170	92	155	164	130
	Atenciones	1461	900	1696	1891	1545
> 1500 gr	Atendidos	192	138	202	223	151
	Atenciones	1651	1286	2434	2489	151

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Enfermería Consultorios

III.1.4 Consultorios de Especialidades Médicas

La Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios es la unidad orgánica encargada del apoyo a los órganos de línea, en el campo de las especialidades médico - quirúrgicas y servicios complementarios. Tiene a su cargo a los Departamentos de Especialidades Médicas, con servicios especializados de Oftalmología, Endocrinología, Medicina Interna, Cardiología, Medicina Física y Rehabilitación y desde el 2017 se incorporó la especialidad de Psiquiatría.

Muchos estudios realizados por las diferentes especialidades médicas han aportado información importante para el manejo adecuado y bienestar de la gestante. Un estudio realizado en el INMP por el servicio de Endocrinología en cooperación con la Universidad de Harvard, encontró que de 1300 gestantes evaluadas, 16% de ellas presentó diabetes

gestacional, relacionado a obesidad materna pre-gestacional o gestacional; si no es identificada y tratada a tiempo puede al provocar abortos o afectar al feto causando retardo del crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas o muerte fetal intrauterina súbita e inexplicable al final de la gestación.

Así mismo, el servicio de Oftalmología ha logrado realizar un importante trabajo en la prevención de la Retinopatía del Prematuro, problemática muy frecuente observada en la gran cantidad de neonatos prematuros y prematuros extremos que el servicio ha logrado trazar una línea de prevención.

Los servicios de Medicina Interna, Cardiología, Genética y Medicina Física y Rehabilitación juegan un rol importante en el manejo especializado de la madre y el recién nacido. En el último año se incorporó al staff médico del instituto la especialidad de Psiquiatría, quienes vienen realizando un aporte importante en la prevención de violencia en la mujer, la madre y el recién nacido.

En la tabla siguiente observamos las atenciones realizadas por estos servicios en consultorios externos y los indicadores de producción.

Tabla N° 33
INMP: INDICADORES EN CONSULTORIOS EXTERNOS. OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, 2016 - 2017

	Otras Especialidades Médicas	2016	2017
Oftalmología	Atendidas	1,923	1,736
	Atenciones	3,972	3,105
	Concentración	2.1	1.8
	Rendimiento HR/MED	3.9	3.8
Endocrinología	Atendidas	1,230	1,104
	Atenciones	3,012	2,591
	Concentración	2.4	2.3
	Rendimiento HR/MED	3.9	3.8
Medicina Interna	Atendidas	2,279	2,206
	Atenciones	3,873	3,394
	Concentración	1.7	1.5
	Rendimiento HR/MED	3.8	3.7
Cardiología	Atendidas	3,527	2,645
	Atenciones	3,966	3,318
	Concentración	1.1	1.3
	Rendimiento HR/MED	3.5	3.4
Anestesiología	Atendidas	2,527	2,451
	Atenciones	3,308	3,224
	Concentración	1.3	1.3
	Rendimiento HR/MED	3.3	3.4
Rehabilitación	Atendidas	587	428
	Atenciones	1,736	1,503
	Concentración	3.0	3.5
	Rendimiento HR/MED	1.4	1.6
Genética	Atendidas	712	647
	Atenciones	1,087	1,102
	Concentración	1.5	1.7
	Rendimiento HR/MED	1.4	1.5

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Los Departamentos de Anestesia, Analgesia y Reanimación, Departamento de Patología y Departamento de Servicios Complementarios pertenecen también a esta Dirección. Este último Departamento involucra a los servicios de Farmacia, Nutrición, Odontología, Servicio Social y Psicología cuyas funciones permiten velar por el suministro para los pacientes de atención adecuada de medicamentos, apoyo en el tratamiento e investigación en salud mental, social, nutricional y bucal.

La atención en Odontológica ha cobrado mayor fuerza en estos últimos años, permitiendo la atención materna infantil desde la concepción, por ello el Servicio de Odontología propone acciones de promoción y educación en salud bucal, brindando acompañamiento preventivo, diagnóstico precoz, intervención clínica adecuada y oportuna, además de la atención temprana de los pacientes pediátricos. Se ha implementado el consultorio de Odontología para el Niño de Alto Riesgo para ayudar a diagnosticar, prevenir y atender oportunamente diversos problemas odontológicos en los niños que nacieron prematuramente (antes de las 37 semanas) o con algún problema de salud (síndrome labio fisurado, síndrome de Down etc.). Se observa en la siguiente tabla las atenciones e indicadores de producción de estos servicios.

Tabla N° 34

INMP: INDICADORES EN CONSULTORIOS EXTERNOS. OTRAS PROFESIONES DE SALUD, 2016 - 2017

	Otras Especialidades de la Salud	2016	2017
Optometría	Atendidas	825	1,053
	Atenciones	2,324	2,209
	Concentración	2.8	2.1
	Rendimiento HR/MED	2.0	2.3
Terapia	Atendidas	300	419
	Atenciones	2,783	3,230
	Concentración	9.3	7.7
	Rendimiento HR/MED	1.2	1.7
Dental	Atendidas	5,641	3,471
	Atenciones	7,800	5,578
	Concentración	1.4	1.6
	Rendimiento HR/MED	2.3	2.7
Nutrición	Atendidas	578	320
	Atenciones	897	685
	Concentración	1.6	2.1
	Rendimiento HR/MED	6.2	5.2
Psicología	Atendidas	4,067	2,790
	Atenciones	5,186	3,710
	Concentración	1.3	1.3
	Rendimiento HR/MED	6.1	4.3

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

III.2 UPSS Hospitalización

III.2.1 Hospitalización de Obstetricia

Las pacientes que ingresan a la institución a través de la Emergencia o Consultorios Externos llegan a los servicios de hospitalización, las cuales han sido organizados en seis servicios: Obstetricia A, que atiende a pacientes gestantes adolescentes y sus patologías ginecológicas y obstétricas; Obstetricia B, con atención a pacientes gestantes con hemorragias de la primera y

segunda mitad del embarazo (Placenta Previa, acretismo placentario, hemorragias por aborto, etc.); Obstetricia C, atiende pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo; Obstetricia D, maneja casos de infecciones relacionadas con el embarazo. Obstetricia E, o servicio de puerperio, se hospitalizan aquí las pacientes que tuvieron parto sin complicaciones y con alojamiento conjunto del recién nacido y finalmente el servicio de Ginecología.

Por ser un instituto de atención predominante materno-perinatal, observaremos en el cuadro siguiente que la mayor cantidad de egresos hospitalarios tiene que ver con egresos post parto vaginal y cesáreas.

Tabla N° 35
INMP: EGRESOS HOSPITALARIOS, 2016 - 2017

Servicio	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Partos vaginales	12,144	55.8	10,479	55.2
Partos por cesárea	9,621	44.2	8,506	44.8
Total egresos parto	21,765	100.0	18,985	100.0
Aborto (*)	872	3.5	595	2.7
Complicación Gestacional	2,055	8.2	2,012	9.2
Complicación Puerperal	280	1.1	278	1.3
Total egresos obstétricos	24,972		21,870	
Egresos ginecológicos	1,432		1,324	
Total egresos gineco obstétricos	26,404		23,194	

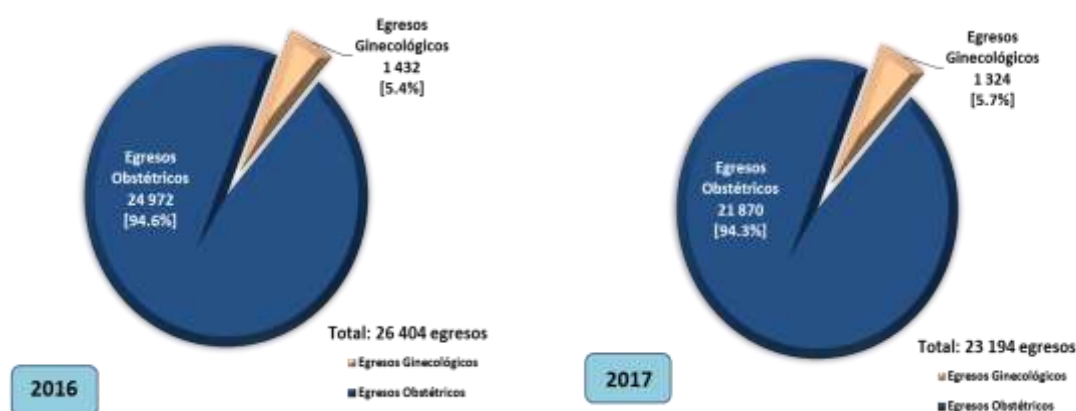
(*) Se considera los embarazos ectópicos

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Tenemos así, que el 94.3% de los egresos son por causa obstétrica y el 5.7% por causa ginecológica durante el 2017. Similar porcentaje se evidenció en el 2016. Sin embargo, se evidencia una reducción del 12.2% (3210 casos) de los egresos obstétricos en el 2017.

Gráfico N° 9
INMP: EGRESOS OBSTÉTRICOS Y GINECOLÓGICOS, 2016 - 2017
(Absoluto y porcentaje)



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

El total de partos atendidos en el instituto es un indicador del volumen de pacientes que atendemos a través de los años. El instituto tiene una capacidad de atención para 15,000 partos en promedio, sin embargo desde los últimos 12 años el número de partos no ha sido menor de 15,000. El promedio de partos vaginales y cesáreas oscila entre 1,300 y 1,800 cada mes y el número de partos diario entre 45 y 60 desde los últimos 6 años.

El número de partos en población adolescente se ha mantenido desde los últimos 6 años entre 2,500 a 3,400 partos anuales, con una ligera baja en este último año, sin embargo el porcentaje de partos de menos de 16 años oscila entre 19 a 22% de los partos adolescentes, no se observa tendencia a disminuir.

Tabla N° 36
INMP: TOTAL DE PARTO - CUADRO COMPARATIVO, 2012 - 2017

Población General	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total Partos en el periodo	15,991	17,052	18,417	21,605	21,968	19,288
Promedio parto mensual	1,333	1,421	1,535	1,800	1,831	1,607
Promedio parto diario	44	47	51	60	61	54
Total Partos Vaginales	8,827	9,555	11,031	11,957	12,200	10,605
Total Partos por Cesárea	7,164	7,497	7,386	9,648	9,768	8,683
Partos Serv. Emergencia	10	14	13	15	13	16
Partos Gemelares	240	248	282	242	267	285
Partos Trillizos	3	2	0	2	1	2

Adolescentes	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total Partos Adolescentes	2,590	2,648	3,181	3,379	3,066	2,725
Partos 10 a 13 años	18	19	17	13	33	23
Partos 14 a 16 años	553	579	598	650	618	577
Partos 17 a 19 años	2,019	2,050	2,566	2,716	2,415	2,125
Total Partos Vaginales	1,787	1,832	2,330	2,359	2,161	1,842
Total Partos Cesárea	803	816	851	1,020	905	883
< 17 años no egreso servicio "A"	20	15	18	43	39	17
>19 años egreso servicio "A"	131	119	408	785	740	652

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

El total de partos por año ocurridos desde el 2005 al 2017, siempre ha estado por encima de los 15,000 partos, llegando en el 2016 a un máximo de 21,968 partos, año en que la Dirección General y el Equipo de Gestión conjuntamente con los trabajadores, asumieron acciones de máxima precaución, coordinaciones con las redes de salud cercanas y sobre todo la gestión realizada en la Gerencia Nacional del SIS para dejar sin efecto la Resolución Jefatural que permitía que cualquier paciente que contaba con SIS pudiera atenderse en cualquier establecimiento de salud, sin seguir las normas de referencia y contrarreferencia.



Estas acciones permitieron que las pacientes atendidas en el INMP llegaran referidas de otros establecimientos de salud y no autorreferidas. Con estas acciones y medidas se logró una reducción de 2680 partos atendidos en el 2017 respecto al 2016.

El porcentaje de cesáreas ha oscilado en los últimos 13 años entre el 39 y 46%, como se observa en la tabla y gráfico siguientes.

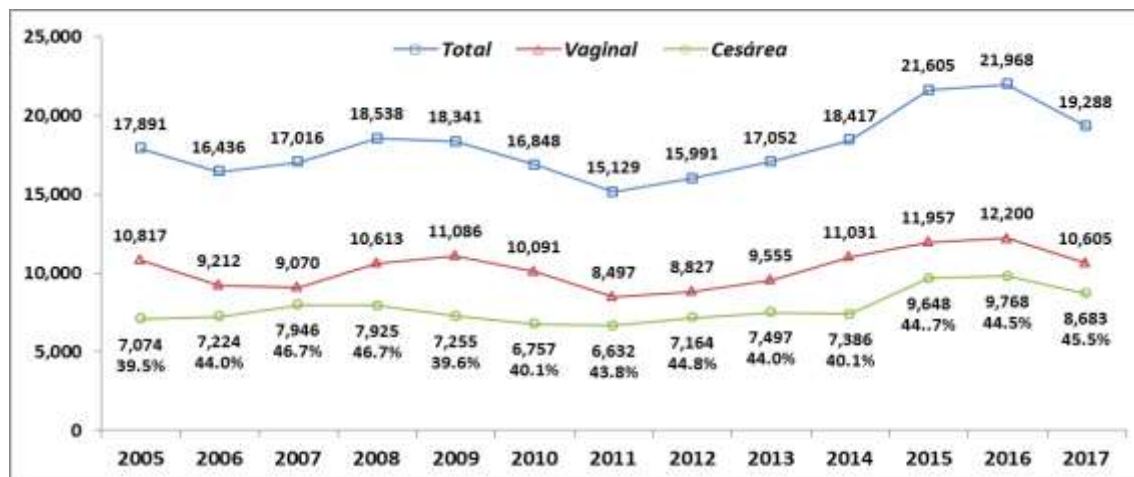
Tabla N° 37
INMP: FRECUENCIA POR TIPO DE PARTO, 2005 - 2017

Periodo	Total Partos	Vaginal		Cesárea	
		Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
2005	17,891	10,817	60.5	7,074	39.5
2006	16,436	9,212	56.0	7,224	44.0
2007	17,016	9,070	53.3	7,946	46.7
2008	18,538	10,613	57.2	7,925	42.8
2009	18,341	11,086	60.4	7,255	39.6
2010	16,848	10,091	59.9	6,757	40.1
2011	15,129	8,497	56.2	6,632	43.8
2012	15,991	8,827	55.2	7,164	44.8
2013	17,052	9,555	56.0	7,497	44.0
2014	18,417	11,031	59.9	7,386	40.1
2015	21,605	11,957	55.3	9,648	44.7
2016	21,968	12,200	55.5	9,768	44.5
2017	19,288	10,605	55.0	8,683	45.0

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Gráfico N° 10
INMP: EVOLUCIÓN DEL TOTAL DE PARTOS VAGINAL Y POR CESÁREA. 2005 - 2017
(Absoluto)



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Aproximadamente el 27% de las gestantes que acudieron a la atención de parto en el instituto no tuvieron control prenatal o no mostraron un carnet de control prenatal, problema que enfrenta el médico, sobre todo en la atención de emergencia, porque al no disponer de esta información limita la posibilidad de una evaluación integral de la usuaria. Lo mismo sucede con

el 14.5% de las gestantes adolescentes, que por su condición de menor de edad debería tener un manejo más cuidadoso de su embarazo.

Necesitamos urgentemente un sistema de coordinación con las Redes Integradas de Salud y las IPREES de atención primaria, que permita información oportuna de las gestantes que vienen de otras instituciones y que demandan atención en el instituto. No disponer de información del control prenatal, genera pérdida de tiempo en la oportunidad de atención y el uso, a veces innecesarios, de recursos importantes en la reevaluación del caso.

Tabla N° 38

INMP: TOTAL DE PARTOS Y ATENCIÓN PRENATAL, 2016 - 2017

Población General	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Llegaron al parto con 0 atenciones prenatales*	5,450	25.0	5,656	27.0
Llegaron al parto con 1 a 5 atenciones prenatales	7,105	32.6	9,544	45.5
Llegaron al parto con 6 ó mas atenciones prenatales	9,210	42.3	5,784	27.6

Adolescentes	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Llegaron al parto con 0 atenciones prenatales*	365	24.8	367	14.5
Llegaron al parto con 1 a 5 atenciones prenatales	481	32.7	1,459	57.8
Llegaron al parto con 6 ó mas atenciones prenatales	624	42.4	700	27.7

*La gestante que llegó al parto no tuvo control prenatal o no mostró información de los controles prenatales

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Los indicadores hospitalarios en servicios de gineco - obstetricia durante los años 2016 y 2017, son como sigue:

Cuadro N° 39

INMP: INDICADORES HOSPITALARIOS. GINECO-OBSTETRICIA, 2016 - 2017

Indicador	2016	2017	Indicador	2016	2017
Estancia post parto vaginal	2.6	2.5	Relación partos / Abortos (Ameu)	25.2	20.3
Estancia post parto vag. sin patología	2.3	2.2	Relación partos / Abortos (Egreso)	3.7	3.1
Estancia post parto vag. con patología	3.9	4.0	Razón de mortalidad materna	31.7	56.8
Estancia post cesárea	4.4	4.7	Infección Intrahospitalaria G-O	0.7	1.4
Estancia aborto	2.7	3.0	Nacimientos Total nacimientos Nacidos vivos Nacidos muertos	2016 22,299 22,060 239	2017 19,574 19,380 194
Estancia gestante	3.7	4.0			
Estancia puérpera	5.3	5.0			
Estancia ginecológica	5.6	5.1			
% Ocupación cama Obstétrica	87.3%	88.1%			
Intervalo de sustitución Obstétrica	0.7	0.9			
Rendimiento cama Obstétrica x mes	6.6	6.9			
% Ocupación cama Ginecológica	76.7%	77.1%			
Rendimiento cama ginecológica x mes	4.5	4.6			
Intervalo de sustitución ginecológica	1.4	1.4			
Razón aborto institucional (x100 rn)	26.6	23.1			

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

El servicio de puerperio fue creado ante la necesidad de brindar a las pacientes puérperas sin complicaciones atención de soporte, consejería preventiva, alojamiento conjunto con el recién nacido, anticoncepción y alta oportuna con el acompañamiento familiar requerido por la madre y el recién nacido.

En la tabla siguiente observamos los indicadores de producción del servicio de Puerperio.

Tabla N° 40
INMP: INDICADORES HOSPITALARIOS. PUERPERIO. 2012 - 2017

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cobertura control Puerperal	30.8	25.9	14.3	20.8	19.6	14.4
Cobertura planificación familiar	77.6	78.3	81.4	79.2	88.1	94.4
Egresos obstétricos	19,031	19,950	19,537	24,879	24,972	21,870

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

III.2.1.1 Servicio de Medicina Fetal

El 4 de setiembre del 2014, se realizó la primera cirugía fetal exitosa en nuestra institución. Se trató de una gestante con embarazo gemelar de 28 semanas, monocoriónico y un feto acárdico que limitaba el crecimiento del feto sano. Se realizó en la paciente una fetoscopia con coagulación bipolar de cordón umbilical del feto acárdico, permitiendo que el feto sano continúe creciendo de forma adecuada. De este modo, la cirugía intrauterina permitió que a las 36 semanas de gestación termine el embarazo mediante cesárea, teniendo como resultado el nacimiento del gemelo sano en perfectas condiciones de salud.

En el año 2017, ingresó a la institución una primigesta de 22 semanas de edad gestacional con el diagnóstico prenatal de espina bífida abierta. El servicio de Medicina Fetal, liderado por el Dr. Walter Ventura, coordinó un equipo multidisciplinario nacional e internacional para llevar a cabo la primera cirugía intrauterina de corrección de espina bífida. La operación se realizó a las 25 semanas de gestación y el parto por cesárea se produjo a las 37 semanas, obteniéndose buenos resultados en el pronóstico de la salud fetal a corto plazo, demostrando que esta cirugía, altamente especializada y que involucra un gran equipo multidisciplinario, se puede realizar exitosamente en nuestro país.



El tamizaje en medicina materno – fetal permite el diagnóstico temprano de anomalías fetales y defectos cromosómicos; predicción y prevención de preeclampsia, de parto pretérmino, predicción y manejo del retardo del crecimiento intrauterino, diabetes gestacional, detección de problemas en embarazo múltiple, riesgo de aborto y muerte fetal.

Sin embargo, existe aún la necesidad de incrementar y adecuar nuevas ofertas de servicios para el tamizaje de enfermedades a temprana edad gestacional con marcadores bioquímicos y otras pruebas necesarias para la identificación de patologías en el primer trimestre del embarazo.

Tabla N° 41

INMP: PROCEDIMIENTOS ECOGRÁFICOS. SERVICIO DE MEDICINA FETAL, 2016 - 2017

Procedimientos Ecográficos	Total		2016			2017		
	2016	2017	Hospit.	Emergencia	Consulta Externa	Hospit.	Emergencia	Consulta Externa
Total general	14,075	8,455	1,525	1	12,549	1,376	1	7,078
Ecografía obstétrica	15	3	0	0	15	0	0	3
Ecografía Genética	1,504	632	16	0	1,488	27	1	604
Ecografía Morfológica I Trim.	2,970	2,434	55	0	2,915	74	0	2,360
Perfil biofísico fetal	121	12	46	0	75	4	0	8
Flujometría Doppler obstétrica	7,103	4,298	1,370	1	5,732	1,207	0	3,091
Ecografía Doppler ginecológico	3	0	0	0	3	0	0	0
Ecografía Doppler 3D/4D	1,983	853	6	0	1,977	10	0	843
Ecog. Embarazo Múltiple / Gemelar	209	172	19	0	190	44	0	128
Ecografía transvaginal obstétrica	61	20	2	0	59	1	0	19
Ecografía transvaginal ginecológica	8	0	0	0	8	0	0	0
Ecocardiografía fetal	98	31	11	0	87	9	0	22

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Servicio de Medicina Fetal

El servicio realiza también una serie de procedimiento de diagnóstico y terapéuticos que permite la solución oportuna y precoz de patologías materno – fetales como se describe en la siguiente tabla.

Tabla N° 42

INMP. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS. SERVICIO DE MEDICINA FETAL, 2016 - 2017

Procedimientos no Ecográficos	Total		2016			2017		
	2016	2017	Hospit.	Emergencia	Consulta Externa	Hospit.	Emergencia	Consulta Externa
Total general	172	158	25	0	147	32	0	126
Amniocentesis I Trimestre	116	118	20	0	96	29	0	89
Amnioinfusión	29	16	0	0	29	0	0	16
Biopsia de vellosidades coriales	18	16	1	0	17	0	0	16
Cordocentesis	8	5	3	0	5	3	0	2
Transfusión sanguínea intrauterina	1	3	1	0	0	0	0	3

Monitoreo Fetal	Total		2016			2017		
	2016	2017	Hospit.	Emergencia	Consulta Externa	Hospit.	Emergencia	Consulta Externa
Total general	14,254	12,279	3,729	6,386	4,139	2,639	8,250	1,390
Test No estresante	8,800	7,480	2,601	3,766	2,433	1,981	4,847	652
Test Estresante	5,454	4,799	1,128	2,620	1,706	658	3,403	738

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Servicio de Medicina Fetal

Desde el año 2014, el servicio de medicina fetal ha realizado, cada vez con mayor frecuencia, una serie de procedimientos quirúrgicos fetales, sobre todo fetoscopías con coagulación de vasos placentarios en embarazos gemelares con síndrome de transfusión feto-fetal, se han realizado además 2 plastias de mielomeningocele intrauterino y otras cirugías fetales. El instituto va acondicionando el trabajo en cirugía fetal contando con un equipo multidisciplinario liderado por este servicio, pero aún hay brechas que alcanzar, como el de implementar una Red de Medicina Fetal que involucre a las redes de salud a nivel nacional y mejorar la infraestructura y equipos biomédicos para el manejo de estos casos.

Tabla N° 43
INMP: CIRUGIAS FETALES. SERVICIO DE MEDICINA FETAL, 2014 - 2017

Procedimientos	2014	2015	2016	2017
Total de Procedimientos	2	13	14	24
Tratamiento Intraparto ex utero (exit)	0	3	1	2
Transfusión intrauterina	0	3	2	0
Ablación laser	0	1	0	0
Coagulación bipolar	1	1	0	0
Derivación toraco amniótica	1	3	3	0
Citoscopia fetal	0	0	0	1
Fotocoagulación laser de lesion	0	0	2	3
Fetoscopia - Fotocoagulación de placenta	0	2	6	15
Fetoscopia y Fotocoagulación de cordón umbilical	0	0	0	1
Fetoscopia - Plastia de mielomeningocele	0	0	0	2

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Servicio de Medicina Fetal

III.2.2 Hospitalización en Ginecología

El servicio de hospitalización de Ginecología cuenta con 20 camas hospitalarias y atiende un promedio de 1300 a 1400 pacientes al año, que necesitan tratamiento principalmente quirúrgico de patologías ginecológicas y gineco-oncológicas. Los indicadores de producción se muestran en la siguiente tabla.

Tabla N° 44
INMP: INDICADORES HOSPITALARIOS. SERVICIO DE GINECOLOGIA. 2016 - 2017

Hospitalización	2016	2017
Egresos	1,432	1,324
Estancia (días)	5.6	5.1
% Ocupación cama	76.7%	77.1%
Intervalo de sustitución (días)	1.4	1.4
Rendimiento cama	4.5	4.6

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

III.2.3 Hospitalización de Neonatología

A través de los años el servicio ha tenido un crecimiento constante en equipamiento e infraestructura y especialistas neonatólogos, cirujanos pediatras, neuropediatría, cardiología pediátrica y otros profesionales de gran nivel; de la misma manera los profesionales de enfermería y técnicos de enfermería han mejorado sus competencias, convirtiéndose en una de las sedes de atención neonatal más grande e importantes del país.

El servicio de cuidados intensivos e intermedios neonatales ha estado frecuentemente expuesto a falta de camas hospitalarias para neonatos que lo requerían y muchas veces han sobrepasado las capacidades de atención, con los riesgos que ello implica. Aun así, el servicio ha cumplido muy profesionalmente con sus funciones y actualmente cuenta aproximadamente con el 23% del total de trabajadores del instituto, entre médicos y otros profesionales de salud; además de casi 40% del total de camas. En los últimos años se han incorporado incubadoras y ventiladores mecánicos, monitores multiparámetros y otros equipos biomédicos por reposición necesarios para la atención de los neonatos.

En el año 2017, se incorporó un Equipo de Hipotermia Neonatal a nuestra institución, único en el país, gracias a la coordinación realizada por la Directora Ejecutiva de Neonatología la Dra. Carmen Dávila Aliaga con médicos Neonatólogos peruanos que laboran en Canadá; y el apoyo de la Oficina General de Cooperación Técnica Internacional del MINSA y la Oficina de Cooperación Científica Internacional del INMP; con la finalidad de brindar una terapia de vanguardia considerada como la más efectiva y segura para pacientes con diagnóstico de asfixia al nacer.



Tabla N° 45
INMP: RECURSOS FISICOS Y HUMANOS. DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA, 2017

Recurso Humano	N°	Recurso Físico	N°
Total general	406	Camas Neonatales	90
Médicos Neonatólogos	48	Camas UCIN	30
Médicos Cirujanos Neonatales	7	Ventiladores mecánicos	16
Médico Neuro Pediatra	2	Incubadoras	78
Médico Otorrino Laringologo	1	Equipo de hipotermia terapeutica	1
Médico Oftalmologo	1	Monitor multiparámetro	21
Psicologo	1	Electroencefalograma	1
Nutricionista	2	Equipo CPAP	21
Fisioterapista	2	Electrocardiograma	1
Quimico Farmaceutico	1	Equipo fototerapia	21
Enfermeras	200		
Trabajadora Social	6		
Técnicas de enfermería	135		

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Departamento de Neonatología

En el 2017, el servicio de neonatología tuvo 4,832 egresos hospitalarios, sin embargo, el 6.3% de ellos fallecieron por diversas razones que analizaremos en la parte de morbilidad. El usuario principal de la unidad de cuidados intensivos es el recién nacido críticamente enfermo, en especial los prematuros menores de 1500 gr que requieren Ventiloterapia. Se observa en la tabla siguiente el total de egresos por producción y los indicadores hospitalarios.

Tabla N° 46
INMP: EGRESOS HOSPITALARIOS. DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA, 2017

Hospitalización	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Egresos Vivos	4,528	93.7
Egresos Fallecidos*	304	6.3
Total Egresos Neonatología	4,832	100.0

(*) Incluye neonatos fallecidos menores y mayores a 28 días

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Tabla N° 47
INMP: INDICADORES HOSPITALARIOS. DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA. 2012 - 2017

Indicadores Hospitalización	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% Ocupación cama	95.1	92.9	94.1	99.9	95.7	91.8
Intervalo de sustitución	0.7	0.6	0.4	0.1	0.3	0.5
Rendimiento cama	49.8	41.0	50.8	49.6	61.9	62.4
Promedio permanencia	6.4	7.3	6.6	6.7	5.6	5.4
% Fractura Clavícula	1.8	1.6	1.3	1.4	1.2	0.9

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Departamento de Neonatología

Las sub-especialidades quirúrgicas neonatales cumplen una labor importante y vemos cada vez mayor atención quirúrgica de neonatos que lo necesitan. Los problemas más frecuentes son los defectos de pared abdominal como Gastrosquisis y onfalocele, además de atresia duodenal, obstrucción intestinal, malformación ano-rectal, enterocolitis necrosante, atresia esofágica, hernia diafrágica, etc. Se han incorporado servicios especializados como neurocirugía que permite la atención oportuna de pacientes con mielomeningocele, hidrocefalia, colocación de sistemas de drenaje, entre otros procedimientos. Se cuenta también con el servicio de ecocardiografía especializada y cirugía cardiovascular que permite la detección oportuna de ductus arterioso y su tratamiento médico o quirúrgico. En la siguiente tabla vemos la frecuencia de intervenciones quirúrgicas realizadas en los últimos 3 años.



Tabla N° 48
INMP: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NEONATALES, 2015 - 2017

Intervenciones Quirúrgicas	2015	2016	2017
intervenciones Quirúrgicas	199	164	141
Cirugía Cardiovascular (PCA)	25	31	6
Neurocirugía	43	52	83

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Departamento de Neonatología

III.2.3.1 Tamizaje Neonatal

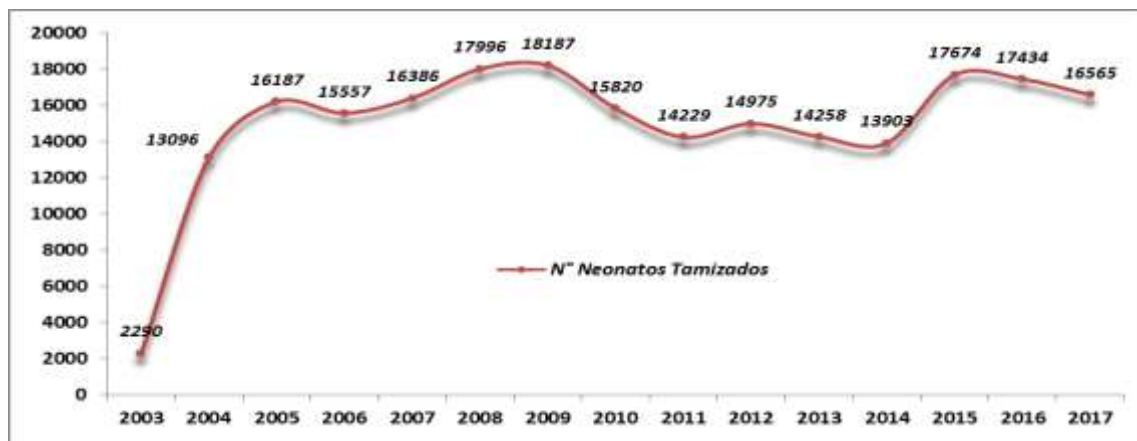
Existe un grupo de enfermedades calificadas como errores innatos del metabolismo, causadas por mutaciones genéticas. Se han descrito más de 500 de estas enfermedades metabólicas congénitas que afectan la forma en que el organismo procesa los aminoácidos, ácidos orgánicos, hidratos de carbono y lípidos, dando origen a disfunciones enzimáticas de carácter específico, con la subsiguiente acumulación de compuestos tóxicos o de almacenamiento de sustratos. Cada nutriente que ingresa a nuestro organismo tiene una ruta metabólica la cual puede alterarse congénitamente. Con estas mismas características pueden presentarse defectos hormonales congénitos, como el hipotiroidismo y la hiperplasia suprarrenal.



Una característica también común a estas enfermedades es que si bien son infrecuentes a nivel individual, su incidencia colectiva no lo es, dado que 1 de cada 1000 personas puede portar uno de estos errores innatos, por lo que se requieren de medidas de salud pública para implementar la estrategia del diagnóstico pre sintomático. Una medida, de invaluable importancia, para detectar precozmente formas clínicas graves de estas enfermedades, con el subsecuente efecto de secuelas invalidantes de gran costo social y económico para la familia y la sociedad es el tamizaje neonatal, reconocido como la estrategia preventiva de mayor valor luego de las inmunizaciones.

Tamizaje Neonatal es un Programa de Salud Pública orientado a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades congénitas tanto hormonales, metabólicas, infecciosas y de diferente etiología. En el mundo, los programas de tamizaje neonatal comenzaron hace 54 años; en América del Sur la mayoría de países han implementado un programa nacional de Tamizaje. En octubre de 2003, el Instituto Nacional Materno Perinatal crea su Programa de Tamizaje Neonatal, primero como plan piloto desde octubre del 2003 a febrero del 2004 llegando a tomarse 2290 muestras de las cuales se encontró un caso positivo. Aprobado el piloto, desde marzo del 2004 hasta la fecha, se estableció el programa en nuestro instituto mediante Resolución Directoral N°455-DG-IEMP-04, constituyéndose en el primer centro estatal en realizar el servicio de tamizaje neonatal. En la actualidad, se tamizan las siguientes enfermedades: hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilketonuria y fibrosis quística en sangre de talón. Además realizamos tamizaje de hipoacusia neurosensorial en cumplimiento de la Ley N° 29885. El número de neonatos tamizados desde el 2003 lo vemos en el siguiente gráfico.

Gráfica N° 11
INMP: FRECUENCIA DE NEONATOS TAMIZADOS, 2003 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Dirección Ejecutiva de Neonatología

Desde el 2003 al 2007, se han tamizado a 224,557 neonatos en el instituto, detectándose hasta este año 107 casos de hipotiroidismo congénito, 8 casos de hiperplasia suprarrenal congénita, 2 casos de fenilcetonuria y 1 caso de galactosemia. Se observa en la siguiente tabla la distribución de casos por año.

Tabla N° 49
INMP: CASOS DETECTADOS CON ENFERMEDADES METABOLICAS. TAMIZAJE NEONATAL. 2003 - 2017

Tipo de Patología	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Hipotiroidismo Congénito (TSH +)	1	5	8	10	10	9	10	10	5	8	8	7	3	8	5	107
Hiperplasia Suprarrenal Congénita (17 OHP +)		1	1	1	1		1	2						1		8
Fenilcetonuria (PKU +)						1								1		2
Galactosemia (IRT +)															1	1

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Dirección Ejecutiva de Neonatología

Desde el año 2014, el INMP impulsó el tamizaje neonatal en otros establecimientos de salud del país, lográndose tamizar a 42649 neonatos hasta el 2017. Se han identificado dentro de este grupo a 29 casos positivos de alteraciones metabólicas congénitas.



Tabla N° 50
INMP: NEONATOS TAMIZADOS EN OTRAS REGIONES, 2014 - 2017

Establecimiento de Salud	2014	2015	2016	2017
Hospital Amazónico de Yarinacocha - Pucallpa	2213	1913	1556	1880
Hospital Virgen de Fátima - Chachapoyas	1038	1184	929	1001
Hospital Materno Infantil "El Carmen" Huancayo	2482	3070	1534	0
Hospital Rezola Cañete	1075	1518	1490	1193
Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz			1634	1640
Hospital "Cesar Garayar" - Iquitos			2773	2300
Hospital de Tarapoto			24	24
C.S. Morales - San Martín			24	38
C.S. Materno Infantil San Jose V.S.			83	175
Hospital Santa Gema de Yurimaguas			85	1916
C.S. Morrope - Lambayeque			20	0
Hospital Regional Las Mercedes - Lambayeque			16	0
Hospital Regional de Cajamarca			21	52
Hospital Bellavista - San Martín			157	395
Materno Infantil Buenos Aires de Villa Chorrillos			16	23
Hospital Santa María de Cutervo - Cajamarca			92	711
Hospital de Rioja			438	1370
C.S. Simón Bolívar de Cajamarca			65	347
C.S. Baños del Inca de Cajamarca			4	109
Hospital Moyobamba			130	1179
C.S. Pampas Grandes - Tumbes			4	0
Hospital Daniel Alcides Carrión - Cerro de Pasco			49	281
Red de Salud Valle del Mantaro			51	806
Hospital Santa Rosa de Piura			15	0
Hospital Regional "Jamo Tumbes"			15	0
Hospital Hermilio Valdizan - Huanuco			12	581
Hospital de Chancay			6	2
Hospital Gustavo Lanatta – Bagua Chica			13	345
Hospital Chulucanas Piura				26
Hospital Cajabamba - Cajamarca				214
Hospital María Auxiliadora - Amazonas				3
C.S. Zarumilla – Tumbes				8
E.S. I -4 Bernal - Piura				192
Clínica Mujer – Chimbote				22
C.S. Pachacutec Cajamarca				23
Hospital Regional de Trujillo				2
Hospital Belén de Trujillo				17
Hospital Santiago Apostol de Utcubamba				25
TOTAL	6808	7685	11256	16900

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Dirección Ejecutiva de Neonatología

III.2.3.2 Banco de Leche Materna

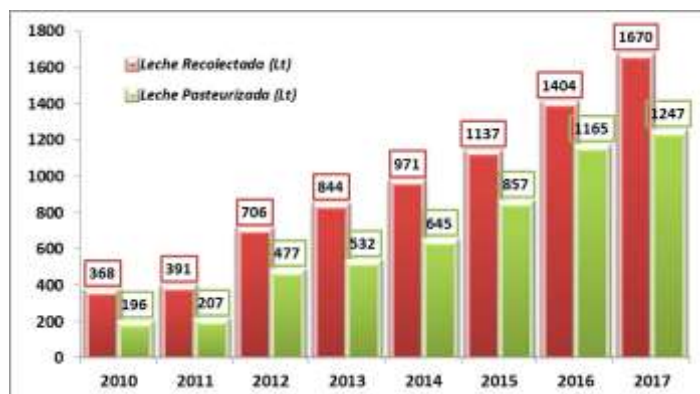
La Red Global de Bancos de Leche Humana define un Banco de Leche Humana como un servicio especializado, responsable por acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, como también de la ejecución de actividades de recolección de la producción láctea de las donantes, de su procesamiento, control de calidad y distribución.

Definitivamente, la evidencia de los beneficios de la leche materna, sobre todo en el manejo del prematuro se encuentra descrita y demostrada, dentro de esos beneficios apreciamos menor frecuencia de enterocolitis necrotizante, menor frecuencia de morbilidad y sepsis neonatal.

El Banco de Leche Humana comenzó a gestarse en el año 2010 en el INMP y cada año recolecta leche materna y sigue un proceso estricto de captación de donantes de leche humana, procesamiento y pasteurización del mismo, administración de la leche materna, cuidado en el control de calidad y finalmente evaluación de los procesos del Banco de Leche Humana.

Gráfica N° 12

INMP: CANTIDAD DE LECHE RECOLECTADA Y PASTEURIZADA. BANCO DE LECHE HUMANA. 2010 - 2017



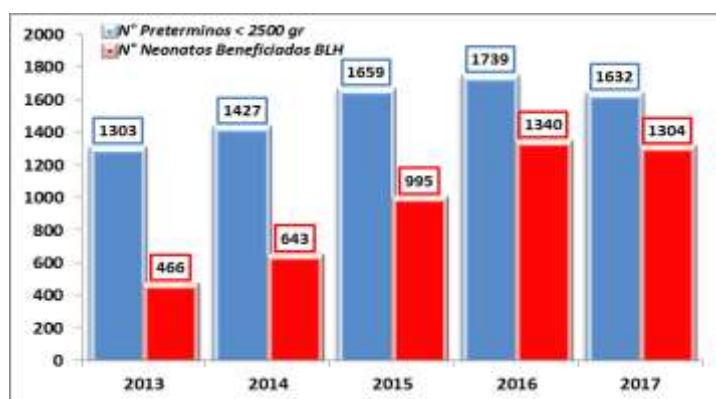
Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Dirección Ejecutiva de Neonatología

Cada año son más los beneficiarios de leche materna, sobre todo los prematuros menores de 2500 gr al nacer. La institución se encuentra en la etapa de descentralización de tecnologías, con la creación de Bancos de Leche Humana en otras regiones del país, para beneficio de los neonatos prematuros.

Gráfica N° 13

INMP: BENEFICIADOS DEL BANCO DE LECHE HUMANA. 2013 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Dirección Ejecutiva de Neonatología

III.2.4 Servicio de Emergencia

El servicio de Emergencia es la principal puerta de entrada de las pacientes a la institución, si comparamos el número de pacientes atendidas en consultorios externos y emergencia observaremos que en este último servicio se atendieron aproximadamente 5,000 pacientes más en el 2017.

El servicio de Emergencia como tal, comenzó a funcionar desde el año 2006, con personal médico y profesionales no médicos asignados al servicio; previamente a ello, los médicos eran programados por cada servicio de hospitalización para cubrir guardias hospitalarias. Durante los últimos años, el servicio ha tenido cambios importantes, con la ampliación de la sala de observación sobre todo para las pacientes en situación de Aborto que requieren AMEU

ambulatorio, además de la remodelación de la sala de Trauma Shock y equipamiento con Ecógrafos Doppler la sala de ecografía para la atención obstétrica.

El número de atendidos en el servicio de Emergencia durante el 2017 fue 50,157 pacientes, 2,892 pacientes menos que en el año 2016. Igualmente las atenciones en emergencia y otros procedimientos han disminuido en su frecuencia.

Tabla N° 51
INMP: INDICADORES Y PROCEDIMIENTOS. SERVICIO DE EMERGENCIA, 2016 - 2017

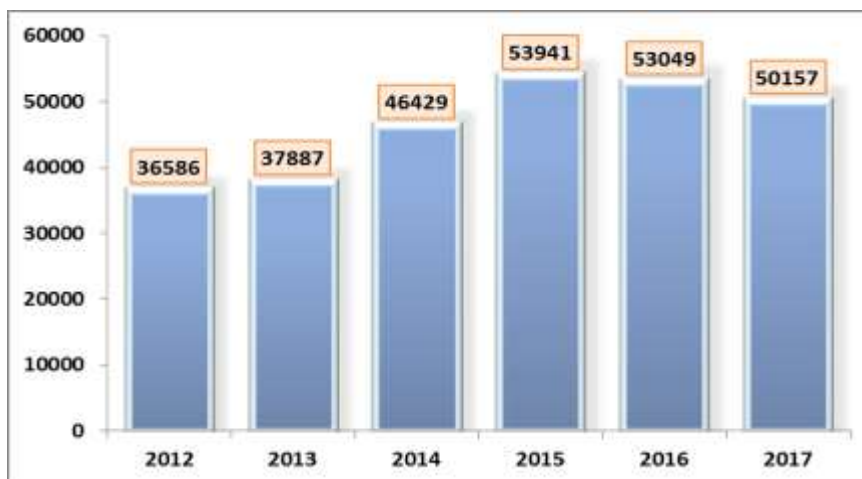
Producción	2016	2017	Indicadores	2016	2017
Atendidos	53,049	50,157	Concentración	1.5	1.5
Atenciones	79,835	77,290	Emergencia(Prioridad I y II) / Consulta externa	0.2	0.1
Ecografía	22,263	21,813	Relacion Atenciones / Ecografías	3.6	3.5
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	4,534	3,848	Pacientes con estancia > 12 horas	0.1	0.1
Legrado uterino	34	36			
Partos	16	12			

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Si bien observamos una diferencia entre el número de pacientes atendidas en el servicio de Emergencia desde el año 2012 (36,586 pacientes atendidas) al 2017 (50,157 pacientes atendidas) de 13,571 pacientes (un 27% más que hace 6 años), la tendencia desde el año 2015 es a disminuir la frecuencia de pacientes atendidas en este servicio.

Gráfico N° 14
INMP: ATENDIDOS SERVICIO DE EMERGENCIA, 2012 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Las atenciones en Emergencia han llegado a 77,290 en el 2017, con una disminución en su frecuencia mes a mes, empezando con 7508 atenciones en enero y terminando en diciembre con 5485 atenciones.

Las atenciones por prioridad I y II, que son las que con más frecuencia deben ser atendidas, ocuparon solo el 14.5% de las atenciones durante el 2017.

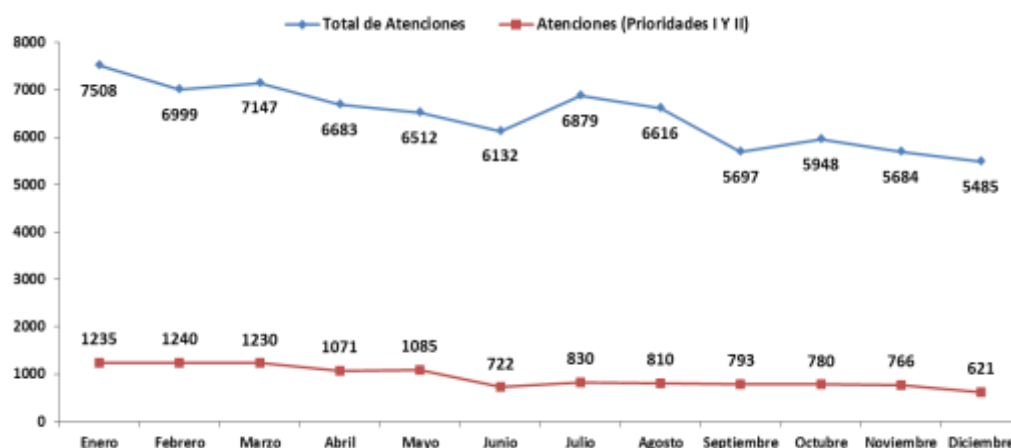
Tabla N° 52
INMP: FRECUENCIA DE ATENCIONES. SERVICIO DE EMERGENCIA, 2017

Periodo	Total de Atenciones	Atenciones (Prioridades I y II)	Emergencia(Prioridad I y II) / Consulta externa
Enero	7508	1235	0.10
Febrero	6999	1240	0.11
Marzo	7147	1230	0.10
Abril	6683	1071	0.11
Mayo	6512	1085	0.11
Junio	6132	722	0.08
Julio	6879	830	0.74
Agosto	6616	810	0.14
Septiembre	5697	793	0.10
Octubre	5948	780	0.10
Noviembre	5684	766	0.10
Diciembre	5485	621	0.09

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Gráfico N° 15
INMP: TOTAL DE ATENCIONES Y ATENCIONES EN PRIORIDAD I Y II. SERVICIO DE EMERGENCIA, 2017
(Absoluto)



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

III.2.5 Servicio de Cuidados Intensivos Materno

El Servicio de Cuidados Intensivos Maternos (SCIM) fue creado el 1 de diciembre de 1997 por R.D. N° 135-DG-INMP-97, ante la necesidad de contar con una unidad altamente especializada y acondicionada para resolver patologías críticas de pacientes obstétricas y ginecológicas. En sus inicios su funcionamiento fue en el edificio Perú –Aleman (2do piso) y en el 2001 inicia funciones en el edificio Perú-Japón hasta la actualidad.

El Servicio de Cuidados Intensivos Maternos, es un servicio referencial y reconocido a nivel nacional e internacional debido al tipo pacientes atendidas, la complejidad de patología a tratar, el alcance nacional y por ser un área docente en cuidados intensivos obstétricos.

El servicio ha sido rebasado en su cobertura en función de infraestructura, recursos humanos y capacidad de respuesta. Desde su creación en 1997, las 5 camas disponibles resultaban

insuficientes, sobre todo por ser referencia nacional. Es así que en 2015 se forma la UCI Materna 2 con 5 camas adicionales, por lo que en la actualidad la atención se ha ampliado a 10 camas. Así tenemos que la UCI Materna 1 se encarga del tratamiento de patología críticas y complejas, de origen quirúrgico y no quirúrgico, con soporte avanzado de vida; y la UCI Materna 2 se encarga de pacientes obstétricas y ginecológicas críticas pero estables que necesitan vigilancia, monitoreo, procedimientos intensivos y continuos que no pueden ser realizados en los servicios de hospitalización. Existe además la Unidad de Cuidados Intensivos Extendida, que corresponde a la atención de interconsultas, evaluación, monitoreo, intervención, procedimientos a las pacientes que se encuentran hospitalizadas fuera del Servicio y se establecen los criterios de ingreso de la paciente crítica en cuidados intensivos.



Según NT N° 031 - MINSA / DGSP V.01. NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS, este servicio está incluido dentro del Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos y según el organigrama institucional el servicio funciona dentro de este Departamento conjuntamente con el Servicio de Emergencia y Centro Obstétrico.

Tabla N° 53

INMP: DIAGNOSTICOS DE INGRESO. SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNOS, 2017

DIAGNOSTICO MEDICO- INGRESO	2016	2017
SINDROME HELLP/PREECLAMPSIA / ECLAMPSIA	254	236
SHOCK/SEPSIS OBSTETRICO	124	126
SHOCK HEMORRÁGICO	96	91
OTROS (INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, RENAL, CARDIOPATIAS, DIABETES SEVERA)	112	78

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Cuidados Intensivos Materno

En el 2016 hubo 586 ingresos a Cuidados Intensivos Materno, representando el doble de casos de lo reportado en tres años (2012 al 2015) debido a la complejidad de las enfermedades e incremento de las mismas. En el 2017 los ingresos fueron 531 pacientes obstétricas críticas.

Los procedimientos de alta complejidad más usuales realizados son ventilación mecánica, hemodiálisis y la administración de vasoactivos. De todo ellos el manejo con ventilación mecánica es el más usual, debido a la complejidad y lo complicado de estas patologías asociadas con problemas respiratorios y neurológicos, con estancia en ventilación mecánica prolongada.

El total de días en el 2017, en que las pacientes permanecieron en ventilación mecánica fue de 517 días, el promedio es de 12 días con ventilación mecánica por mes; algunos pacientes han permanecido hasta 30 días en ventilación mecánica debido a su estado crítico. La administración de vasoactivos en el manejo hemodinámico de la paciente crítica fueron en total 139 días durante el año, en promedio por mes el paciente permaneció 7 días con dicho tratamiento. Hubo 161 sesiones de hemodiálisis durante el año, la paciente crítica recibió 8 sesiones de hemodiálisis en promedio por mes.

Tabla N° 54

INMP: PROCEDIMIENTOS FRECUENTES. SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNOS, 2017

Procedimiento	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total 2017
Ventilación Mecánica (N° días)	146	105	147	119	517
Inotrópicos (N° días)	38	43	40	18	139
Hemodiálisis (N° sesiones)	63	39	43	16	161

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Cuidados Intensivos Materno

En los últimos años, debido a la complejidad de las pacientes críticas obstétricas y ginecológicas se ha tenido que realizar coordinaciones y trámites administrativos para exámenes y procedimientos extra institucionales, exámenes como tomografías (TEM cerebral, pulmonar y abdomino - pélvico), angioresonancias cerebral), exámenes de laboratorio como ANCA, ANA, Ac Antifosfolípido, Anticardiolipina, CPK, entre otros; y las interconsultas con especialidades que no cuenta la institución como neurología, neurocirugía, neumología entre otras especialidades médicas.

Tabla N° 55

INMP: EXAMENES SOLICITADOS FUERA DE LA INSTITUCION. UCIM. 2017

Exámenes	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	Total 2017
Tomografías (Cerebral, Torácica, Abdomino-pélvica)	14	10	8	9	41
Ecocardiografía	3	0	2	0	5
Broncofibroscopía	2	0	0	0	2
Exámenes de Laboratorio Especiales (ANCA, ANA, otros)	40	45	58	43	186
Interconsultas con Otras Especialidades (Neurología, Neumología, Neurocirugía, otros)	6	6	4	5	21

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Cuidados Intensivos Materno

Frente a esta situación, el servicio de cuidados intensivos materno plantea la necesidad de mejorar la infraestructura y dotar de equipamiento suficiente para atender pacientes críticas obstétricas y ginecológicas, además de contar con mayor cantidad de recursos humanos capacitados.

III.2.6 Centro Quirúrgico

El Centro Quirúrgico cuenta con una infraestructura diseñada por arquitectos japoneses, con espacios amplios y modernos para movilización del paciente y del personal asistencial, tiene dentro de su arquitectura 9 quirófanos con el material necesario para operaciones obstétricas, ginecológicas y neonatales de alta complejidad.

Cuenta además con ambientes para la atención inmediata del recién nacido, una sala de recuperación anestésica con 15 camas y actualmente se incorporó un servicio de farmacia dentro de este servicio que trabaja las 24 horas del día y provee los insumos necesarios para las cirugías programadas y de emergencia.



Tabla N° 56
INMP: RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS. CENTRO QUIRÚRGICO, 2017

Recurso Humano	Total (Absoluto)
Total general	135
Médicos	37
Médicos Residentes	18
Enfermeras	38
Técnica Enfermería	42

Recurso Físico	Total (Absoluto)
Máquina Anestesia	9
Camas Recuperación	15
Quirofano (*)	9

(*) Se considera quirófanos operativos

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Centro Quirúrgico

La producción total de centro quirúrgico en el 2017 fue de 10,675 intervenciones quirúrgicas, de las cuales el 69.4% son cirugías gineco-obstétricas de emergencia, 28.3% son cirugías gineco-obstétricas programadas y 2.3% son cirugías neonatales, contando además con 61 cirugías que corresponden a reintervenciones.

Diariamente se operan en promedio 29.2 pacientes, el promedio diario de pacientes operados como emergencia son 20.7 y el promedio diario de pacientes operados como programados son 8.5 pacientes. Considerando que el número de quirófanos disponibles para cirugía son 8 de los 9 existentes, el promedio de pacientes operadas como emergencia en cada quirófano por día es 2.6 paciente/quirófano/día y en pacientes programadas de 1.1 pacientes/quirófano/día.

Tabla N° 57
INMP: TIPO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS. CENTRO QUIRÚRGICO, 2016 - 2017

Producción	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Total	12,039	100.0	10,675	100.0
Intervenciones Qx Emergencia	7,990	66.4	7,409	69.4
Intervenciones Obstétricas	7,579	94.9	7,307	98.6
Intervenciones Ginecológicas	411	5.1	102	1.4
Intervenciones Qx Programadas	3,812	31.7	3,021	28.3
Intervenciones Obstétricas	2,878	75.5	2,283	75.6
Intervenciones Ginecológicas	934	24.5	738	24.4
Intervenciones Qx Neonatal	237	2.0	245	2.3
Emergencia	98	41.4	148	60.4
Programadas	139	58.6	97	39.6

Indicadores	2016	2017
Rendimiento Centro Quirúrgico (*)	125.4	111.2

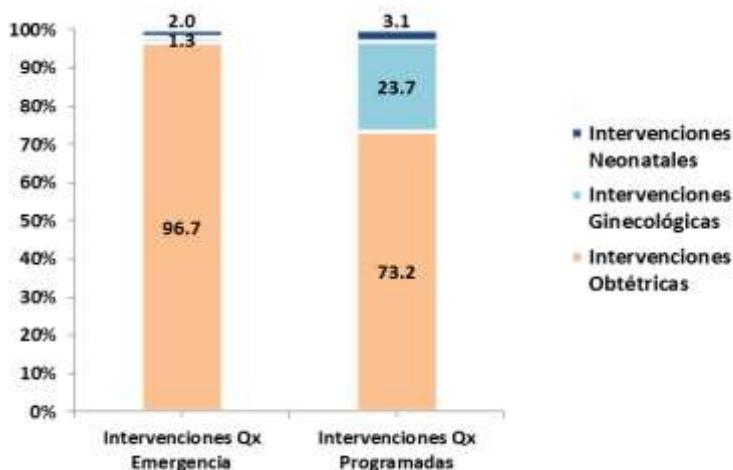
(*) mensual

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

El 96.7% de las cirugías de emergencia son intervenciones obstétricas a diferencia de las cirugías programadas (73%). El siguiente gráfico muestra en forma comparativa el porcentaje de intervenciones quirúrgicas de emergencia y programadas según el tipo de intervención (Ginecológicas, Obstétricas y Neonatales).

Gráfico N° 16
INMP: PORCENTAJE DE INTERVENCIONES POR TIPO DE INTERVENCION. CENTRO QUIRÚRGICO, 2017
(Porcentaje)



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Las intervenciones quirúrgicas realizadas en centro quirúrgico se observan en las siguientes tablas.

Tabla N° 58
INMP: INTERVENCIONES OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS. CENTRO QUIRÚRGICO. 2017

Intervenciones Obstétricas	2017	Intervenciones Ginecológicas	2017
Total Intervenciones	9,317	Total Intervenciones	2,239
Cesáreas	8,661	Abdominales	953
Colocación de cerclaje	15	Histerectomías Abdominales	235
Complicaciones post Parto	259	Miomectomía	89
Abortos	336	Cistectomía	137
Otras Obstétricas	46	Ooforectomía y/o Salpingectomía	354
		Plastia tubárica	4
		Otras cirugías Abdominales	134
		Vaginales	344
		Histerectomías vaginales	56
		Colporragia	127
		Otras cirugías Vaginales	161
		Cuello Uterino	18
		Conización	5
		Otras cirugías de cérvix	13
		Laparoscopías	129
		Laparoscopías Quirúrgicas	97
		Laparoscopías Diagnóstica	32
		Legrado uterino ginecológico	66
		AMEU ginecológico	41
		Mamas	57
		Otras Intervenciones Quirúrgica	631

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Los 9 quirófanos que dispone el centro quirúrgico está organizado de acuerdo al tipo de paciente que llega a la institución; por ello se ha determinado que en el quirófano 8 se realicen los procedimientos de medicina reproductiva e infertilidad, el quirófano 9 se utiliza para las intervenciones quirúrgicas potencialmente sépticas o contaminadas, el quirófano 5 se ha destinado para cirugías laparoscópicas, neonatales o de medicina fetal y el resto de quirófanos para las intervenciones gineco-obstétricas de emergencia y programadas. Dado el alto tránsito de pacientes que se observa por temporadas en las guardias hospitalarias, la disposición de los quirófanos se determina de acuerdo a prioridades, esta priorización la realiza el Jefe de guardia, en coordinación con el personal del centro quirúrgico. Así tenemos en la tabla siguiente el número de pacientes intervenidas por quirófano durante el 2017.

Tabla N° 59

INMP: FRECUENCIA DE INTERVENCIONES POR QUIRÓFANO. CENTRO QUIRÚRGICO. 2017

Quirófanos	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Total	10,675	100.0
Quirófano 1	2,160	20.2
Quirófano 2	2,488	23.3
Quirófano 3	2,248	21.1
Quirófano 4	1,153	10.8
Quirófano 5	563	5.3
Quirófano 6	972	9.1
Quirófano 7	748	7.0
Quirófano 8	90	0.8
Quirófano 9	253	2.4

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Centro Quirúrgico

El tipo de anestesia que realiza el personal de anestesiología en el centro quirúrgico, está en relación al tipo de paciente que observamos frecuentemente en la institución. Por ello, el tipo de anestesia regional es el más frecuentemente usado en las intervenciones obstétricas, dentro de ella la anestesia epidural y raquídea. La anestesia general es usada con mayor frecuencia en pacientes con compromiso severo de órganos o en intervenciones ginecológicas que lo requieran.

Tabla N° 60

INMP: PROCEDIMIENTO ANESTESIOLÓGICO. CENTRO QUIRÚRGICO. 2017

Tipo de Anestesia	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Total	10,675	100.0
Anestesia Regional	9,460	88.6
Combinada	252	2.4
Epidural	4,553	42.7
Raquídea	4,655	43.6
Anestesia General	1,215	11.4

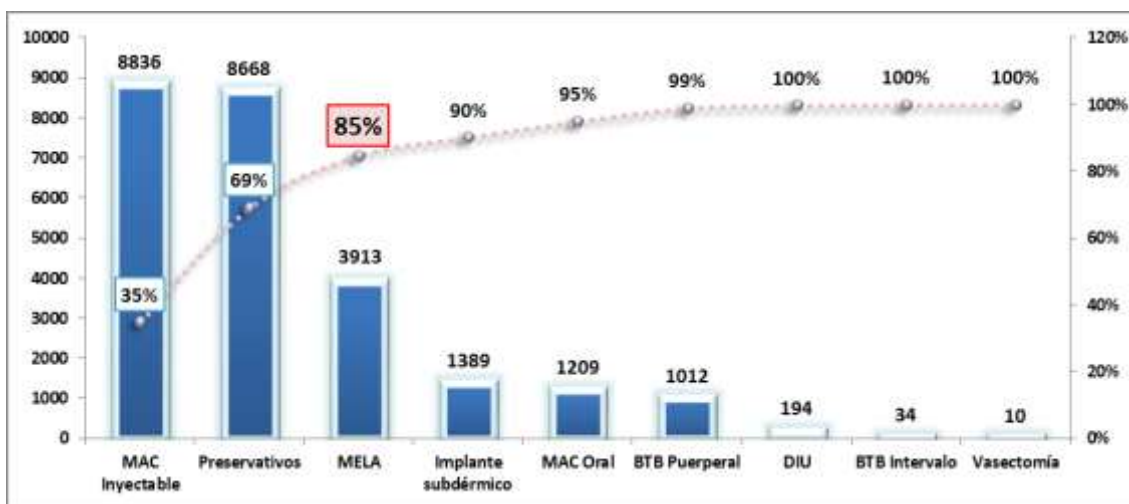
Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Centro Quirúrgico

Dentro de las funciones de esta Estrategia es brindar justamente la oportunidad de que las personas puedan tener acceso a la planificación familiar reforzando el derecho a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos. La OMS reporta que en los países en desarrollo, unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno, además algunos métodos de planificación familiar, como los preservativos, ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Se ha demostrado también que el uso de anticonceptivos reduce la necesidad de recurrir al aborto, en especial, al aborto peligroso y previenen la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados.

En la institución, durante el 2017 fueron administrados 25,265 métodos anticonceptivos, el 85% de ellos fueron métodos anticonceptivos inyectables, preservativos y método de la lactancia materna exclusiva y sólo el 15% tuvo acceso a implantes subdérmicos, métodos anticonceptivos orales, anticoncepción quirúrgica definitiva y dispositivos intrauterinos.

INMP: FRECUENCIA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ADMINISTRADOS. ESTRATEGIA SS. RR., 2017



Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva



Tabla N° 61

INMP: METODOS ANTICONCEPTIVOS APLICADOS POR GRUPOS DE EDAD. ESTRATEGIA SS.RR. 2017

Métodos	Tipo de Usuarías	Total		12 A 17 años		18 a 29 años		30 a 50 años		Usuaría captada	
		Nuevas	Continuadoras	Nuevas	Continuadoras	Nuevas	Continuadoras	Nuevas	Continuadoras		
Total	A	23396	2807	1375	21	13488	1403	8533	1383	1674	
DIU	A	193	1	4	0	106	0	83	1	41	
	I	193	1	4	0	106	0	83	1	0	
Hormonal	Oral Combinado	A	1638	429	149	2	838	197	651	230	198
		I	1638	1716	149	8	838	788	651	920	0
	Inyectable mensual	A	1067	922	34	4	619	533	414	385	318
		I	1067	922	34	4	619	533	414	385	0
	Inyectable trimestral	A	5593	1334	640	13	3496	633	1457	688	313
		I	5593	1334	640	13	3496	633	1457	688	0
	Implante	A	1382	7	104	1	898	5	380	1	120
		I	1382	7	104	1	898	5	380	1	0
Barrera	Condón masculino	A	8497	113	239	1	4866	34	3392	78	71
		I	82819	3390	239	30	48660	1020	33920	2340	0
	Condón femenino	A	57	1	0	0	25	1	32	0	0
		I	292	30	0	0	250	30	42	0	0
AQVF	A	1046	0	0	0	274	0	772	0	579	
AQVM	A	10	0	0	0	0	0	10	0	34	
MELA	A	3913	0	205	0	2366	0	1342	0	0	

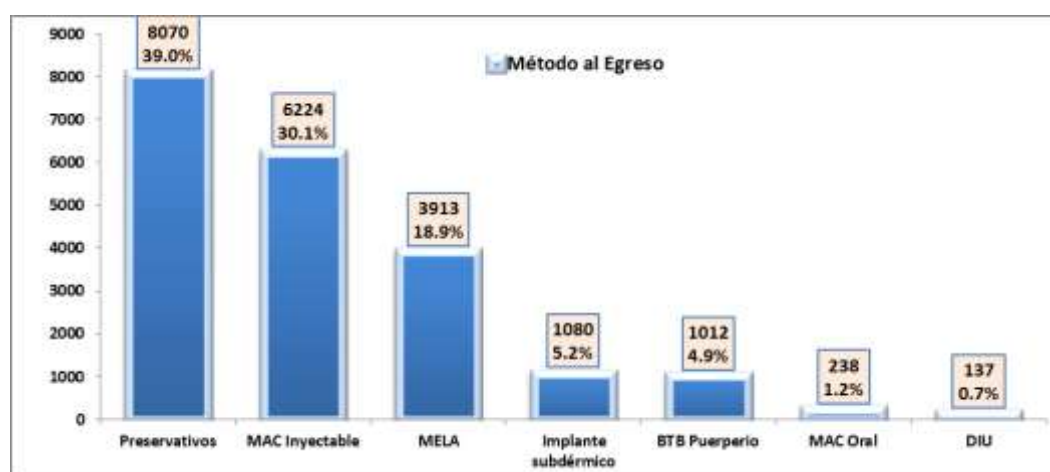
Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

Los métodos anticonceptivos son administrados a las pacientes antes del egreso hospitalario y además por consultorios externos, previa consejería. Durante el egreso hospitalario, el INMP administró 20,674 métodos anticonceptivos, el 88% de los métodos administrados son métodos de barrera (preservativos), anticonceptivo hormonal tipo inyectable y el método de la lactancia exclusiva.

Gráfico N° 18

INMP: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ADMINISTRADOS AL EGRESO HOSPITALARIO, 2017



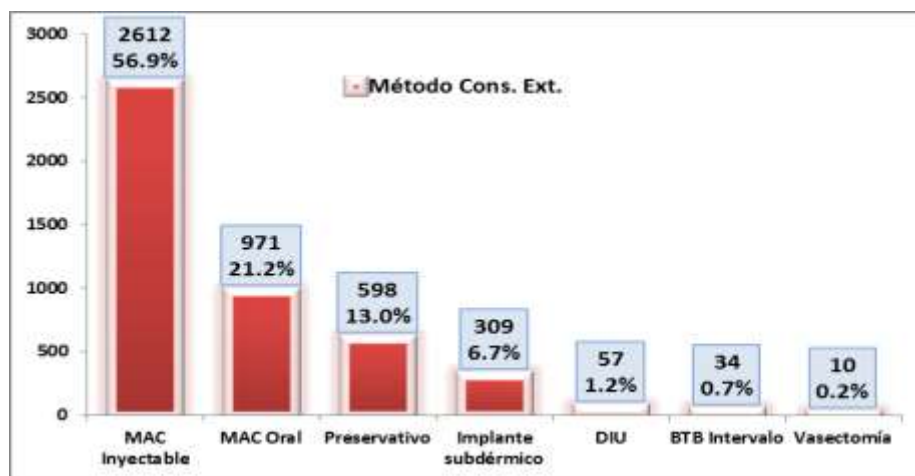
Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

Los métodos brindados en consultorios externos fueron 4,591, principalmente los métodos hormonales tipo inyectables y orales, y los métodos de barrera.

Gráfica N° 19

INMP: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ADMINISTRADOS EN CONSULTORIOS EXTERNOS, 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

La aplicación de implantes subdérmicos como método moderno, seguro y de larga duración, tiene cada vez mejor acogida por las usuarias, comparativamente con años anteriores la aceptación y uso de este método ha aumentado en frecuencia.

Los métodos quirúrgicos definitivos administrados durante el 2017 fueron 1057 intervenciones quirúrgicas voluntarias, el 96% de ellas fueron bloqueos tubáricos realizados durante la cesárea y el 4% fueron bloqueos tubáricos de intervalo y vasectomías.

Tabla N° 62

INMP: ANTICONCEPCION QUIRÚRGICA. ESTRATEGIA SS.RR. 2017

TIPO DE AQV	N°	%
BTB Puerperio	1012	95.8
BTB Intervalo	34	3.2
Vasectomías	10	0.9

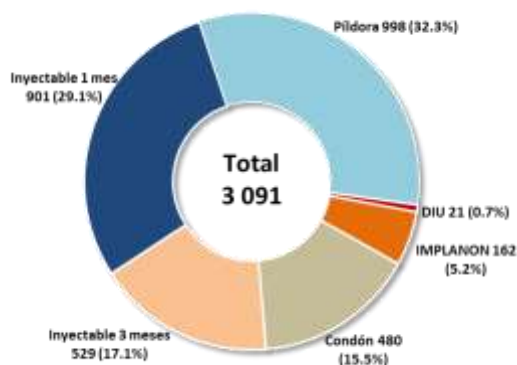
Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

Así mismo se muestra en la siguiente gráfica el tipo de anticonceptivos administrados en la emergencia

Gráfico N° 20

INMP: ANTICONCEPCION POST
ABORTO EN SERVICIO DE
EMERGENCIA. ESTRATEGIA SS.RR. 2017
(Absoluto y porcentaje)



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

III.2.8 Servicios Complementarios

III.2.8.1 Servicio de Nutrición

El Servicio de Nutrición funciona desde el año 1962 y su misión principal es brindar un servicio óptimo de atención nutricional a los usuarios del INMP, sobre todo al personal que realiza guardias hospitalarias, pacientes hospitalizados y ambulatorios; cubriendo los requerimientos nutricionales del comensal en los diferentes horarios de alimentación, ofreciendo una alimentación científicamente planificada, adecuada, de acuerdo a estándares técnico sanitarios garantizando una alimentación inocua y mejorando la calidad de atención en forma continua. Además desarrolla actividades de docencia e investigación enmarcadas dentro de la misión de la Institución. En estos últimos tres años, se ha hecho cambios importantes en el servicio, como es el cambio de ventanas, (2015) el cambio completo de tres cámaras frigoríficas: carne, frutas y verduras (2016); asimismo el mantenimiento de infraestructura que incluye pisos paredes y techo, muchas veces observadas por inspectores sanitarios. Todo ello, aunado a la capacitación continua al personal con temas inherentes a la función y el monitoreo de los procesos por personal profesional ha permitido mejorar la calidad del servicio.



Antes ...



Ahora ...



Dentro de las funciones que realiza el Servicio de Nutrición tenemos:

Interconsultas: Realizada a las pacientes hospitalizadas con algún problema de salud y que el médico solicita. Se evalúa la ganancia de peso materno de acuerdo a la edad gestacional relacionado además a enfermedades de salud crónica degenerativa, metabólicas etc. Se presenta resultados en la tabla siguiente.

TABLA N° 63
INMP: INTERCONSULTAS NUTRICIONALES REALIZADAS. SERVICIO DE NUTRICION. 2017
Número de Interconsultas: 313

Tipo de Paciente	Diagnóstico Nutricional							
	Peso Corporal (IMC)		N° (%)	Grado de Anemia		N°	Patología Asociada	N°
Puerpera (265) (100%)	Obesidad (IMC)	Grado I	96 (36.2)	Anemia	Leve	42	Diabetes mellitus	4
		Grado II	39 (14.7)		Moderada	22	Preeclampsia	2
		Grado III	8 (3.0)		Severa	7	Hipoalbuminemia	3
	Sobrepeso (IMC)		85 (32.1)	Anemia	Leve	22	Diabetes mellitus	1
					Moderada	38	Preeclampsia	1
					Severa	7	Hipoalbuminemia	2
Normal (IMC)		37 (14.0)	Anemia	Leve	12	Diabetes mellitus	1	
				Moderada	12	Preeclampsia	2	
				Severa	6	Hipoalbuminemia	3	
Gestantes (44) (100%)	Baja Ganancia de Peso		20 (45.5)	Anemia	Leve	12	Diabetes mellitus	12
	Adecuada Ganancia de Peso		11 (25.0)		Moderada	12	Hiperemesis	11
	Alta Ganancia de Peso		13 (29.5)		Severa	1	Hipertension	3
Adultos (4) (100%)	Delgado (IMC)		2 (50)	Anemia	Leve	1	Hipoalbuminemia	2
	Normal (IMC)		2 (50)		Moderada	2		
					Severa	0		

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Nutrición

En las interconsultas realizadas, hemos podido notar que del total de puérperas, el 86% (138 puérperas) tienen problemas de obesidad o sobrepeso, el 63% (138) tiene anemia y el 7% (19) tiene asociada patologías como preeclampsia, diabetes, hipertensión arterial o hipoalbuminemia. En el grupo de las gestantes observamos que el 45% (20 gestantes) tiene baja ganancia de peso y el 30% (13 gestantes) tiene exceso de ganancia de peso. El 57% (25 gestantes) tiene anemia, el 27% (12) padece diabetes gestacional, el 25% (11) tiene hiperemesis gravídica y el 6.8% (3) tuvo hipertensión durante el embarazo.

Consulta externa: Los nutricionistas atienden consultas externas en las mañanas y tardes a las madres de niños de alto riesgo y gestantes con cita previa. Se presenta información nutricional de los casos evaluados en consultorios externos.

En el 2017 hemos observado en consultorios externos que el 17.5 % (85 niños) menores de un año están en riesgo de desnutrición y el 15% (71 niños) tiene algún tipo de malnutrición por exceso o por déficit. El 25% (27 niños) de 1 - 2 años están en riesgo de desnutrición y el 19 % (20 niños) tiene algún tipo de malnutrición por déficit o exceso. En las mujeres gestantes adultas el 4 % (9) están en riesgo de desnutrición y el 73% (150) tiene algún problema de sobrepeso u obesidad.

Tabla N° 64
INMP: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL POR GRUPO ETAREO. SERVICIO DE NUTRICION. 2017

Grupo Etáreo	Diagnóstico Nutricional						Sobrepeso	Obesidad
	Normal	Riesgo de Desnutrición	Desnutrición					
			Leve	Moder.	Sev.	Ret. del Crec.		
< 1 año	329	85	11	34	0	14	10	2
1 - 2 años	61	27	4	7	0	5	3	1
2.1 - 3 años	1	3	0	2	0	1	1	0
3.1 - 5 años	5	1	0	0	0	0	1	1
Gestante adolescente	0	1	0	0	0	0	2	1
Gestante adulta	47	9	0	0	0	0	61	89
Mujer lactante adolescente	0	0	0	0	0	0	0	0
Mujer lactante adulta	4	0	0	0	0	0	6	6
Otros	9	2	0	0	0	0	15	37
Total	456	128	15	43	0	20	99	137

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Nutrición

Producción: El servicio prepara una cantidad de raciones para las pacientes hospitalizadas y personal que realiza guardias hospitalarias en la institución; aplicando las leyes de la alimentación, la dietoterapia y los principios generales de higiene. La producción total de raciones en el 2015 fue 541,566 raciones, el 2016 fue 549,990 raciones y el año 2017 fue 507,560 raciones

Tabla N° 65

INMP: RACIONES ATENDIDAS A PACIENTES HOSPITALIZADAS. SERVICIO DE NUTRICION. 2015 - 2017

Año	N° Raciones	Tipo de Dieta							
		Completa	Blanda	Líquida	Hiperproteica	Hipoglúcida	Hiposódica	Dieta Especial	NPO
2015	292,006	231,214	46,633	8,318	830	3,010	20	17	1,964
2016	296,336	233,593	48,180	7,102	1,342	3,730	67	572	1,750
2017	269,007	214,448	43,192	5,919	1,090	3,133	91	162	972

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Nutrición

Capacitación continua: A los manipuladores de alimentos, actualizándose y reiterando los principios Generales de Higiene y Dietética. Asimismo, se asesora a las estudiantes que hacen prácticas pre profesionales en la carrera de Nutrición e Industrias Alimentarias

La consejería nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil, debe realizarse tomando en cuenta el documento técnico aprobado con Resolución Ministerial N° 870-2009/MINSA, promoviendo un peso saludable en las mujeres en edad fértil y un adecuado incremento de peso durante el embarazo según cada necesidad mejorando así la salud materno-infantil. Lo que queremos en servicio de Nutrición es ofrecer a las mujeres en edad fértil recomendaciones sobre dietas saludables, actividad física y control de peso antes, durante y luego del embarazo.

El gran grupo humano que trabaja en el Servicio de nutrición está dispuesto a brindar lo mejor para una adecuada ganancia de peso durante el embarazo que beneficiará no solo al recién nacido, previniendo alteraciones en el crecimiento fetal y sus consecuencias para el futuro, sino también a la salud futura de la madre y su niño, de allí la importancia de que el profesional Nutricionista se integre al equipo de trabajo y su participación sea más activa.

III.2.8.2 Banco de Sangre

El 14 de noviembre del 2013 se inauguraron los nuevos ambientes del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo II y el Banco de Leche Humana Referencial, los cuales contribuyen de manera sustantiva a salvar las vidas de sus beneficiarios, en este caso las madres y recién nacidos que se atienden en nuestra institución.

Los nuevos ambientes significaron una inversión total de S/. 1'872,463.00, beneficiando a la población que más lo necesita. La institución realiza 4 mil transfusiones al año aproximadamente logrando salvar vidas de las pacientes que frecuentemente tienen problemas hemorrágicos producto de las patologías asociadas al embarazo, parto y puerperio, también para los recién nacidos que lo necesitan.



Tabla N° 66

INMP: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE, 2015 - 2017

LABORATORIO - HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE		2015	2016	2017
SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Grupo en placa de donantes	4,529	5,808	5,920
	Hematocrito de donantes	4,460	5,712	5,867
	Pruebas inmunoserolog: Coombs Directo (gest, donan, ne)	1,015	2,820	2,304
	Pruebas inmunoserolog: Coombs Indirecto (gest, donan, ne)	817	3,191	1,052
	Tamizaje serológico (07 pruebas donantes)	2,975	3,892	4,273
	Grupo celular y serico en tubo	2,975	3,892	3,867
	Pruebas pre transfusionales: grupos sanguineos en tubo de pacientes	1,382	1,662	1,925
	Pruebas pre transfusionales: pruebas cruzadas	4,485	5,413	6,708
	Producción de unidades de paquete globular	2,902	3,800	4,208
	Producción de otros paquetes (PPC, Plaquetas, Crioprecipitado)	5,641	7,224	7,976
	Trasfusión de paquete globular (PG)	2,518	2,762	3,146
	Trasfusión de otros paquetes (PPC, Plaquetas, Crioprecipitado)	2,912	3,197	4,503
	Verificación de RH y fenotipo	254	307	288
	Sangre reconstituida para exanguin-transfusión	2	5	15
	Trasfusión Autóloga (deposito previo)	1	0	0
	Plaquetaféresis	40	28	32
TRANSFUSIONES REALIZADAS	Atenciones			
	Tranfusiones de Recien Nacidos	1,407	2,115	2,973
	Tranfusiones de Adultos	3,883	4,183	4,959
	Atendidas			
	Tranfusiones de Recien Nacidos	618	783	952
	Tranfusiones de Adultos	1,094	860	973

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Laboratorio - Banco de Sangre

III.2.8.3 Servicio de Farmacia

El servicio de Farmacia permite la disposición de medicamentos e insumos médicos a todos los servicios del instituto. Se muestra aquí, las actividades realizadas por este servicio.

Tabla N° 67

INMP: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. SERVICIOS DE FARMACIA, 2016 - 2017

Farmacia	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Total general	382,490	100.0	367,071	100.0
Recetas Atendidas por venta	96,966	25.4	75,584	20.6
Disp. Medicamentos y material medico en paqu.	8,434	2.2	9,218	2.5
Recetas Atendidas (Hospitalización)	72,145	18.9	45,155	12.3
Recetas dosis unitaria	871	0.2	634	0.2
Recetas oxígeno	5,361	1.4	5,043	1.4
Recetas clínica	3,942	1.0	2,272	0.6
Recetas banco de sangre	193	0.1	335	0.1
Recetas de topico	596	0.2	494	0.1
Recetas Atendidas (Hospitalización SIS)	193,982	50.7	228,336	62.2

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Servicio de Farmacia

III.2.8.4 Servicio Social

La estimación del riesgo social, ayuda social y visitas sociales de las pacientes está a cargo de este servicio. En la tabla siguiente se muestra las actividades realizadas por este servicio durante el 2016 y 2017.

Tabla N° 68
INMP: ACTIVIDADES ASISTENCIALES. SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL, 2016 - 2017

Actividades Asistenciales	2016	2017
Total de Atenciones	449,955	430,698
Atendidos	65,202	84,401
Riesgo social	65,202	82,419
Alto	20,818	32,401
Mediano	42,353	48,549
Bajo	1,967	1,397
Excepcional	64	72
Atenciones sociales	184,084	144,698
Gestiones / coordinaciones	85,052	67,426
Reunión con pareja y familia	46,401	38,466
Consejería social	49,370	35,351
Informe social	1,100	1,218
Acta de entrega	1,344	1,463
Interconsulta	654	610
Referencia	163	164
Visita Domiciliaria	50	132
Información Educación y Comunicación (IEC)	133,497	116,893
Orientación / Información	104,606	91,764
Charla	12,199	10,296
Educación sanitaria al paciente y entorno familiar	6,221	4,955
Difusión de material informativo / educativo	10,471	9,878
Pacientes exonerados	1,831	2,026
Casos cerrados (Judiciales)	89	129

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Servicio Social

III.2.8.5 Odontología

El servicio de Odontología realiza actividades para pacientes adultos (gestantes y no gestantes) y pacientes pediátricos, con quienes han revolucionado su atención en los últimos años. La primera consulta odontológica del bebé se realiza en una semana después del alta para diagnosticar la motricidad orofacial del bebé. De encontrarse alguna patología bucodental esta será tratada y acompañada hasta los 5 años con evaluaciones periódicas de acuerdo al riesgo/actividad de cada paciente. Se realiza evaluación para el diagnóstico de aquilognosia (lengua anclada o frenillo), sean o no neonatos menores de 1500 gramos y realizan el diagnóstico oportuno de los



defectos de esmalte para así prevenir las lesiones de caries en esas zonas. Se muestra en las siguientes tablas las actividades realizadas por este servicio.

Tabla N° 69

INMP: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN PACIENTES ADULTAS. ODONTOLOGIA. 2015 - 2017

Tipo de Atención	Consultorios Adultos		
	2015	2016	2017
Atención Estomatológica Preventiva Básica			
Examen estomatológico	5344	5571	3407
Profilaxis dental	798	640	675
Fluorización	52	79	46
Destartraje	1034	1136	917
Atención Estomatológica Recuperativa Básica			
Consulta estomatológica	2290	2102	2243
Exodoncia dental simple	169	114	154
Restauración dental con resina	1838	1868	2065
Restauración dental con ionomero de vidrio	34	23	20
Curetaje de alveolo dental	7	4	5
Interconsultas	84	47	55
Atención Estomatológica Especializada Básica			
Extracción compleja	7	16	26
Control post cirugía (retiro de puntos)	3	0	2
Rayos X (Radiografía intraoral periapical)	553	182	2

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Odontología

Tabla N° 70

INMP: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. ODONTOLOGIA. 2016 - 2017

Tipo de Atención	Consultorio Pediátrico	
	2016	2017
Atención Estomatológica Preventiva Básica		
Examen estomatológico	255	241
Aplicación de fluor barniz	56	43
Atención Estomatológica Recuperativa Básica		
Consulta estomatológica	270	252
Exodoncia dental simple	13	8
Restauración dental con ionomero de vidrio	1	9
Interconsultas	40	48
Atención Estomatológica Especializada Básica		
Frenectomia	43	20
Rayos X (Radiografía intraoral periapical)	4	7

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Odontología

III.2.8.6 Psicología

El servicio de Psicología en coordinación con el servicio de Psiquiatría realizan un trabajo importante en la prevención y eliminación de la Violencia contra la Mujer, creando conciencia entre la población y sensibilizando a las mujeres y niñas en sus derechos para así crear un cambio de actitud y construir una cultura de paz en la sociedad.

La encuesta Endes 2014 revela que de 10 mujeres peruanas, 6 han sufrido violencia. Esta situación afecta no solo a las víctimas sino a toda la sociedad ya que si ésta se desarrolla en el entorno familiar los niños crecerán en ambiente violento que influirá negativamente en su futuro adulto.

Por ello realizan una serie de actividades en los diferentes servicios, sobre todo en el servicio de adolescencia con terapias necesarias para darle el apoyo a estas pacientes. Se muestran las actividades realizadas por este servicio.

Tabla N° 71

INMP: ATENDIDOS Y ATENCIONES POR SERVICIO. PSICOLOGIA, 2016 - 2017

Servicio	2016		2017	
	Atendidos	Atenciones	Atendidos	Atenciones
Consulta externa Servicio de Adolescencia	1443	1806	995	1248
Consulta externa rehabilitación adultas	1480	1980	1577	1977
Consulta externa pediatría y neonatología	1661	2085	1320	2942
Servicio de hospitalización Adolescencia	2255	4681	2208	4026
Servicio de hospitalización "B" y "C"	2599	3922	1880	3256
Servicio de hospitalización "D" y "E"	2920	3960	2359	3336
Servicio de Ginecología	935	1601	579	1049
Servicio en la Cuna Jardín	27	163	25	118

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Psicología

Tabla N° 72

INMP: ACTIVIDADES REALIZADAS. PSICOLOGIA, 2016 - 2017

Actividades	2016	2017
Tamizaje de violencia	13293	10918
Sesiones educativas	2838	4136
Talleres al personal del INMP	9	24
Talleres climaterio	33	24
Talleres en neonatología	11	100
Talleres en adolescentes	26	90
Talleres en cuna jardín	2	2
Psicoterapia individual	15555	15146
Psicoterapia familiar	633	507
Psicoterapia de pareja	552	482
Psicoterapia de grupo	0	37

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Psicología

CAPITULO IV.- ANALISIS DE LA MORBI-MORTALIDAD Y ESTADO DE SALUD

IV.1 Morbilidad Gineco - Obstétrica

La morbilidad gineco - obstétrica, determinado por los diagnósticos emitidos en los egresos gineco - obstétricos hospitalarios, muestran que del total de egresos observados durante el 2017, el 28.9% fueron por infecciones obstétricas, el 7% fueron por trastornos hipertensivos del embarazo, 3,6% tuvieron hemorragia obstétrica y el 3% fueron casos de aborto.

Tabla N° 73
INMP: EGRESOS HOSPITALARIOS - MORBILIDAD OBSTETRICA
EGRESOS OBSTETRICOS AL 100%: 2016= 24 972 ; 2017 = 21 870

Diagnóstico de Egreso Obstétrico	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Trastornos Hipertensivos del embarazo	1,633	7.5	1,332	7.0
Pre eclampsia	1,566	7.2	1,288	6.8
Pre eclampsia leve	680	3.1	622	3.3
Pre eclampsia severa	886	4.1	666	3.5
Eclampsia	22	0.1	10	0.1
Síndrome de Hellp	45	0.2	34	0.2
Hemorragia Obstétrica	706	3.2	684	3.6
Desprendimiento prematuro de placenta	191	0.9	185	1.0
Placenta previa	279	1.3	312	1.6
Ruptura uterina	51	0.2	41	0.2
Hemorragia post parto	151	0.7	114	0.6
Shock hipovolémico	34	0.2	32	0.2

Diagnóstico Principal de Egreso Obstétrico	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Aborto	858	3.9	575	3.0
Aborto Incompleto	562	2.6	424	2.2
Aborto Frustrado	102	0.5	32	0.2
Aborto Incompleto Infect.	88	0.4	115	0.6
Otros tipos de aborto	106	0.5	4	0.0
Embarazo Ectópico (*)	268	1.2	269	1.4
Infecciones Maternas	4,960	22.8	5,487	28.9
RPM - Corioamnionitis	2,934	13.5	2,850	15.0
ITU	1,467	6.7	2,186	11.5
Endometritis	53	0.2	76	0.4
TBC	16	0.1	10	0.1
Infecciones respiratorias	99	0.5	77	0.4
Infección herida operatoria	103	0.5	150	0.8
VIH	30	0.1	33	0.2
ITS	258	1.2	105	0.6

Nota: Egresos por Parto

(*) Se considera los embarazos ectópicos tratados en el Servicio de Ginecología

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Las morbilidades más frecuentes observadas en el servicio de ginecología son los casos de Miomatosis uterina, las hemorragias uterinas anormales, quistes de ovario y otras patologías. Llama la atención la diferencia en frecuencia de la morbilidad por infertilidad en relación al 2016, en los egresos ginecológicos.

Tabla N° 74
INMP: DIAGNÓSTICOS DE EGRESO. SERVICIO DE GINECOLOGIA. 2016 - 2017

Diagnósticos	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Miomatosis uterina	220	15.4	247	18.7
Hemorragia vaginal y uterina anormal	119	8.3	129	9.7
Infertilidad de origen tubarico	105	7.3	51	3.9
Quiste Ovario	80	5.6	93	7.0
Prolapso genital	64	4.5	79	6.0
Adherencias peritoneales pelvicas	42	2.9	56	4.2
Polipo del cuerpo del utero	45	3.1	27	2.0
Hiperplasia endometrial	50	3.5	47	3.5
Displasia cervical	31	2.2	20	1.5

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

En el servicio de Emergencia, los motivos de consulta están en relación a pacientes con cesárea anterior, casos de aborto, ruptura prematura de membranas e infecciones obstétricas.

Tabla N° 75
INMP: DIAGNÓSTICO DE ATENCION OBSTÉTRICA. SERVICIO DE EMERGENCIA, 2016 - 2017

Descripción	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Diagnóstico	36,011	43.6	32,067	40.0
Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	9,193	11.1	8,626	10.8
Amenaza de aborto	8,984	10.9	6,773	8.5
Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	4,886	5.9	4,006	5.0
Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	2,574	3.1	3,668	4.6
Amenaza de parto pretermino	2,411	2.9	2,124	2.7
Infección genital en el embarazo	2,194	2.7	1,692	2.1
Atención materna por deficit del crecimiento fetal	1,517	1.8	1,537	1.9
Oligohidramnios	1,379	1.7	1,271	1.6
Atención materna por desproporción debida a feto demasiado grande	1,129	1.4	1,215	1.5
Hipertensión materna, no especificado	1,744	2.1	1,155	1.4
Motivos de atención	49,068	59.4	48,674	60.7
Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación	21,417	25.9	20,793	25.9
Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	10,943	13.2	12,766	15.9
Trabajo de parto face latente	11,255	13.6	9,968	12.4
Trabajo de parto face activa	5,453	6.6	5,147	6.4

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

Finalmente, los casos de hemorragia uterina anormal, Miomatosis uterina y los dolores pélvicos e infecciones pélvicas y urinarias son las patologías de tipo ginecológicas más frecuentes.

Tabla N° 76
INMP: DIAGNÓSTICO DE ATENCIÓN GINECOLÓGICA. SERVICIO DE EMERGENCIA, 2016 - 2017

Descripción	2016		2017	
	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)	Total (Absoluto)	Total (Porcentaje)
Diagnóstico	2,526	3.1	2,318	2.9
Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	1,076	1.3	1,186	1.5
Leiomioma del utero, sin otra especificación	309	0.4	287	0.4
Dolor pélvico y perineal	136	0.2	165	0.2
Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales especificadas	203	0.2	159	0.2
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	190	0.2	141	0.2
Enfermedad inflamatoria pélvica femenina, no especificada	166	0.2	94	0.1
Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	150	0.2	86	0.1
Hiperplasia de glándula del endometrio	124	0.2	84	0.1
Otros quistes ováricos y los no especificados	104	0.1	60	0.1
Vaginitis aguda	68	0.1	56	0.1
Motivos de atención	409	0.5	261	0.3
Examen post ameu y/o legrado uterino	288	0.3	152	0.2
Examen ginecológico (general) (de rutina)	47	0.1	55	0.1
Embarazo (aún) no confirmado	74	0.1	54	0.1

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Estadística e Informática

IV.2 Morbilidad Materna Extrema

El término “near miss” en obstetricia fue utilizado por primera vez por Stones W. en 1991, para referirse a la paciente que, encontrándose en condiciones obstétricas muy severas, salvó de morir. Refería además que el estudio de estos casos podría ser un indicador más útil para la atención obstétrica en lugar de la mortalidad materna.

En el año 2006 y 2007, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Gineco-

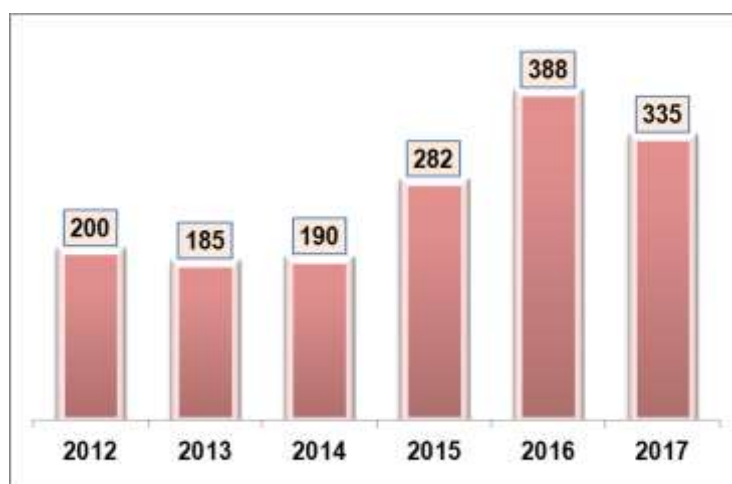
Obstetricia (FLASOG) realizaron dos reuniones de trabajo en Lima-Perú y Santa Cruz de la Sierra-Bolivia respectivamente. En estos talleres se definió Morbilidad Materna Extrema como: “Una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”, y se establecieron los criterios de inclusión para la definición de caso, basados en enfermedad



específica (Shock séptico, shock hipovolémico, eclampsia), disfunción orgánica (Disfunción cardiovascular, respiratoria, renal, hematológica, hepática, metabólica y neurológica) y manejo del caso (Ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos, necesidad de transfusiones y además de cirugía adicional al parto, cesárea o legrado).

El Instituto Nacional Materno Perinatal realiza la vigilancia de casos de morbilidad materna extrema desde el año 2012 a la actualidad. El número de casos de Morbilidad Materna Extrema durante el año 2017 fue 335 casos, desde el 2012 al 2017 el número casos suma 1580 casos vigilados en la institución. Se observa en el gráfico siguiente la frecuencia de casos por año.

Gráfica N° 21
INMP: FRECUENCIA DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. 2012 - 2017

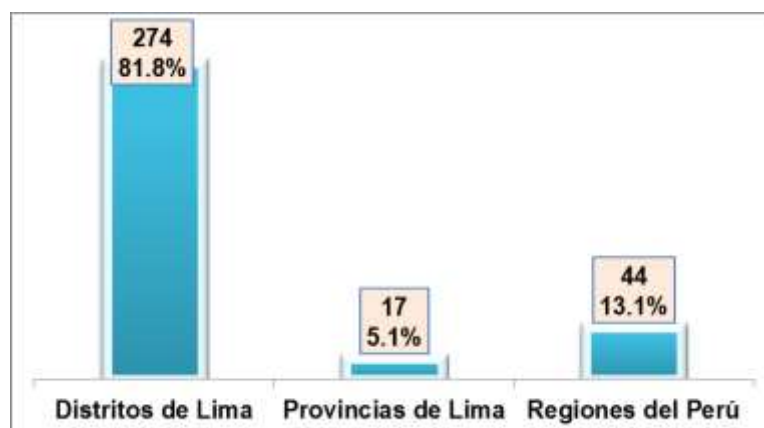


Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

En el 2017, El 81.8% de las pacientes reportaron como domicilio en los Distritos de Lima, el 5.1% vinieron desde las provincias de Lima y el 13.1% de las regiones del país.

Gráfico N° 22
INMP: PROCEDENCIA DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. 2012 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

El 68.7% de las pacientes con Morbilidad Materna Extrema tuvieron secundaria completa o incompleta, el 74.3% tiene una unión estable (conviviente) y el 77.5% se reporta como ama de casa. En los antecedentes obstétricos observamos que el 66.9% fue multípara, el 51.9% tuvo

por lo menos 1 control prenatal y el 81.5% tuvo una cesárea previa. La edad promedio de las pacientes con Morbilidad Materna Extrema fue de 29 años, la paciente más joven tuvo la edad de 15 años y la más adulta de 47 años. El 67.8% de los casos se encontraba entre los 20 a 35 años, las pacientes menores de 19 años fueron el 10.1% y las mayores de 35 años fueron el 22.1%.

Tabla N° 77

INMP: CARACTERISTICAS SOCIALES Y OBSTETRICAS EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. 2017

Variable	N°	%
Edad		
≤19 años	34	10.1
20 - 35 años	227	67.8
> 35 años	74	22.1
Grado de Instrucción		
Secundaria	230	68.7
Primaria	39	11.6
Superior	35	10.4
Técnico	31	9.3
Estado Civil		
Unión Estable	249	74.3
Soltera	52	15.5
Casada	34	10.2
Ocupación		
Ama de Casa	260	77.5
Empleada	36	10.8
Independiente	26	7.8
Estudiante	13	3.9
Paridad		
Múltipara	224	66.9
Nulípara	111	33.1
Control Prenatal		
No CPN	70	24.9
1 a 5 CPN	146	51.9
> 6 CPN	65	23.2
Cesárea Previa		
Si	62	18.5
No	273	81.5

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

El 69.9% de los casos de morbilidad materna extrema terminaron el embarazo por cesárea, el 15.5% por parto vaginal y el 9.5% no finalizaron el embarazo a pesar de su condición. La cirugía adicional a la cesárea o parto vaginal fue la Histerectomía en un 14%, los Legrados uterinos después del parto fueron también frecuentes (3.9%). Se realizaron otros procedimientos quirúrgicos adicionales como cesáreas-histerectomías, taponamiento hepático en rotura hepática, apendicetomías, etc.

El Shock hipovolémico (18.8%) fue el criterio de inclusión más frecuente en el grupo de enfermedad específica, las alteraciones de la coagulación, las disfunciones renales y hepáticas fueron los criterios de inclusión más frecuentes en el grupo de las disfunciones orgánicas y el 28.9% de las pacientes tuvo 3 o más transfusiones, así como al 27.2% se les realizó una cirugía adicional al parto y a la cesárea.



Tabla N° 78
INMP: CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS Y CRITERIOS DE INCLUSION EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. 2017

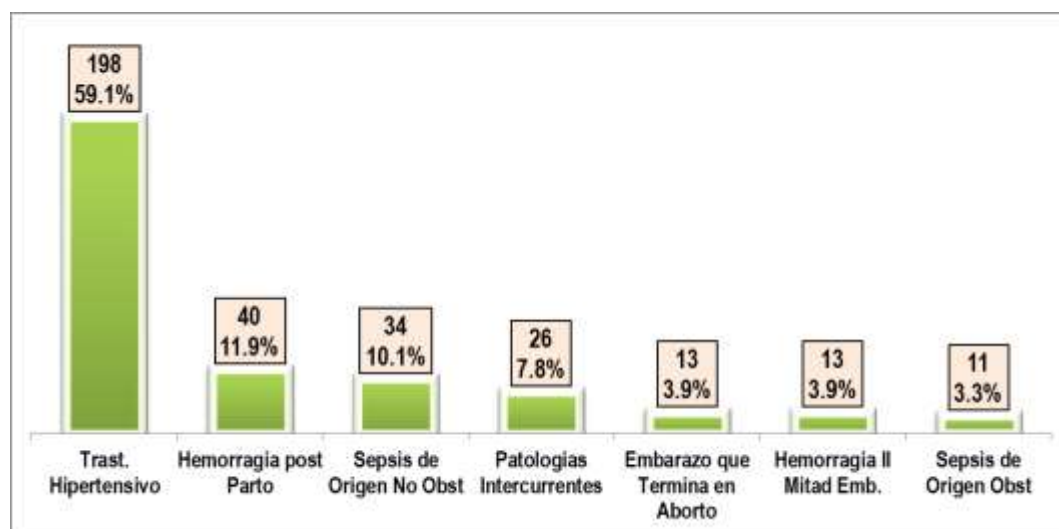
Variable	N°	%	CRITERIOS DE INCLUSION	N°	%
Finalización del Embarazo			C.I. ENFERM. ESPECIFICA		
Cesárea	234	69.9	Shock Hipovolémico	63	18.8
Parto Vaginal	52	15.5	Shock Séptico	21	6.3
No Finalizado	32	9.5	Eclampsia	20	6.0
Lgrado Uterino	16	4.8	C.I. DISF. ORGANICA		
Laparotomía	1	0.3	D. Coagulación	170	50.7
Cirugías Adicionales			D. Renal	153	45.7
Histerectomías	47	14.0	D. Hepática	146	43.6
Lgrado Post Parto	13	3.9	D. Metabólica	126	37.6
Cesárea - Histerectomía	9	2.7	D. Respiratoria	119	35.5
Taponamiento Hepático	6	1.8	D. Vascular	73	21.8
Apendicetomías	4	1.2	D. Cerebral	40	11.9
Puntos Hemostáticos Uterino	2	0.6	D. Cardíaca	23	6.9
Sutura de Dehiscencia de Histerorrafia	2	0.6	C.I. MANEJO		
Empaquetamiento Uterino	2	0.6	UCIM	335	100
Lapotomia Exploratoria	2	0.6	Transfusiones	97	28.9
Sutura de Desgarro Cervico vaginal	1	0.3	Cirugía Adicional	91	27.2
Salpinguectomías	1	0.3			
Electrofulguración hepática	1	0.3			
Resección Intestinal	1	0.3			

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

El gráfico siguiente muestra las patologías agrupadas en causas sindrómicas basadas en los criterios establecidos por FLASOG, el grupo de patologías más frecuente son los trastornos hipertensivos (59.1%), seguido del grupo de las hemorragias obstétricas pre y post parto (15.8%) y las sepsis de origen obstétrico y no obstétrico (13.4%). Las patologías intercurrentes del embarazo que terminan en MME llegan al 7.8% y los abortos complicados a 3.9%.

Gráfico N° 23
INMP: CAUSA AGRUPADA EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Indicadores de Resultado:

Razón de morbilidad materna extrema: Teniendo en cuenta que el número de nacidos vivos en el 2017 fue 19,436 neonatos, la razón de morbilidad materna extrema en el 2017 fue 17.2 casos por 1000 nacidos vivos.

Índice de Mortalidad: En el 2017, el Índice de Mortalidad es 3.2 casos de muerte materna por cada 100 casos de morbilidad materna extrema (3.2%).

Relación MME / MM: En el 2017, es 30.5 casos de morbilidad materna por cada muerte materna ocurrida.

Relación Criterio / Caso: En el 2017, hemos tenido 4.4 criterios de inclusión en promedio por cada caso de morbilidad materna extrema.

Índice de Mortalidad Perinatal: Aproximadamente fallecieron 6.2% de neonatos de las pacientes con morbilidad materna extrema atendidas durante el 2017.

En la tabla siguiente se observa la tendencia de los indicadores de resultado en los últimos 6 años

Tabla N° 79
INMP: INDICADORES DE RESULTADO EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. 2012 - 2017

INDICADOR	FORMULA	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Razon de MME (Prevalencia): Evalúa el aporte de la MME en la atención de la gestante (Meta < 8 x 1000 nv)	$\frac{N^{\circ} \text{ casos de MME} \times 1000}{\text{Total de nacidos vivos}}$	12.4	10.8	10.3	13	17.6	17.2
Índice de Mortalidad: Letalidad en mujeres con MME - Calidad de atención (Meta < 4%)	$\frac{N^{\circ} \text{ MM} \times 100}{N^{\circ} \text{ MM} + N^{\circ} \text{ MME}}$	4.3%	3.1%	2.1%	4.1%	1.8%	3.2%
Relación MME/MM: Refleja el número de casos de MME por cada caso de MM - Calidad de atención (Meta > 35)	$\frac{N^{\circ} \text{ MME}}{N^{\circ} \text{ MM}}$	22.2	30.8	47.5	23.5	55.4	30.5
Relación Criterio / Caso: Severidad de la salud materna (Meta < 5)	$\frac{N^{\circ} \text{ total de crit. de inclus.}}{N^{\circ} \text{ MME}}$	3.9	4	3.4	3.7	3.6	4.4
Índice de Mort Perinatal en MME: Impacto, letalidad perinatal en MME, calidad de atención y rpt a oportuna.	$\frac{N^{\circ} \text{ muertes perinatales} \times 100}{N^{\circ} \text{ MME}}$			5.5%	6.4%	5.5%	6.2%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

La prevalencia de morbilidad materna extrema fue mayor en el grupo de los trastornos hipertensivos (10.2 x 1000 nv), seguido por los casos de hemorragia pre y post parto (2.7 x 1000 nv).

El Índice de Mortalidad fue mayor en las complicaciones por aborto (7.1%), los casos de sepsis de origen obstétrico y no obstétrico (6.3%) y en las patologías intercurrentes del embarazo (3.7%).

La relación MME / MM fue menor en las complicaciones por aborto (13 casos de MME por cada caso de MM por esta causa), en los casos de sepsis de origen obstétrico y no obstétrico (15 casos de MME por cada caso de MM por esta causa) y en las patologías intercurrentes del embarazo (26 casos de MME por cada caso de MM por esta causa),

El 86% del total de casos (288 casos) tuvo 3 o más criterios de inclusión. El promedio de criterios de inclusión, según muestra el indicador relación criterio / caso, fue mayor en las complicaciones por aborto (5.5 criterios de inclusión en promedio), en las hemorragias pre y post parto (5.4 criterios en promedio) y en los trastornos hipertensivos (4.4 criterios de inclusión en promedio).

En la tabla siguiente se observa los indicadores de resultado por patología agrupada.

Tabla N° 80
INMP: INDICADORES DE RESULTADO SEGÚN CAUSA AGRUPADA EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. 2017

CAUSA AGRUPADA	N° CASOS MME	N° CASOS MM	N° CRITERIOS DE INCLUSIÓN	RAZÓN DE MME	ÍNDICE DE MORTALIDAD	RELACION MME/MM	RELACION CRITERIO / CASO
Trastorno Hipertensivo	198	5	881	10.2	2.5	39.6	4.4
Sepsis de Origen Obstétrico y No Obstétrico	45	3	166	2.3	6.3	15	3.7
Hemorragias pre y post parto	53	1	284	2.7	1.9	53	5.4
Otras patologías intercurrentes	26	1	75	1.3	3.7	26	2.9
Embarazo terminado en Aborto	13	1	71	0.7	7.1	13	5.5
TOTAL	335	11	1477	17.2	3.2	30.5	4.4

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

IV.3 Mortalidad Materna

La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo 830 mujeres mueren cada día por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio, muertes que en su mayoría son evitables.

En el país, hemos logrado una reducción en el número de muertes maternas hasta el 2016, aunque vemos un ligero incremento para el año 2017 (377 casos), como lo reporta el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Infecciones del MINSA.

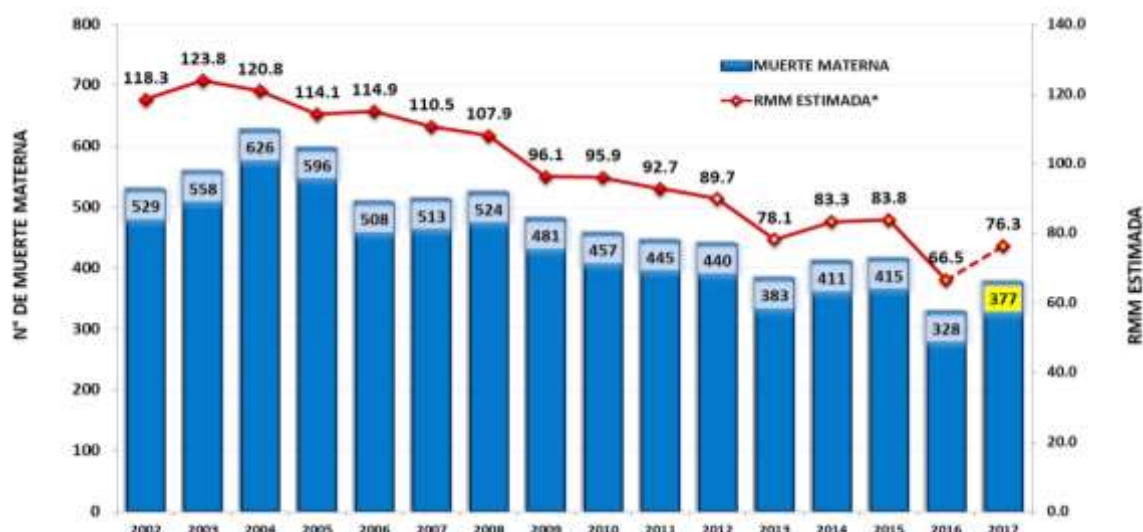
Las regiones que reportaron el mayor número de muertes maternas fueron Loreto (40 casos), Lima Metropolitana (36 casos), Piura (35 casos), Cajamarca (33 casos), Cusco (26 casos) y Puno (26 casos), todos ellos concentran el 53.6% del total de casos. Las regiones que presentaron un incremento importante de casos respecto al 2016 fueron: Loreto, Puno, Cajamarca, Huancavelica, San Martín y Cusco. Las regiones que disminuyeron el número de casos respecto al 2016 fueron: Lima, Arequipa, Amazonas, Tacna, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Moquegua y Apurímac.

La Razón de Mortalidad Materna estimada para el 2017 es 76.3 x 100,000 nacidos vivos. En el gráfico siguiente, se observa la tendencia en la frecuencia de casos y la Razón de Muertes Maternas estimada por años.



Gráfica N° 24

FRECUENCIA Y ESTIMACION DE LA RAZON DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERU. 2002 - 2017



*RMM incluye subregistro proyectado del "Estudio de la mortalidad Materna en el Perú 2002-2011" del sistema de vigilancia epidemiológica.

*Se han considerado solo los casos de muerte materna directa e indirecta dentro de los 42 días post parto.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Este último año el 64.8% del total de muertes ocurren debido a causas obstétricas directas y 29.5% causas indirectas. El 5.7% se relacionan a causas incidentales. La primera causa de muerte materna directa en el país son las hemorragias obstétricas, seguido de los trastornos hipertensivos y las complicaciones por aborto; este último con tendencia a subir en estos 3 últimos años. Lo mismo observamos con los trastornos hipertensivos que cada vez se va acercando en porcentajes a las hemorragias obstétricas.

Tabla N° 81

CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN EL PERU. 2015 - 2017

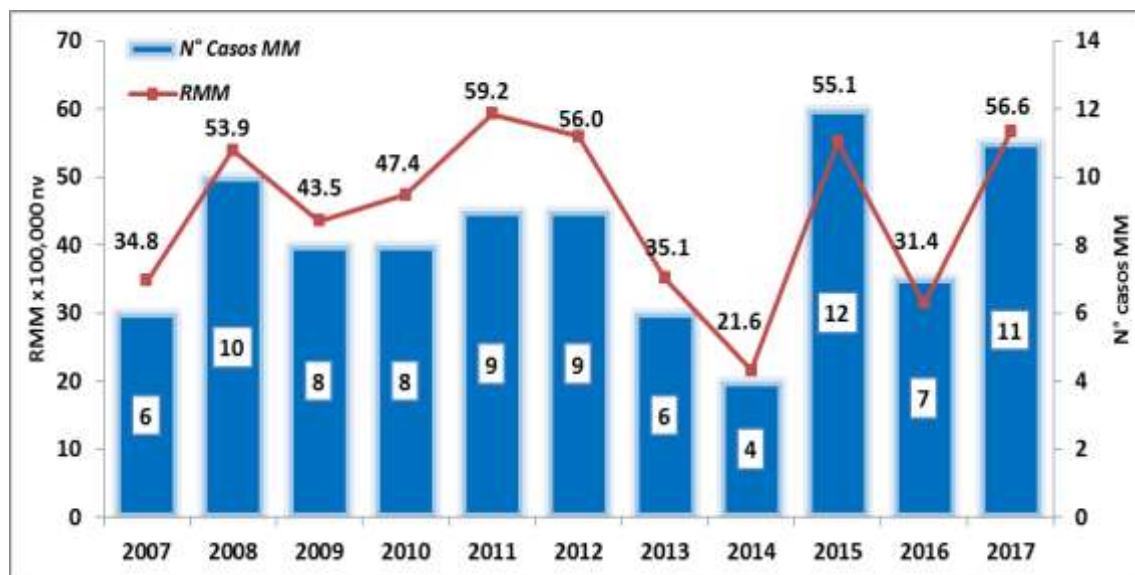
CAUSAS DE MORTALIDAD	2015	2016	2017
Causas Obstétricas Directas	63.4%	58.4%	64.8%
Hemorragia Obstétrica	24.7%	24.7%	23.8%
Trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio	19.6%	20.5%	20.7%
Aborto y sus complicaciones	5.6%	6.0%	8.0%
Infección obstétrica /Sepsis	7.7%	3.6%	5.7%
Otras directas (Mal definidas, poco específicas, s/d)	3.5%	2.7%	3.1%
Otras causas obstétricas directas	1.9%	0.3%	2.6%
Parto obstruido	0.5%	0.6%	0.8%
Causas Indirectas	31.5%	34.3%	29.5%
Causas Incidentales	5.1%	7.2%	5.7%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%

Datos válidos disponibles de investigación epidemiológica al 28/03/2018. N=386, 94.8% casos investigados. Se consideraron las causas notificadas como muerte materna directa, indirecta e incidental.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

En el 2017, hemos tenido 11 casos de muertes maternas, con una Razón de Mortalidad de 56.6 por 100,000 nacidos vivos. Cabe mencionar que las cifras de razón de mortalidad materna a través de los años en nuestra institución han estado siempre por debajo de las cifras nacionales. En el Gráfico N° 9 y 10, observamos el número y razón de muertes maternas desde 2007 al 2017.

Gráfica N° 25
INMP: FRECUENCIA DE CASOS Y RAZON DE MORTALIDAD MATERNA. 2007 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Las regiones de donde proceden las pacientes fallecidas y que reportaron el mayor número de muertes maternas en los últimos 10 años fueron Junín (6), Ica (6), Ancash (5), Huancavelica (4), Loreto (4), Huánuco (4), entre otros. En Lima provincias tenemos un acumulado de 7.8% de casos (7 casos). En los distritos de Lima observamos que el mayor número de casos acudieron del Distrito de San Juan de Lurigancho (12), y de Lima Cercado (10).

Teniendo en cuenta que el INMP es un Instituto de referencia para casos complicados, todas las pacientes deben ser referidas de otros establecimientos de menor nivel, sin embargo, en los últimos 10 años, solo 56 casos (62%) de los 90 ocurridos fueron referidos, los demás casos llegaron sin referencia. El hospital que más refiere al INMP es el Hospital de San Juan de Lurigancho.



Tabla N° 82
INMP: LUGAR DE PROCEDENCIA. MORTALIDAD MATERNA. 2007 - 2017

AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
PROVINCIA												
Junin	1			1		1	2			1		6
Ica		1	1		1	1					2	6
Ancash			2	1	1				1			5
Huancavelica			1		2			1				4
Huanuco			2						1		1	4
Loreto			1						2		1	4
Cusco						1			1			2
Cerro de Pasco										1	1	2
Ucayali				1						1		2
La Libertad										1		1
Puno				1								1
San Martin									1			1
LIMA /PROVINCIA												
Barranca				1								1
Cajatambo										1		1
Chaclacayo										1		1
Chancay											1	1
Huaral					1							1
Manchay									1			1
Supe							1					1
DISTRITOS												
San Juan de Lurigancho		5				2	2			1	2	12
Lima Cercado	4		1		2	1			2			10
Ate	1				1						1	3
Independencia						3						3
Villa Maria del Triunfo				1				1	1			3
Carabayllo				1			1					2
Chorrillos								1				1
El Agustino				1								1
La Victoria											1	1
Los Olivos		1										1
Ancon		1										1
Surco		1										1
Magdalena									1			1
Puente Piedra									1			1
San Juan de Miraflores		1										1
San Martin de Porres								1				1
Santa Anita											1	1
Villa el Salvador					1							1
TOTAL	6	10	8	8	9	9	6	4	12	7	11	90

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

En el 2017 ocurrieron 11 muertes maternas en el INMP, cuyas causas se describen en los boletines mensuales publicados en la página web institucional y en la siguiente tabla.

Tabla N° 83
INMP: CAUSAS DE MUERTE MATERNA. 2017

DIAGNOSTICO		
CAUSA BASICA PROBABLE	CAUSA INTERMEDIA PROBABLE	CAUSA FINAL PROBABLE
Desprendimiento Prematuro de Placenta	Hemorragia post parto	Shock séptico refractario
Aborto Incompleto	Hemorragia post aborto	Shock séptico refractario
Síndrome Hellp- Preeclampsia Severa	Sepsis	Tromboembolia pulmonar
Preeclampsia Severa	Shock hipovolémico	Shock séptico
Preeclampsia Severa	Insuficiencia Respiratoria Aguda	Shock séptico refractario
Eclampsia	Hemorragia post parto	Hemorragia Intracerebral
Pielonefritis	Síndrome de distress respiratorio	Shock séptico
Cáncer de Mama	Carcinomatosis Metastática	Shock cardiogénico
Eclampsia	Síndrome Hellp	Síndrome disfunción multiorgánica
Puérpera de parto vaginal	Sepsis	Shock séptico
Endometritis puerperal	Sepsis	Shock séptico

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Las muertes maternas de causa directa en los 10 últimos años fueron 64 (71.1%), y las causas indirectas fueron 26 (28.9%). La causa más frecuente dentro de las causas directas son los trastornos hipertensivos y sus complicaciones (62.5% de las causas directas; preeclampsia severa, síndrome Hellp, eclampsia, rotura hepática, etc.); y la causa más frecuente dentro de las causas indirectas son las infecciones no obstétricas (50% de las causas indirectas, debido a infecciones tipo neumonías complicadas bacterianas y virales, tuberculosis, infección por VIH, infección por Malaria, infección del tracto urinario complicados, etc.).

Tabla N° 84
INMP: CAUSAS DE MUERTE MATERNA POR GRUPOS DE PATOLOGIA. 2007 - 2017

CAUSAS DE MORTALIDAD	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	%
Causas Obstetricas Directas	4	7	5	7	7	6	5	1	9	4	9	63	70.0
Trastornos Hipertensivos	3	3	5	6	4	3	3	1	6	1	5	39	43.3
Hemorragia Obstetrica		3			1	1			1	1	1	8	8.8
Aborto y sus complicaciones	1	1		1	1		1		1	1	1	8	8.8
Infeccion Obstetrica/ Sepsis					1	2	1		1	1	2	8	8.8
Causas Obstetricas Indirectas	2	3	3	1	2	3	1	3	3	3	2	27	30.0
Infección No Obstétrica	1	2	1	1	1	1			3	2	1	13	14.5
Cáncer de diferentes órganos	1		1		1	1		1		1	1	7	7.8
Enfermedad Cardíaca		1					1					2	2.3
Enfermedad Autoinmune			1					1				3	3.4
Enfermedad Neurológica						1		1				2	2.3
TOTAL	6	10	8	8	9	9	6	4	12	7	11	90	100

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

IV.4 Mortalidad Neonatal

El resultado de esta información permite la evaluación de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud neonatal y reducir la mortalidad neonatal. La tasa de mortalidad neonatal es un indicador sensible para valorar la calidad de la atención en salud del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio y es un indicador de impacto de los programas e

intervenciones en esta área (Fuente: OMS). Según la Norma Técnica Sanitaria N° 078-MINSA/DGE-V.01: Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal; la definición de caso para **Muerte Neonatal** es “La defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida”; y para **Muerte Fetal** es como “La defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual mayor a 500 gramos”.

En el INMP, luego de una evaluación conjunta con la Dirección Ejecutiva de Neonatología y la Oficina de Estadística, coincidimos en que el número de casos de muertes neonatales para el 2017 es 245 casos y de óbitos fetales es 186 casos, lo que nos da tasas de muerte perinatal como lo observamos en la siguiente tabla:

Tabla N° 85
INMP: TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL. 2016 - 2017

Muerte Perinatal		
Tasas	2016	2017
Total de muertes neonatales	246	245
Muertes neonatales < 7 días	194	178
Total de óbitos fetales	232	186
Total de nacidos vivos	22,060	19,436
Tasa de mortalidad neonatal	11.15 x 1000 nv	12.60 x 1000 nv
Tasa de mortalidad neonatal precoz	8.79 x 1000 nv	9.15 x 1000 nv
Tasa de mortalidad neonatal tardía	2.36 x 1000 nv	3.45 x 1000 nv
Tasa de mortalidad perinatal	19.11 x 1000 nv	18.55 x 1000 nv

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología – Dirección Ejecutiva de Neonatología

Se realizó la evaluación de las causas de muerte neonatal y se agruparon en 5 causas básicas. Se observó que la principal causa de muerte neonatal para los años 2016 y 2017 fueron las malformaciones congénitas 48% y 53% del total de casos respectivamente. Existen otras causas como las infecciosas, la asfixia neonatal, la prematuridad extrema y por último el síndrome de distrés respiratorio cuyas frecuencias se describen en la siguiente tabla

Tabla N° 86
INMP: CAUSA BASICA DE MUERTE NEONATAL. 2016 - 2017

Causa Básica	2016		2017	
	N°	%	N°	%
Malformaciones congénitas	117	47.6	129	52.7
Infecciones perinatales	57	23.2	73	29.8
Asfixia neonatal	31	12.5	10	4.1
Prematuridad	25	10.2	18	7.3
Sind. Distrés Respiratorio	16	6.5	15	6.1
Total	246	100	245	100

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología – Dirección Ejecutiva de Neonatología

Cuando comparamos el número de muertes neonatales por peso al nacer observamos que el mayor número de casos ocurren en menores de 1500 gr y la principal causa de muerte en este

grupo son las complicaciones infecciosas, la asfixia neonatal, la prematuridad y el síndrome de distrés respiratorio.

En el grupo de 1500 a 2500 gr, la causa más frecuente de muerte neonatal son las malformaciones congénitas. De la misma manera en el grupo de > 2500 gr, la causa más frecuente de muerte también son las malformaciones congénitas.

Tabla N° 87
INMP: CAUSA BASICA DE MUERTE NEONATAL SEGÚN PESO AL NACER. 2016 – 2017

Causa Básica	2016								2017							
	<1500 gr		1500 - 2500 gr		>2500 gr		Total		<1500 gr		1500 - 2500 gr		>2500 gr		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Malformaciones congénitas	31	26.5	33	28.2	53	45.3	117	100	37	28.6	46	35.7	46	35.7	129	100
Infecciones perinatales	43	75.4	7	12.3	7	12.3	57	100	48	65.8	17	23.3	8	10.9	73	100
Asfixia neonatal	19	61.2	6	19.4	6	19.4	31	100	5	50.0	1	10.0	4	40.0	10	100
Prematuridad	25	100	0	0	0	0	25	100	18	100	0	0	0	0	18	100
Sind. Distrés Respiratorio	11	68.7	4	25.0	1	6.3	16	100	12	80.0	1	6.7	2	13.3	15	100

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

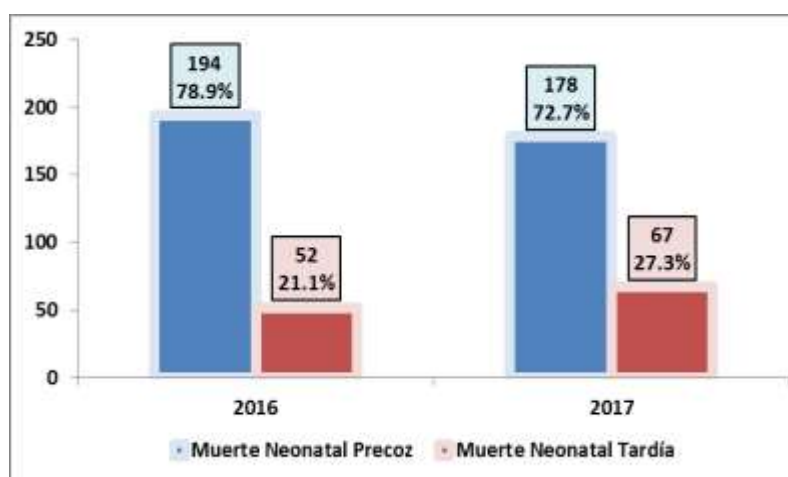
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología – Dirección Ejecutiva de Neonatología

IV.4.1 Mortalidad Neonatal Precoz y Tardía

La muerte neonatal precoz es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre entre el nacimiento y los primeros 7 días de vida y la muerte neonatal tardía es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre desde el octavo día de vida hasta los 28 días de nacido.

En la gráfica siguiente se puede observar que la frecuencia de mortalidad neonatal precoz es mayor que la tardía; también se observa diferencia en sus tasas (9.15 x 1000 nv para la precoz vs 3.45 x 1000 nv para la tardía en el 2017).

Gráfico N 26
INMP: MUERTE NEONATAL PRECOZ Y TARDIA. 2016 – 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología – Dirección Ejecutiva de Neonatología

Durante el 2017 hemos observado que la principal causa de muerte neonatal precoz son las malformaciones congénitas en más del 50% de los casos, seguido de las infecciones

neonatales, los casos de prematuridad, los casos de síndrome de distress respiratorio y finalmente la asfixia neonatal. Al valorar las causas de muerte en neonatos nacidos antes y después de las 24 h, observamos que las malformaciones congénitas, la prematuridad extrema y la asfixia neonatal son las principales muertes antes de las 24h; y las infecciones perinatales así como el distress respiratorio son las causas principales después de las 24 h de nacido.

Tabla N° 88
INMP: CAUSAS DE MUERTE NEONATAL PRECOZ. 2016 – 2017

Causa Básica	2016		2017	
	N°	%	N°	%
Malformaciones congénitas	97	50.0	101	56.7
Infecciones Neonatales	36	18.6	37	20.8
Prematuridad	25	12.9	17	9.55
Sind. Distrés Respiratorio	13	6.7	13	7.3
Asfixia neonatal	23	11.9	10	5.62
Total	194	100.0	178	100.0

Causa Básica	Muerte Neonatal < 24 h		Muerte Neonatal desde 24 h hasta 7 días		Muerte Neonatal < 24 h		Muerte Neonatal desde 24 h hasta 7 días	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Malformaciones congénitas	68	70.1	29	29.9	63	62.4	38	37.6
Infecciones Neonatales	8	22.2	28	77.8	9	24.3	28	75.7
Prematuridad	20	80.0	5	20.0	16	94.1	1	5.9
Sind. Distrés Respiratorio	5	38.5	8	61.5	4	30.8	9	69.2
Asfixia neonatal	13	56.5	10	43.5	9	90.0	1	10.0
Total	114	58.8	80	41.2	101	56.7	77	43.3

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología – Dirección Ejecutiva de Neonatología

IV.4.2 Muerte Fetal

Según la definición de caso mencionada anteriormente, muerte fetal u óbito fetal es aquel producto de la concepción de 22 semanas o más de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos fallecido antes de su expulsión.

Los casos de óbitos fetales corresponden al 43% de las muertes perinatales para el 2017 en el INMP, con un total de 186 casos.

Los principales factores asociados a la muerte fetal se observan en la tabla N° 8. La mayor frecuencia está relacionada a fetos con malformaciones congénitas, fetos afectados por trastornos hipertensivos del embarazo, las alteraciones de la membrana amniótica (rupturas de membranas, alteraciones del líquido amniótico y sus complicaciones como las Corioamnionitis) y las patologías placentarias (DPP, placenta previa, acretismo placentario, etc.). Pero existe un buen número de casos que no tienen una causa definida (31%, 57 casos) en la que, al realizar la evaluación de los mismos, observamos que son pacientes sin control en la institución, o sin una evaluación prenatal adecuada y/o llegan directamente a atención por emergencia.

Tabla N° 89
INMP: FACTORES ASOCIADOS A MUERTE FETAL. 2017

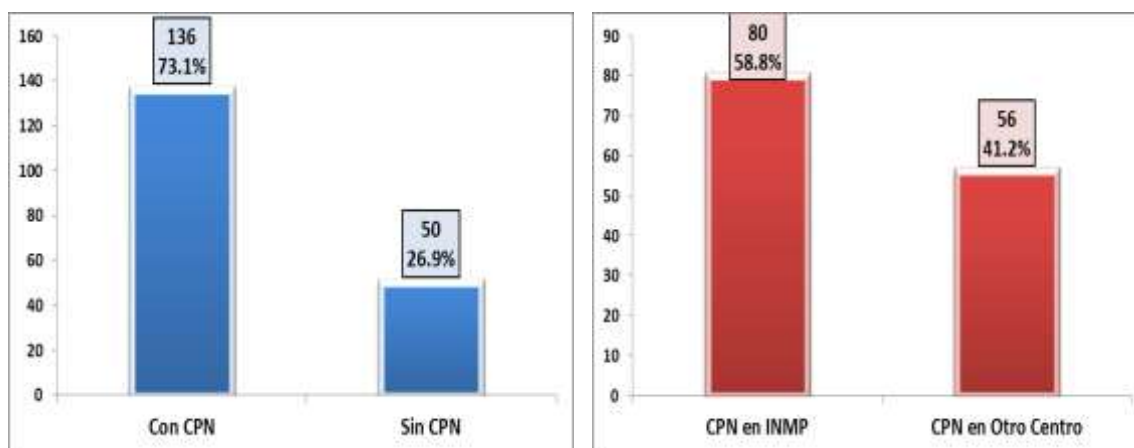
FACTORES ASOCIADOS A MUERTE FETAL	N°	%
Asociado a malformaciones congénitas	59	31.7
Muerte fetal de causa no especificada	57	30.6
Asociado a preeclampsia severa	18	9.8
Asociado a patología de las membranas amnióticas (RPM, Oligohidramnios, Corioamnionitis)	13	6.9
Asociado a patología placentaria (DPP, PP, Acretismo, Insuf. Placentaria)	12	6.5
Asociado a síndrome de transfusión feto - fetal	6	3.2
Asociado a sepsis de foco urinario	5	2.8
Asociado a diabetes gestacional	4	2.2
Asociado a retardo del crecimiento intrauterino	3	1.6
Asociado a polihidramnios	3	1.6
Asociado a sífilis materna	2	1.1
Asociado a incompetencia cervical	1	0.5
Asociado a enfermedad viral congénita (Parvovirus)	1	0.5
Asociado a rotura uterina	1	0.5
Asociado a incompatibilidad Rh	1	0.5

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología – Dirección Ejecutiva de Neonatología

Al realizar la evaluación de las muertes fetales, se observó que del total de casos, el 73% (136) realizó Controles Prenatales y el 27% (50) de casos no recibió atención prenatal o la misma no pudo ser constatado. Del total de pacientes controladas, el 59% fue controlado en el INMP y el 41% fueron atendidas en otros centros hospitalarios

Gráfico N° 27
INMP: CONTROL PRENATAL EN GESTANTES CON MUERTE FETAL. 2017

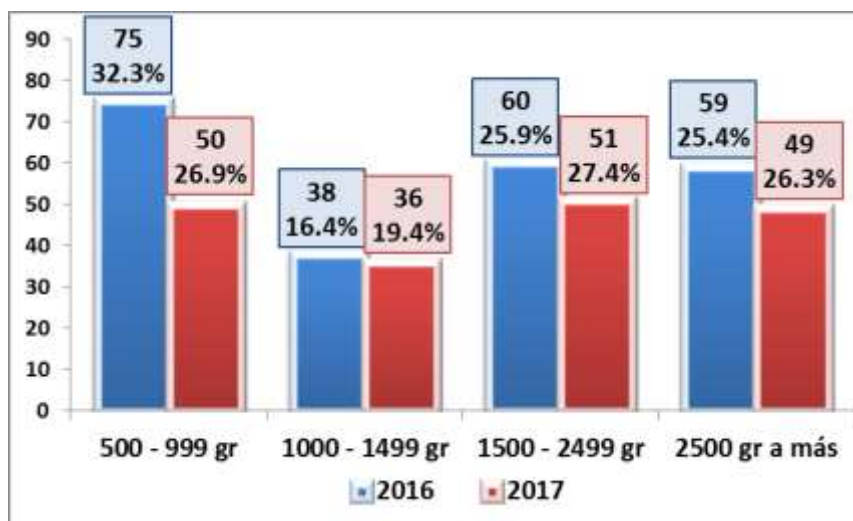


Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología – Dirección Ejecutiva de Neonatología

El porcentaje de casos de muertes fetales según peso al nacer lo podemos observar en el siguiente gráfico comparativo del 2016 y 2017.

Gráfico N° 28
INMP: MUERTE FETAL SEGÚN PESO AL NACER. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología – Dirección Ejecutiva de Neonatología

IV.5 Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

Se reporta que aproximadamente fallecen 98,000 pacientes cada año debido a errores médicos ocurrido en hospitales. Dentro de los sistemas de notificación de los errores o efectos adversos se encuentran las infecciones intrahospitalarias, destacando tanto por su número como por su impacto, como lo muestra el programa de vigilancia de la CDC Atlanta.

Benedetta y col, realizaron una revisión sistemática sobre la carga de enfermedad de las IAAS a nivel mundial y reportaron una prevalencia promedio de 7.1% en Europa y de 4.5% en USA, comparado con los países en desarrollo que en promedio llegan a 15.5%; demostrando que este problema endémico es una carga importante y un problema de seguridad para los pacientes en los países en desarrollo.

Estas diferencias son mayores si se observan las tasas de infecciones adquiridas en la UCI (densidad agrupada de 47.9 x 1000 días de exposición, comparado con 13.6 x 1000 días de exposición en USA, por ejemplo). Aunque los dispositivos usados en cuidados intensivos representan siempre un riesgo de infección, este riesgo va más allá de un nivel aceptable en los países en desarrollo. Los investigadores ensayan algunas determinantes importantes para esta gran carga de infección y propone que tiene que ver con: Condiciones higiénicas ambientales inadecuadas, falta de personal, sobrepoblación, falta de conocimiento de medidas básicas de control de infecciones, uso prolongado e inapropiado de dispositivos invasivos y antibióticos y escasez de políticas locales y nacionales; determinantes que claramente observamos en nuestro ambiente de trabajo. Menciona además que la higiene de las manos es muy a menudo descuidada por los trabajadores de la salud en entornos con recursos limitados,

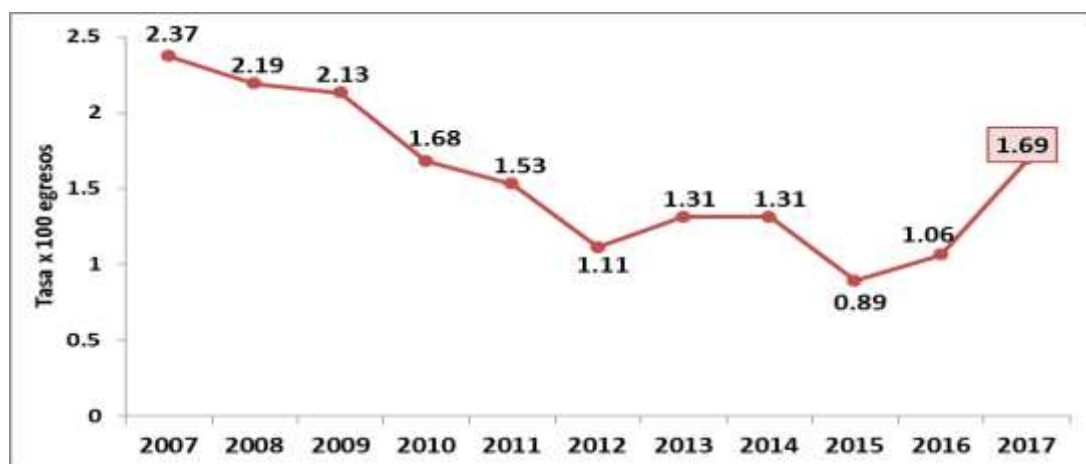


como lo demuestra repetidamente el cumplimiento de menos del 20% de adherencia a esta actividad.

En el INMP, las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud sigue siendo un problema que necesita ser abordado por la institución como un problema prioritario y estamos trabajando para ello en conjunto con el Comité de Prevención y Control de IAAS, la Oficina de Gestión de la Calidad, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, además del Equipo de Gestión y Directores del Línea del Instituto.

La prevalencia de IAAS por egresos hospitalarios desde los años 2007 al 2017 se muestra en el gráfico siguiente.

Gráfico N° 29
INMP: PREVALENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

La tabla N° 90, muestra la frecuencia de infecciones asociadas a atención de salud por servicio y la prevalencia por cada 100 egresos.

Tabla N° 90
INMP: PREVALENCIA DE IAAS POR SERVICIOS. 2017

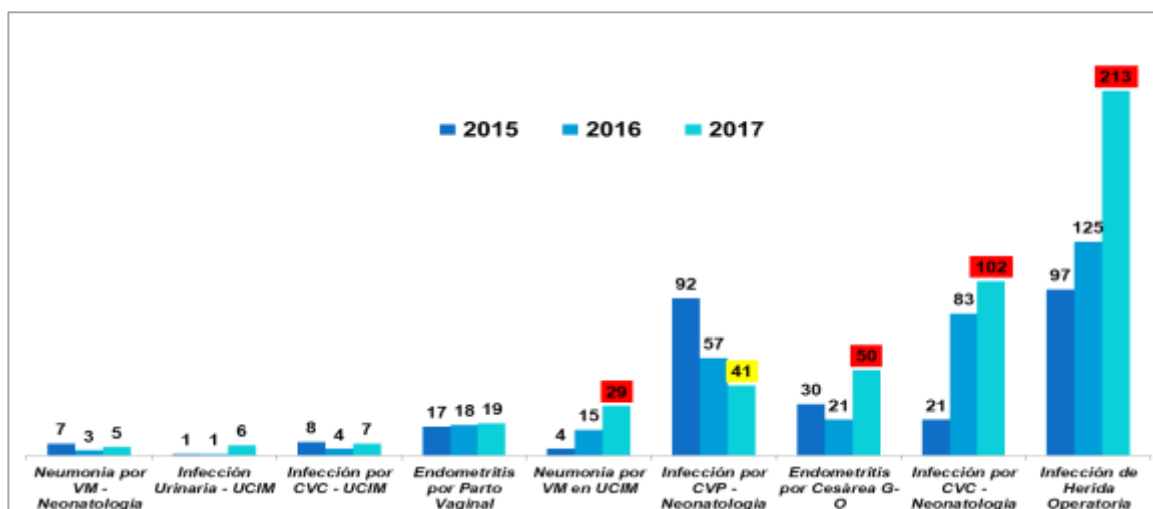
Servicios	Egresos Hospitalarios	N° Infecciones	Prevalencia de Infecciones por 100 egresos
Gineco - Obstetricia	23194	324	1.40
Neonatología	4702	148	3.15
TOTAL	27896	472	1.69

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

La frecuencia de infecciones por tipo de infección lo observamos en la gráfica N° 30, evidenciándose un aumento considerable en la frecuencia de infecciones de herida operatoria en pacientes sometidas a cesárea, en las infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central en neonatología, en las endometritis por cesárea y en las neumonías por ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno. Observamos también la disminución de infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso periférico y los demás tipos de infección se han mantenido en valores casi constante en los últimos 3 años.

Gráfico N° 30
INMP: FRECUENCIA DE IAAS POR TIPO DE INFECCION. 2015 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

IV.5.1 Densidad Incidencia de IAAS en Neonatología:

Cuando evaluamos la Densidad Incidencia de IAAS en el Servicio de Neonatología (Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios), hemos observado que la incidencia más alta obtenida de los tres tipo de infecciones que se evalúan, es la infección del torrente sanguíneo por catéter venoso central (11.78 infecciones por 1000 días de exposición al catéter), comparativamente con las infecciones por catéter venoso periférico (1.63 x 1000 d.d.e.) y las neumonías por ventilación mecánica (0.71 x 1000 d.d.e.). La frecuencia de casos y tasas de incidencia por tipo de exposición durante el 2017, lo observamos en la siguiente tabla:

Tabla N° 91
INMP: TASAS DE INCIDENCIA DE IAAS EN NEONATOLOGIA. 2017

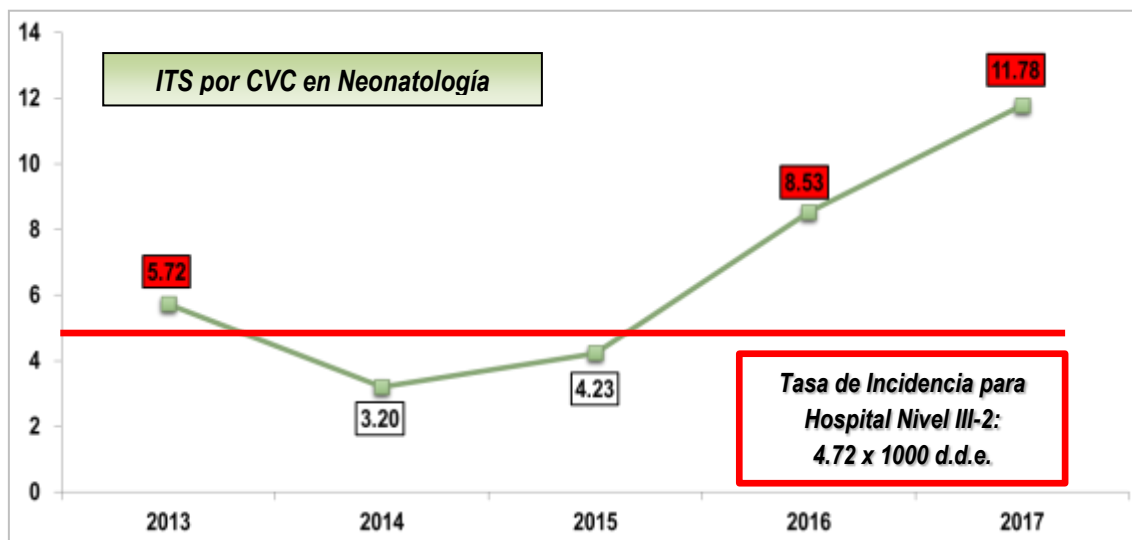
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales												
Meses	Catéter Venoso Central (CVC)				Catéter Venoso Periférico (CVP)				Ventilación Mecánica (VM)			
	N° días de exposición	N° pacientes vigilados	N° ITS asociados a CVC	Tasa de ITS x 1000	N° días de exposición	N° pacientes vigilados	N° ITS asociados a CVP	Tasa de ITS x 1000	N° días de exposición	N° pacientes vigilados	N° Neumonías asociadas a VM	Tasa de ITS x 1000
Enero	717	93	8	11.16	2385	266	2	0.84	678	65	0	0.00
Febrero	648	97	5	7.72	2114	253	2	0.95	531	68	0	0.00
Marzo	772	112	10	12.95	2582	334	4	1.55	682	69	0	0.00
Abril	776	104	10	12.89	2420	310	1	0.41	794	69	2	2.52
Mayo	767	95	13	16.95	2313	386	2	0.86	778	61	1	1.29
Junio	767	81	12	15.65	2159	279	3	1.39	619	53	0	0.00
Julio	815	97	6	7.36	1945	284	3	1.54	469	57	2	4.26
Agosto	792	100	6	7.58	2069	281	5	2.42	503	56	0	0.00
Setiembre	753	92	9	11.95	1935	273	5	2.58	515	47	0	0.00
Octubre	684	82	13	19.01	1919	249	3	1.56	470	50	0	0.00
Noviembre	638	80	5	7.84	1762	236	6	3.41	546	48	0	0.00
Diciembre	527	77	5	9.49	1621	266	5	3.08	469	39	0	0.00
TOTAL	8656	1110	102	11.78	25224	3417	41	1.63	7054	682	5	0.71

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Cuando observamos la tendencia de las tasas de incidencia de las infecciones por catéter venoso central en neonatología, vemos un aumento en las tasas en los últimos 3 años llegando a valores superiores de los estándares establecidos para hospitales de Nivel III-2.

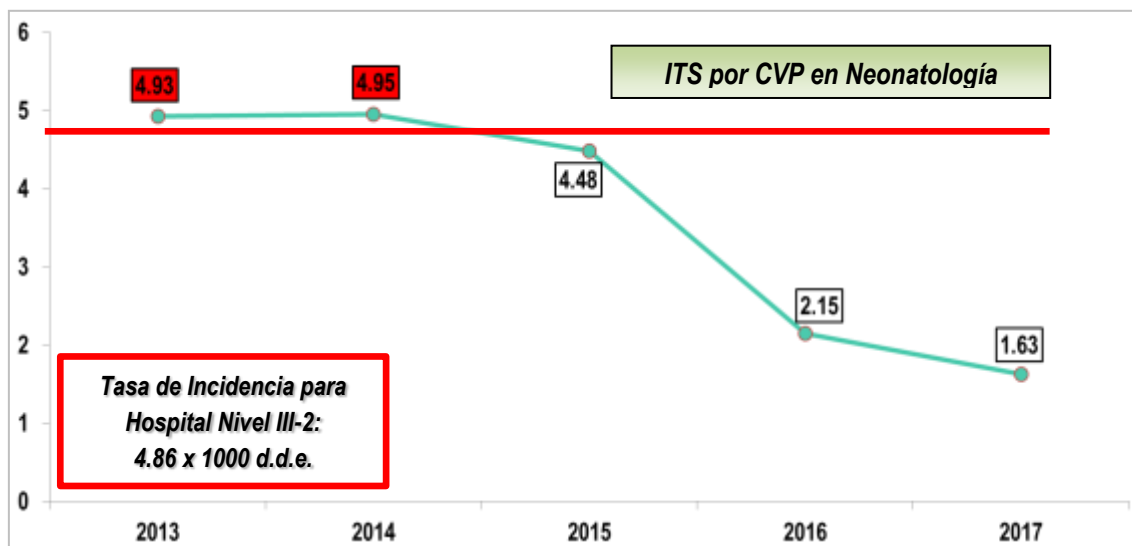
Gráfico N° 31
INMP: TENDENCIA DE TASAS DE INCIDENCIA DE ITS POR CVC EN NEONATOLOGIA. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

La tendencia en las tasas de incidencia de las infecciones por catéter venoso periférico en neonatología, muestra una baja en los últimos 3 años, encontrándose valores inferiores de los estándares establecidos para hospitales de Nivel III-2.

Gráfico N° 32
INMP: TENDENCIA DE TASAS DE INCIDENCIA DE ITS POR CVP EN NEONATOLOGIA. 2017

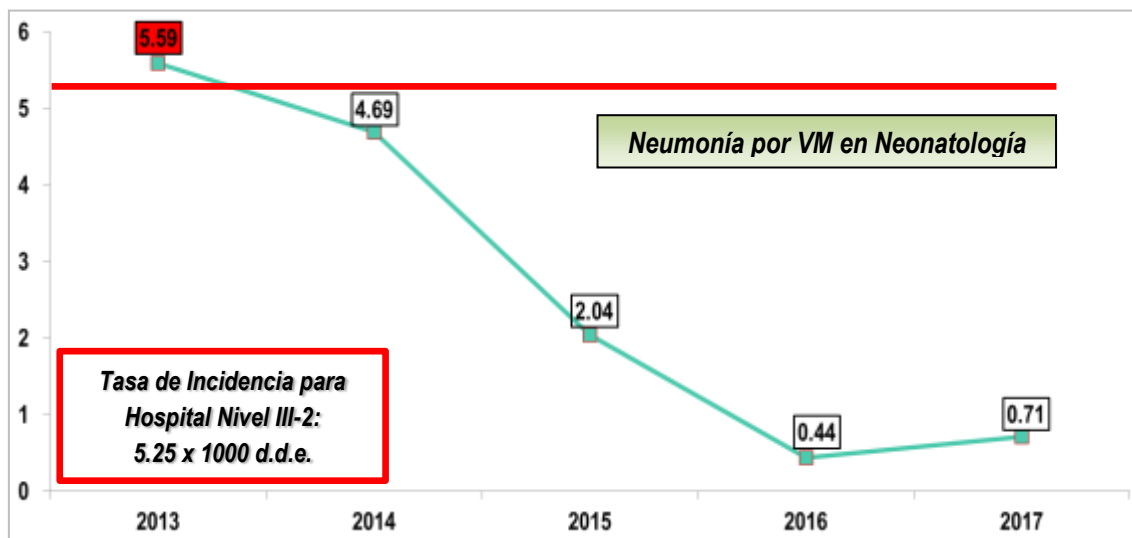


Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Las neumonías por ventilación mecánica en Neonatología también han mostrado una baja en la incidencia a través de los años con valores inferiores a los estándares establecidos para hospitales nivel III-2.

Gráfico N° 33

INMP: TENDENCIA DE TASAS DE INCIDENCIA DE NEUMONIA POR VM EN NEONATOLOGIA. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

IV.5.2 Incidencia Acumulada de IAAS en Gineco-Obstetricia:

La incidencia más alta obtenida es la infección de herida operatoria por cesárea (2.44 casos x 100 cesárea), seguida de los casos de endometritis posterior a una cesárea (0,57 casos x 100 cesáreas) y las endometritis por parto vaginal (0.17 casos x 100 partos vaginales).

Tabla N° 92

INMP: TASAS DE INCIDENCIA DE IAAS EN GINECO-OBSTETRICIA. 2017

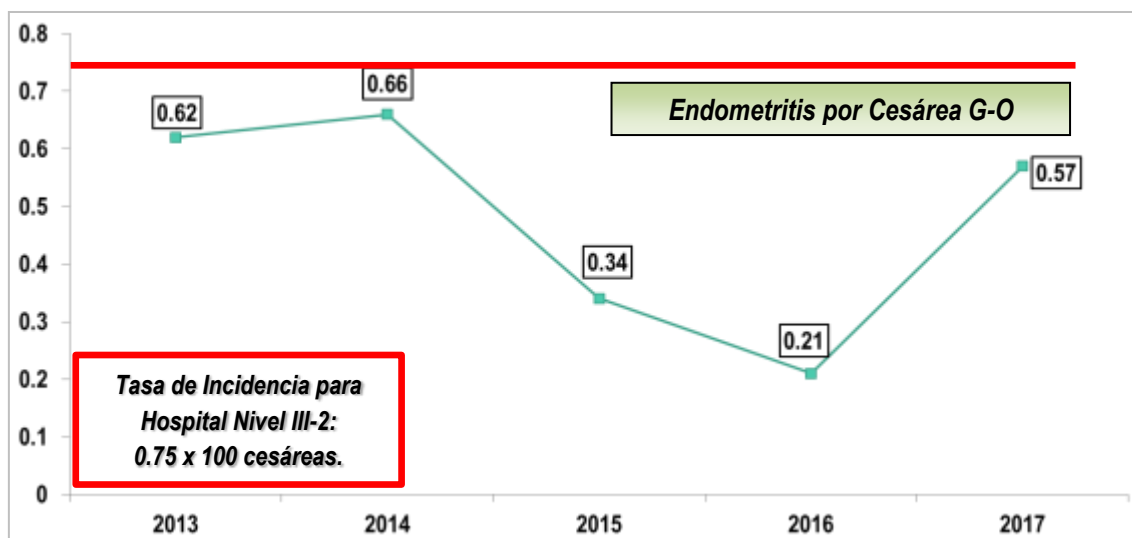
Servicios de Hospitalización de Gineco Obstetricia								
Meses	Parto Vaginal			Parto Cesárea				
	N° de Pacientes vigilados	N° Endometriti s	Tasa x 100	N° de Pacientes vigilados	N° Endometriti s	Tasa	N° de IHO	Tasa x 100
Enero	1025	1	0.10	936	2	0.21	24	2.56
Febrero	1023	4	0.39	863	3	0.35	18	2.09
Marzo	1127	1	0.09	990	6	0.61	19	1.92
Abril	994	2	0.20	731	3	0.41	20	2.74
Mayo	930	3	0.32	728	5	0.69	22	3.02
Junio	913	0	0.00	694	2	0.29	19	2.74
Julio	849	2	0.24	677	6	0.89	25	3.69
Agosto	914	0	0.00	691	10	1.45	22	3.18
Setiembre	788	0	0.00	710	1	0.14	13	1.83
Octubre	845	5	0.59	597	4	0.67	14	2.35
Noviembre	749	1	0.13	538	3	0.56	6	1.12
Diciembre	789	0	0.00	563	5	0.89	11	1.95
TOTAL	10946	19	0.17	8718	50	0.57	213	2.44

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Los casos de endometritis post cesárea se han encontrado en los últimos 5 años por debajo de los estándares establecidos para los hospitales nivel III-2, sin embargo, en este último año se observa un ligero aumento en su incidencia.

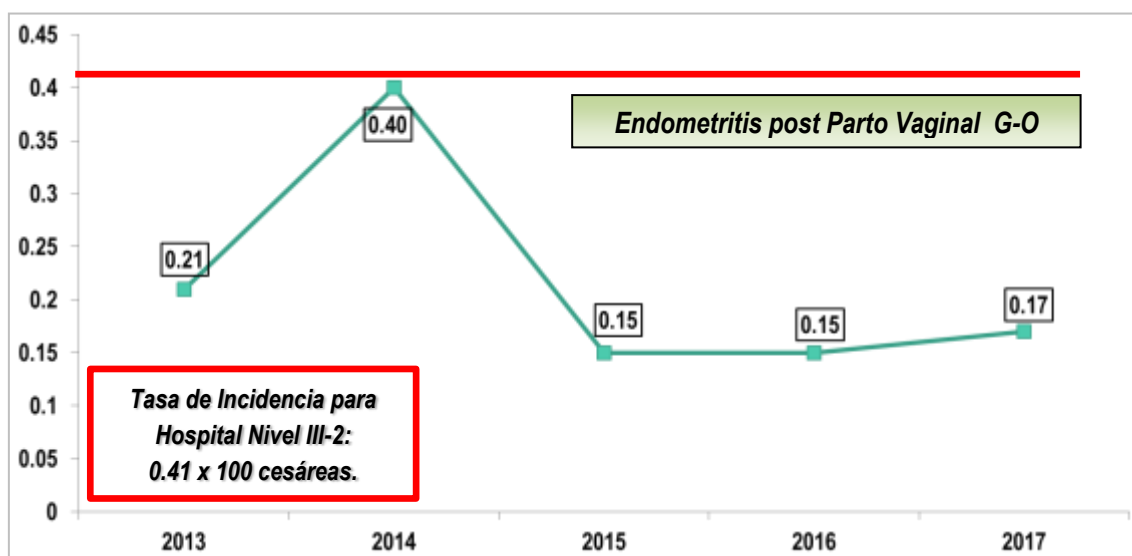
Gráfico N° 34
INMP: TENDENCIA DE TASAS DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS POR CESAREA EN GINECO-OBSTETRICIA. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Igualmente, los casos de endometritis post parto vaginal se han encontrado en los últimos 5 años por debajo de los estándares establecidos para los hospitales nivel III-2 y sus valores de incidencia se han mantenido similares en los 3 últimos años.

Gráfico N° 35
INMP: TENDENCIA DE TASAS DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL EN GINECO-OBSTETRICIA. 2017

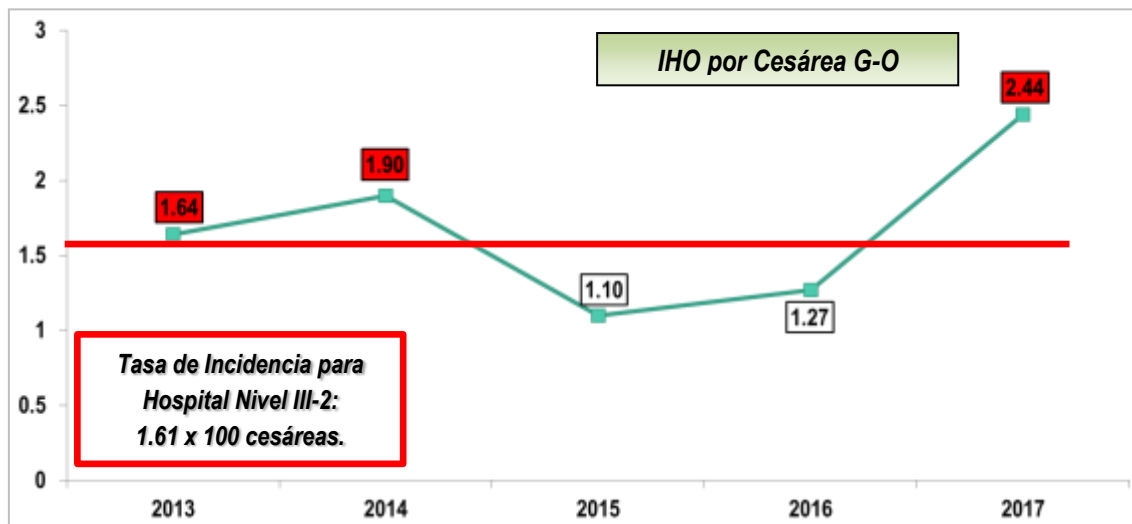


Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

En las infecciones de herida operatoria por cesárea vemos una subida en la tasa este último año 2017, llegando a valores superiores a los estándares establecidos para el nivel III-2.

Gráfico N° 36

INMP: TENDENCIA DE INFECCION DE HERIDA OPERATORIA POR CESAREA EN GINECO-OBSTETRICIA. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

IV.5.3 Densidad Incidencia de IAAS en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno:

En la Unidad de Cuidados Intensivos Materno hemos observado que las neumonías asociadas a ventilación mecánica (36.1 casos por 1000 d.d.e.), seguida de la infección del torrente sanguíneo por catéter venoso central (6.78 por 1000 d.d.e.) y las infecciones urinarias asociadas a catéter urinario (3.48 x 1000 d.d.e.).

Tabla N° 93

INMP: TASAS DE INCIDENCIA DE IAAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNO. 2017

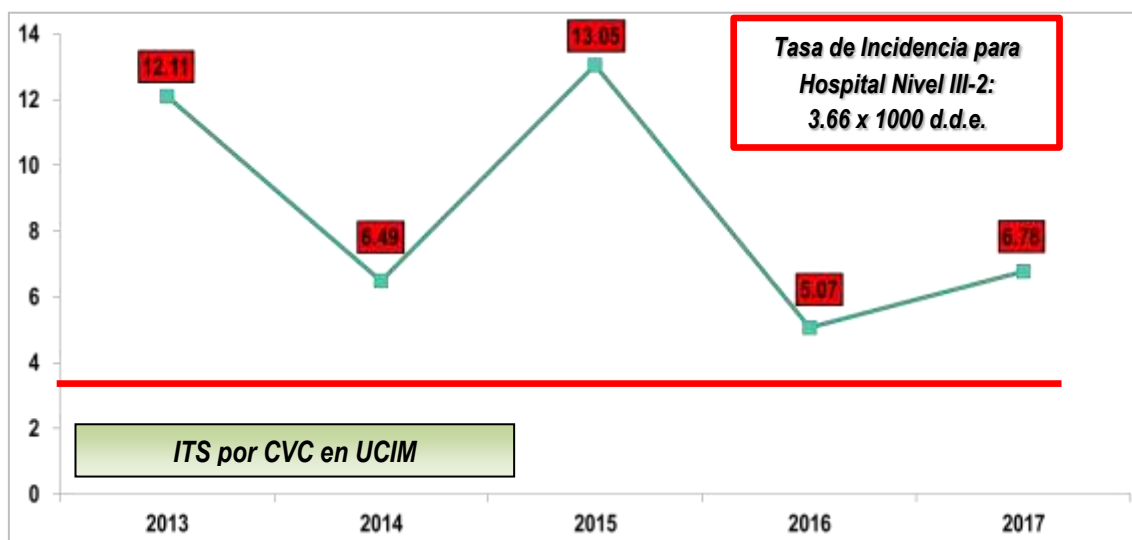
UCI MATERNA												
Meses	Catéter Venoso Central (CVC)				Catéter Urinario Permanente (CUP)				Ventilación Mecánica (VM)			
	N° días de exposición	N° pacientes vigilados	N° ITS asociados a CVC	Tasa de ITS x 1000	N° días de exposición	N° pacientes vigilados	N° ITU asociados a CUP	Tasa de ITS x 1000	N° días de exposición	N° pacientes vigilados	N° Neumonías asociadas a VM	Tasa de ITS x 1000
Enero	112	9	0	0.00	125	25	1	8.00	45	10	0	0.00
Febrero	49	9	3	61.22	118	29	1	8.47	48	9	3	62.50
Marzo	147	11	1	6.80	197	20	0	0.00	105	9	4	38.10
Abril	142	13	0	0.00	213	20	0	0.00	107	11	2	18.69
Mayo	113	15	1	8.85	161	35	3	18.63	64	12	6	93.75
Junio	71	10	1	14.08	142	21	0	0.00	52	7	1	19.23
Julio	43	6	1	23.26	143	35	0	0.00	45	11	2	44.44
Agosto	49	5	0	0.00	152	21	0	0.00	36	3	2	55.56
Setiembre	58	5	0	0.00	134	18	1	7.46	72	5	3	41.67
Octubre	58	7	0	0.00	89	10	0	0.00	66	7	2	30.30
Noviembre	78	6	0	0.00	95	10	0	0.00	68	8	2	29.41
Diciembre	103	5	0	0.00	156	15	0	0.00	95	10	2	21.05
TOTAL	1033	101	7	6.78	1725	259	6	3.48	803	102	29	36.11

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Cuando observamos la tendencia de las tasas de incidencia de las infecciones por catéter venoso central en la UCIM, vemos que esta tendencia es errática con subidas y bajadas a través de los últimos 5 años, además que todas las tasas siempre han estado por encima de los estándares establecidos para hospitales de Nivel III-2.

Gráfica N° 37
INMP: TENDENCIA DE TASAS DE INCIDENCIA DE ITS POR CVC EN UCIM. 2017

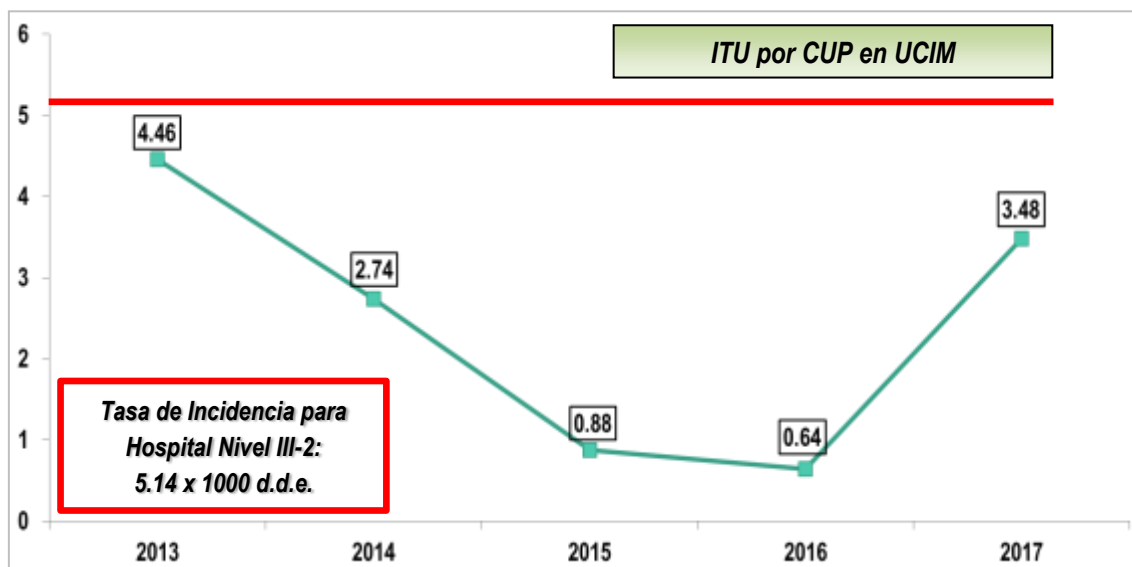


Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Las infecciones urinarias han mantenido una tendencia a bajar en los últimos años, sin embargo, en el 2017 hubo un repunte en la incidencia, sin estar por encima de los estándares para los hospitales nivel III-2.

Gráfico N° 38
INMP: TENDENCIA DE TASAS DE INCIDENCIA DE ITU POR CUP EN UCIM. 2017



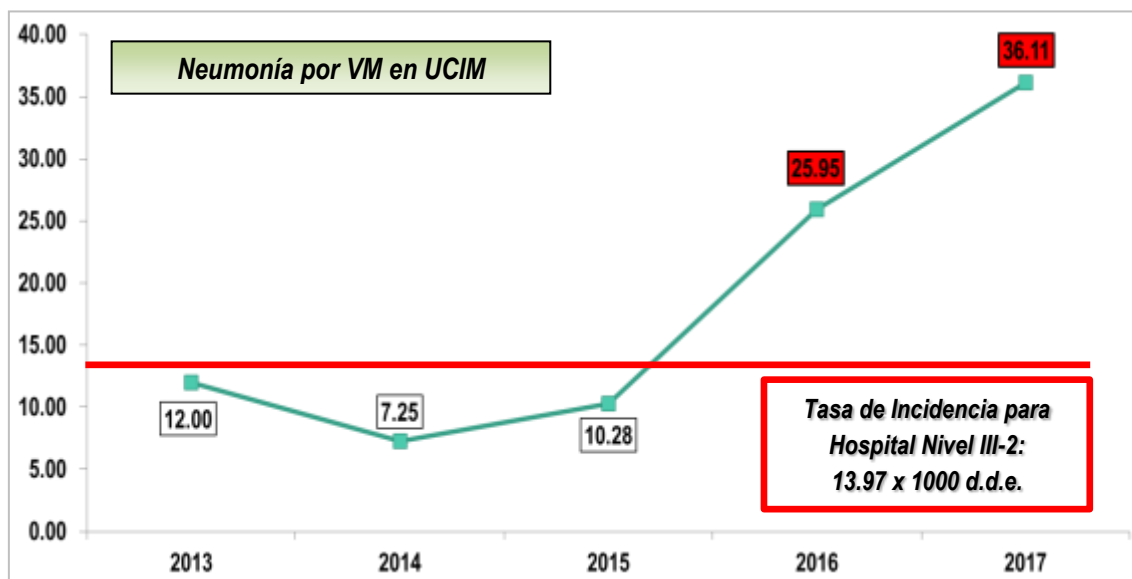
Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Las neumonías por ventilación mecánica es un problema que se ha agudizado en los dos últimos años, con un aumento en la incidencia casi 3 veces mayor a los estándares permitidos para hospitales nivel III-2.

Gráfico N° 39

INMP: TENDENCIA DE TASAS DE INCIDENCIA DE NEUMONIA POR VM EN UCIM. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

En resumen, la incidencia de IAAS que están por encima de los estándares permitidos a nivel nacional y para hospitales nivel III-2 en el INMP son las infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central en Neonatología, las infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno, las neumonías por ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno y las infecciones de herida operatoria por cesárea en servicios de Gineco-Obstetricia.

Tabla N° 94

INMP: INCIDENCIA DE IAAS SEGÚN TIPO DE INFECCION COMPARADO CON ESTANDARES NACIONALES Y PARA HOSPITALES NIVEL III-2. 2017

Servicio de Hospitalización	Tipo de infección	Factor de Riesgo	Tasas a Nivel Nacional	Tasas en Hospital III-2	Tasas en el INMP
Neonatología	Infección del Torrente Sanguíneo	Catéter Venoso Central	4.90	4.72	11.78
	Infección del Torrente Sanguíneo	Catéter Venoso Periférico	1.83	4.86	1.63
	Neumonía	Ventilación Mecánica	5.25	4.70	0.71
UCI Adultos	Infección del Torrente Sanguíneo	Catéter Venoso Central	2.50	3.66	6.78
	Infección del Tracto Urinario	Catéter Urinario	3.38	5.14	3.48
	Neumonía	Ventilación Mecánica	11.46	13.97	36.11
Gineco-Obstetricia	Endometritis	Parto Vaginal	0.23	0.41	0.17
	Endometritis	Parto Cesárea	0.49	0.75	0.57
	Infección de Herida Operatoria	Parto Cesárea	1.20	1.61	2.44

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

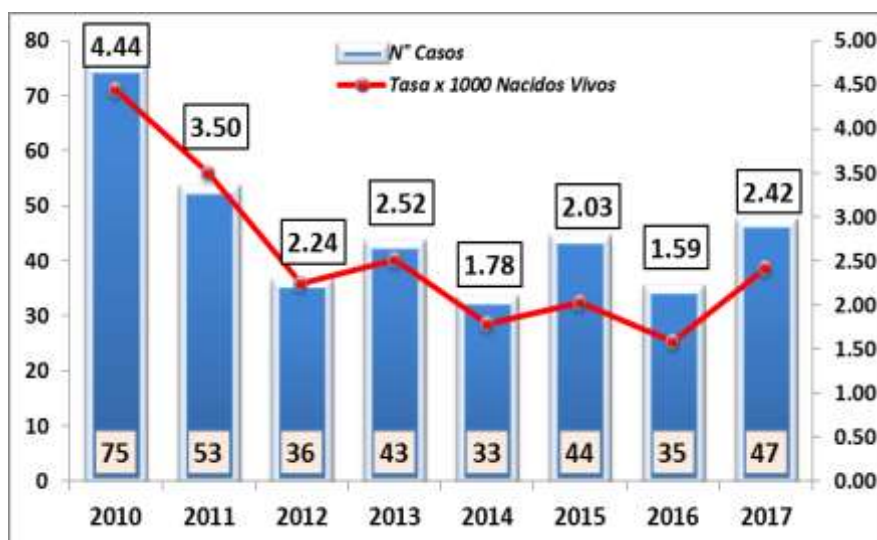
IV.6 Infección por VIH

El 2% de los casos de VIH notificados a nivel nacional corresponden a transmisión madre-niño, durante el embarazo, parto o la lactancia. La transmisión vertical es evitable, está demostrado que la prueba oportuna en la gestante, conocer su estado serológico y brindar un manejo adecuado durante el embarazo previene la transmisión.

En el INMP, actualmente brindamos a las gestantes un manejo Integral, que implica estado serológico, consejería pre y post test, inicio de TARGA con esquema triple en los controles prenatales por médicos capacitados, manejo del parto y control del recién nacido expuesto por neonatólogos capacitados. El número de casos reportados de pacientes con diagnóstico de VIH desde los años 2010 al 2017 son 366 casos (promedio de 46 casos por año). En el 2017 se reportaron 47 casos, con una prevalencia de 0.48% del total de gestantes atendidas. Existe un grupo de pacientes que son diagnosticadas en nuestra institución y que continúan sus controles hasta el parto y puerperio, además de realizar el control del recién nacido expuesto; y existe otro grupo de pacientes que llegan referidas de otros establecimientos de salud, que ya iniciaron tratamiento antirretroviral y son referidas solo para el control del embarazo y atención del parto. El gráfico siguiente muestra el número de casos por año y la prevalencia de casos por cada 1000 nacidos vivos.



Gráfico N° 40
INMP: FRECUENCIA Y PREVALENCIA DE CASOS DE VIH. 2010 - 2017

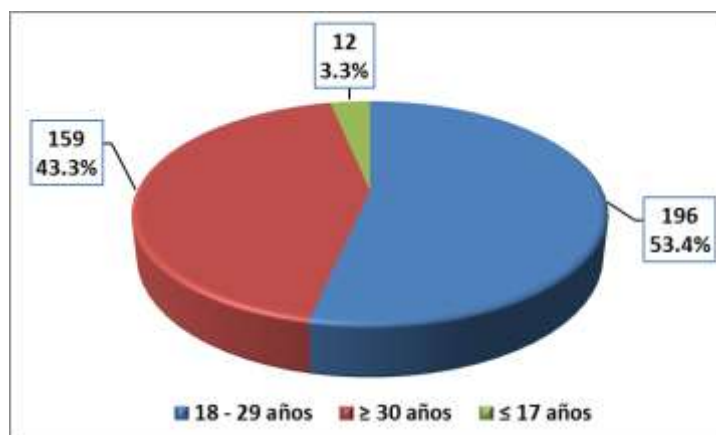


Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Cuando analizamos los casos presentados desde el 2010, según grupo de edad observamos que los casos de mujeres de 18 a 29 años son el 53.4%, los casos de ≥ 30 años son el 43.3% y el grupo de adolescentes ≤ 17 años son el 3.3%. Este año 2017 hemos tenido un caso de gestante adolescente viviendo con VIH.

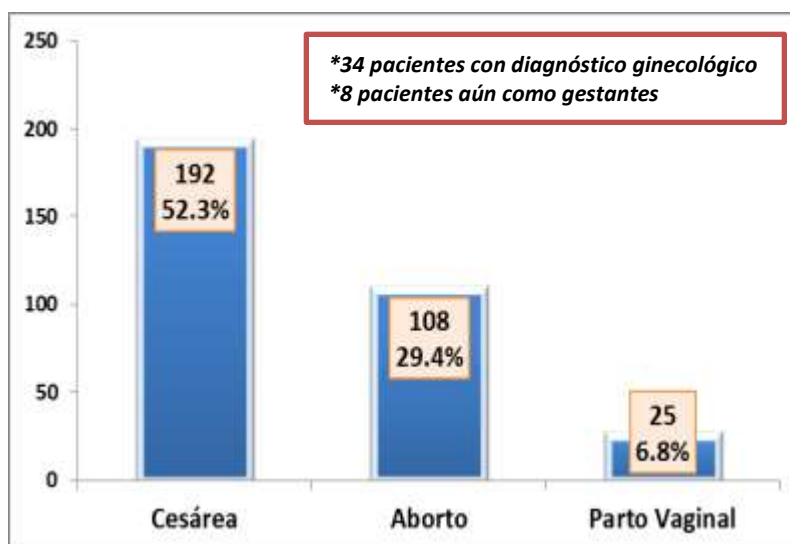
Gráfico N° 41
INMP: FRECUENCIA DE CASOS DE VIH SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 2010 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
 Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Del total de casos de VIH presentados durante los años 2010 al 2017, el 52.3% terminaron el embarazo por cesárea, el 29.4% terminaron en aborto y el 6.8% por parto vaginal. Hubo 34 casos (9.2%) de pacientes no gestantes con patología ginecológica que fueron detectadas durante su atención por consultorios externos y emergencias; además de 8 casos (2.1%) de gestantes que hasta diciembre del 2017 no culminaban el embarazo y continuaban aún como gestantes.

Gráfico N° 42
INMP: TERMINO DEL EMBARAZO EN CASOS DE VIH. 2010 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
 Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Cuando evaluamos la procedencia de las pacientes atendidas en la institución, observamos que la mayoría de casos proviene de los Distritos de San Juan de Lurigancho (83) y Cercado de Lima (40). Los lugares de procedencia fuera de Lima con más frecuencia observados fueron Chanchamayo (2), Ancash (1), Huancayo (1), Ica (1) y Lima provincias con un acumulado de 7 casos.

Tabla N° 95
INMP: FRECUENCIA DE CASOS DE VIH SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA. 2010 - 2017

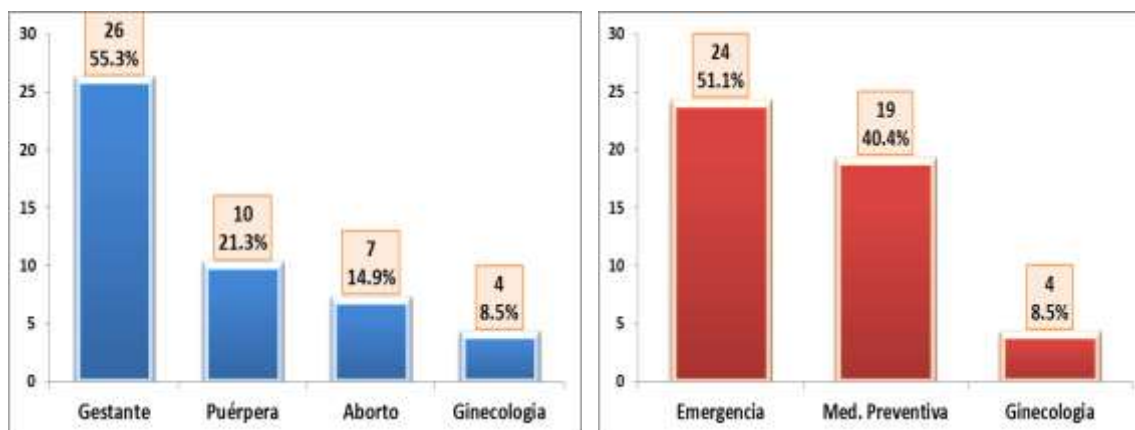
DISTRITO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO	23	7	5	17	8	6	4	13	83
CERCADO DE LIMA	3	5	6	6	5	5	4	6	40
LA VICTORIA	4	7	5	4	1		2	2	25
SAN JUAN DE MIRAFLORES	6	1		4	1	6	3	1	22
ATE	4	4	3	1		4	3	2	21
RIMAC	5	5	2	2	3	1	2	1	21
SAN MARTIN DE PORRES	4	4			3	2	3	3	19
SANTA ANITA	1	2	3	1	2	3	1	2	15
VILLA EL SALVADOR	4	1		1		4	1	1	12
COMAS	5	1					2	3	11
CHORRILLOS	2	1		2	1	2	2		10
LOS OLIVOS	1		3		2	1	2		9
SURQUILLO	1	2	2		1	1		1	8
CALLAO	4	2		1			1		8
SAN LUIS	1	2	1				3		7
EL AGUSTINO	2	2	1			1		1	7
SAN MIGUEL		2		1		1	1		5
SANTIAGO DE SURCO			1			1		3	5
VILLA MARIA DEL TRIUNFO		2	1			1		1	5
PUENTE PIEDRA	1	1	1			1		1	5
PUEBLO LIBRE			2	1	1	1			5
LURIN		1			1			2	4
LINCE					2				2
INDEPENDENCIA	1			1					2
CAÑETE					1				1
SAN BARTOLO				1					1
SAN BORJA								1	1
VENTANILLA								1	1

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Durante el 2017, 26 pacientes fueron diagnosticadas como gestantes, 10 pacientes durante el periodo del puerperio, 7 pacientes fueron diagnosticadas en situación de aborto y 4 pacientes con diagnóstico ginecológico, haciendo un total de 47 casos en este año. El 40% de las pacientes fueron diagnosticadas en consultorios externos (Unidad de Medicina Preventiva), donde se realiza el tamizaje a las pacientes nuevas que llegan a la institución, sin embargo una mayor cantidad de pacientes son diagnosticadas en emergencias (49%), la mayoría de ellas atendidas en otros establecimientos de salud y que llegan al instituto solo para la atención del parto. Finalmente existe un grupo de pacientes no gestantes, con problemas ginecológicos, diagnosticados en el INMP y que corresponde al 11% de los casos.

Gráfico N° 43
INMP: MOMENTO Y LUGAR DE DIAGNOSTICO DE LOS CASOS DE VIH. 2017



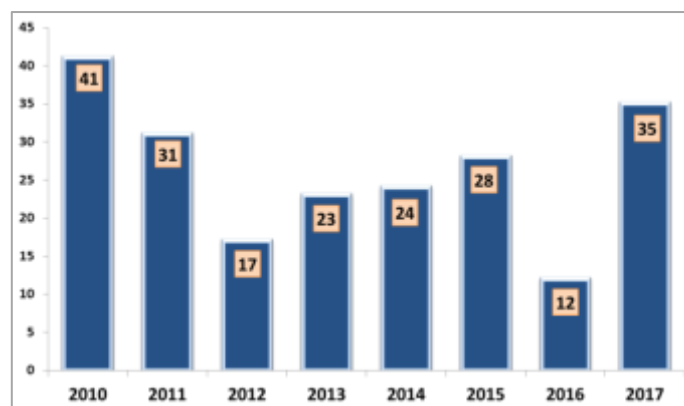
Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Durante los últimos 7 años se han reportado 211 casos de recién nacidos expuestos a VIH y sólo 3 casos reportaron durante sus controles, tamizaje con PCR positivo y fueron catalogados como posibles casos de transmisión vertical. Los casos se presentaron en el 2013 (1 caso) y 2017 (2 casos). Los recién nacidos fueron referidos al Instituto de Salud del Niño para seguimiento y manejo.

Gráfico N° 44

INMP: FRECUENCIA DE CASOS DE RECIEN NACIDOS EXPUESTOS A VIH. 2010 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

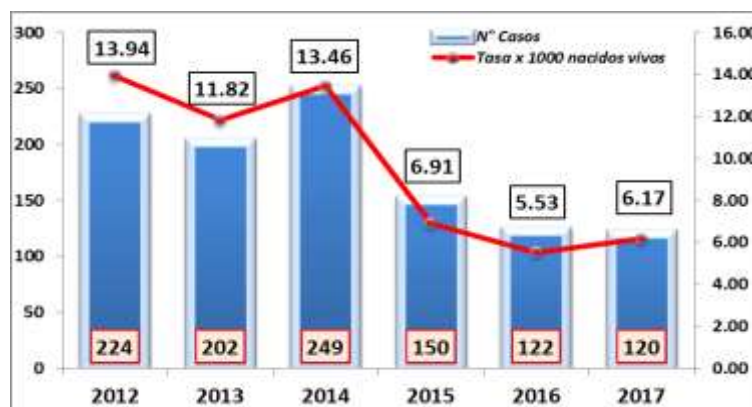
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

IV.7 Sífilis Materna

La infección por sífilis sigue siendo un problema importante de salud pública a nivel mundial y sus consecuencias asociadas a la gestación son muy serias, tales como abortos, natimueitos, niños con bajo peso al nacer, parto pretérmino, ceguera, sordera, entre otros. En el Perú, la prevalencia de sífilis durante el embarazo es en promedio del 1,4% y la tasa de recién nacidos con sífilis congénita es de 3,6 casos por 1000 nacidos vivos. Esto debido a la falta de diagnóstico de esta enfermedad y en consecuencia, la falta de tratamiento o inadecuado manejo. En los últimos 3 años se ha observado en el INMP que la frecuencia de casos es menor en relación a años previos. En el año 2017 se reportaron 120 casos de sífilis materna, haciendo un total de 1067 casos en los últimos 6 años, cuya prevalencia de casos de Sífilis Materna en el 2017 es 6.17 x 1000 nv.

Gráfico N° 45

INMP: FRECUENCIA Y PREVALENCIA DE CASOS DE SIFILIS. 2012 - 2017

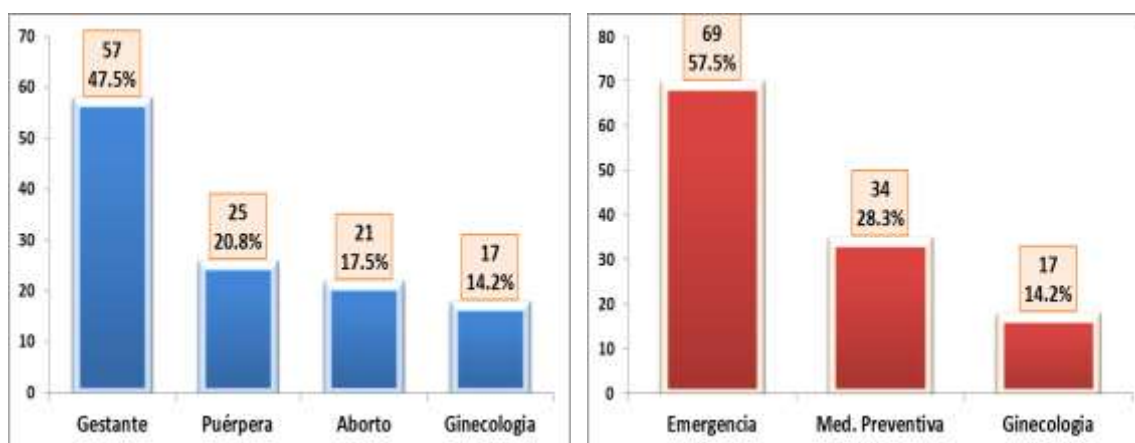


Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

En el 2017 hemos tenido 120 casos de pacientes con Sífilis, de las cuales 57 casos fueron gestantes, 25 pacientes fueron diagnosticadas en el puerperio, 21 pacientes fueron diagnosticadas en situación de aborto y 17 pacientes no fueron gestantes sino que acudieron a control por problemas ginecológicos. La mayoría de casos son diagnosticados en la Emergencia (69 casos, 58%) y solo el 28% (34 casos) fueron diagnosticados en consultorios externos, debiendo suceder lo contrario para un manejo más cuidadoso. Existe también un grupo de pacientes no gestantes, con problemas ginecológicos a quienes se les diagnosticó Sífilis y fueron manejadas en nuestra institución (17 casos, 14%).

Gráfico N° 46
INMP: MOMENTO Y LUGAR DEL DIAGNOSTICO DE LOS CASOS DE SIFILIS. 2017

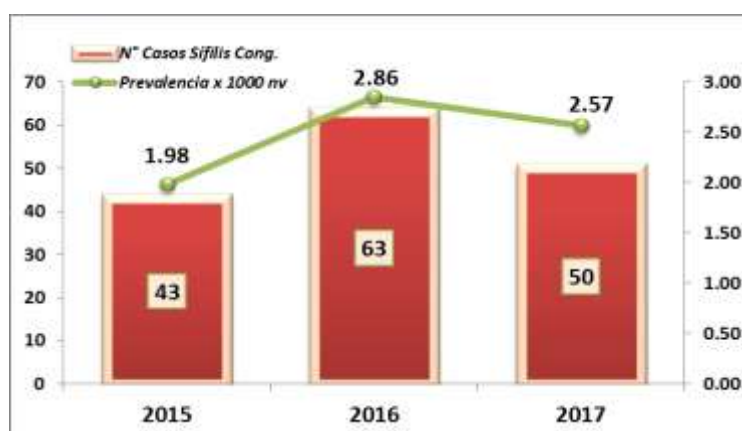


Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

La disminución de casos de Sífilis Congénita es prioridad para la Estrategia del INMP, por ello la notificación y manejo debe ser adecuado y oportuno. Se notificaron 50 casos nuevos confirmados de Sífilis Congénita en el INMP durante el año 2017, 63 casos en el 2016 y en el 2015 se notificaron 43 casos. El 35.8% de los neonatos de madres con diagnóstico de Sífilis tuvieron Sífilis Congénita. La prevalencia de casos de Sífilis congénita es 2.57 x 1000 nv. Una gran parte de los casos llegan por emergencia y no recibieron tratamiento o tuvieron un tratamiento incompleto.

Gráfico N° 47
INMP: FRECUENCIA Y PREVALENCIA DE CASOS DE SIFILIS CONGENITA. 2015 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

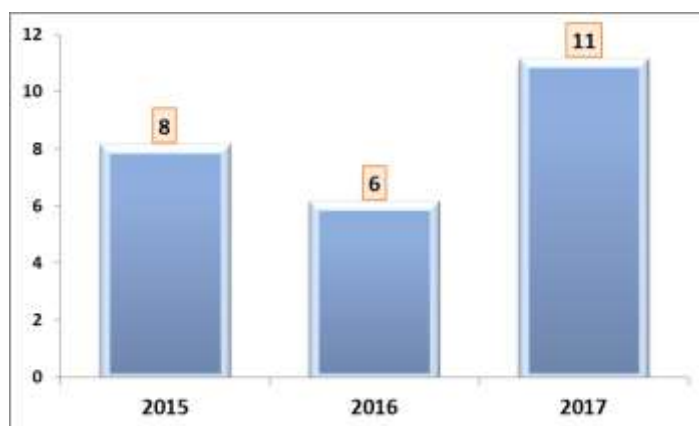
IV.8 Hepatitis B en Gestantes

El virus de la hepatitis B es entre 50 y 100 veces más infeccioso que el VIH, representa un importante riesgo laboral para los profesionales sanitarios y es prevenible con la vacuna actualmente disponible, que es segura y eficaz

En el INMP, aún no se ha realizado tamizaje en el 100% de las gestantes, por ello es difícil establecer una prevalencia real de casos de pacientes con esta enfermedad. La mayoría de los casos que hemos notificado, son pacientes que fueron referidas de otro establecimiento de salud al instituto para el manejo obstétrico y neonatal. El número de casos de Hepatitis B en el 2017 fue de 11 casos, comparado con el 2016 en la que tuvimos 6 casos de Hepatitis B diagnosticados.

Gráfico N° 48

INMP: FRECUENCIA DE CASOS DE HEPATITIS B EN GESTANTES. 2015 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

IV.9 Tuberculosis y Gestación

En el año 2017, se identificaron 13 casos de TBC en los diferentes servicios del INMP, 11 pacientes fueron captadas en los servicios de hospitalización (7 en servicio de Puerperio, 3 en servicio de Obstetricia y 1 en servicio de Ginecología) y 2 pacientes fueron captadas en consultorio externo. Siete (7) pacientes fueron captadas como puérperas (2 de ellas con TBC extrapulmonar y 5 con TBC pulmonar), 5 pacientes como gestante (1 con TBC extrapulmonar, 1 con TBC – MDR y 3 con TBC pulmonar) y una paciente con diagnóstico ginecológico (TBC pulmonar).

Tabla N° 96

INMP: FRECUENCIA DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN GESTANTES. 2017

INDICADORES OPERACIONALES	Meta Anual	Ene.		Feb.		Mar.		Abr.		May.		Jun.		Jul.		Ago.		Set.		Oct.		Nov.		Dic.	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
N° Sintomáticos Respiratorios Identificados y Examinados	4027	346	7.7	398	9.8	355	8.8	340	8.4	322	7.9	342	8.9	190	4.7	380	9.4	398	9.9	380	9.4	390	9.6	200	4.5
N° de casos de TBC Pulmonar (+)	Demanda	1		0		0		0		2		0		0		2		1		1		1		1	
N° de casos de TBC MDR	Demanda	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0	
N° de casos de TBC extra pulmonar	Demanda	1		1		0		0		0		0		0		1		0		0		0		0	

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

IV.10 Infección por Influenza A H1N1

Durante el 2017, se han solicitado 44 tomas de hisopados nasofaríngeos para descartar diversos tipos de virus respiratorios (Influenza A y B, adenovirus, influenza 1,2 y 3; virus sincitial respiratorio y metapneumovirus); de los cuales 38 fueron solicitados por el servicio de neonatología y 6 solicitados por UCI Materna y Obstetricia D. Se obtuvo como único resultado positivo 1 caso a Influenza A H1N1, hospitalizada en el Servicio de Obstetricia D, para lo cual el personal tomo las medidas de aislamiento correspondientes.

Gráfico N° 49
INMP: FRECUENCIA DE CASOS SOSPECHOSOS DE INFLUENZA A H1N1. 2017

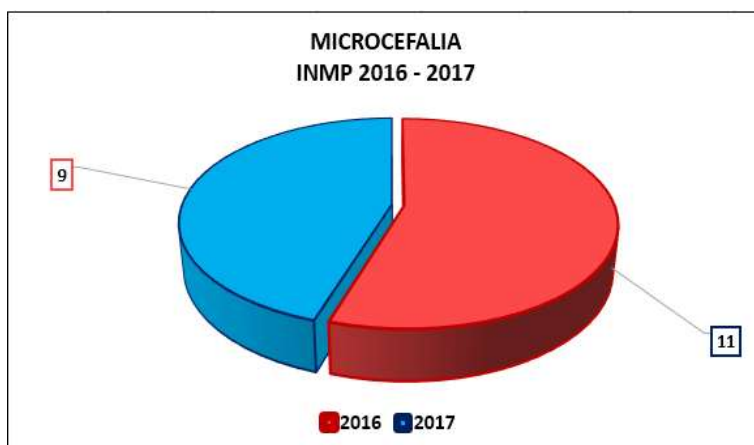


Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

IV.11 Microcefalia Neonatal

En el año 2017, se reportaron 9 casos de microcefalia, detectados en los servicios de atención inmediata del recién nacido, UCI neonatal e Intermedios, todos los casos fueron evaluados por la médica Neuropediatra. Ninguno de los casos estuvo relacionado a infección por Virus Zika, siendo la causa principal malformaciones cerebrales, sospecha de infección intrauterina, citomegalovirus y toxoplasmosis.

Gráfico N° 50
INMP: FRECUENCIA DE CASOS DE MICROCEFALIA. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

IV.12 Salud Ocupacional

La Ley de seguridad y Salud en el Trabajo, Ley 29783, en su artículo N°1 define como objeto de la ley “Promover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país. Para ello cuenta con el deber de prevención de los empleadores, el rol de fiscalización y control del estado y la participación de los trabajadores y sus organizaciones sindicales, quienes, a través del diálogo social, velan por la promoción, difusión y cumplimiento de la normativa sobre la materia.

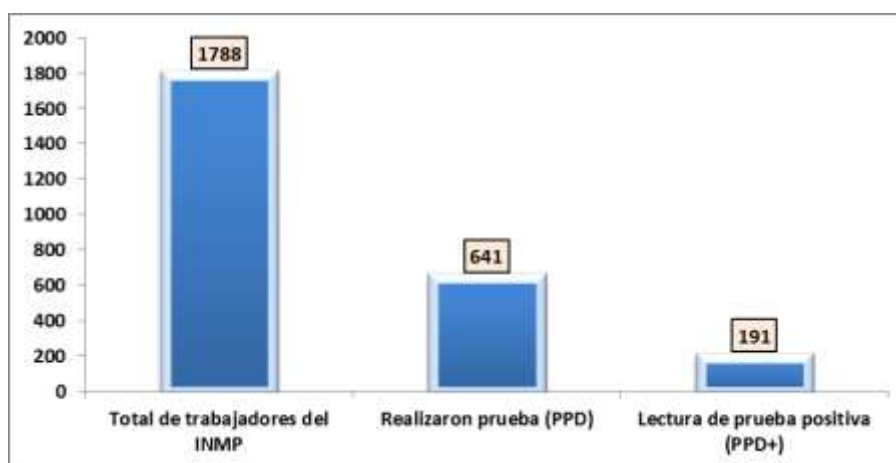
El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) tiene como una de sus prioridades el bienestar, la seguridad y Salud de los trabajadores, de acuerdo a la normativa legal aprueba la creación de la Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo con Resolución Directoral N° 243-2015-DGINMP-IGSS/MINSA, de fecha 22 de mayo de 2015 teniendo como sus funciones básicas las de programar, coordinar, ejecutar y evaluar actividades relacionadas a los procesos Seguridad y Salud en el trabajo del Instituto Nacional Materno Perinatal.

La Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo (UFSST) en cooperación con la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) realizó el Plan de “Despistaje de Infección Tuberculosa Latente en los Trabajadores del INMP”, el cual fue aprobado con RD N°209-2017-DG-IGSS/MINSA el cual se basa en la detección de infección latente tuberculosa a través de prueba cutánea de tuberculina que es un derivado proteínico purificado (PPD), solución inyectable, incolora cuya vía de administración es intradérmica; tras un tiempo de 48-72 horas de aplicación pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad previo del organismo. La ejecución del plan se realizó entre los meses de setiembre a noviembre del año 2017.

Al finalizar el Despistaje se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se administró la prueba a un total de 800 trabajadores, las lecturas estuvieron programadas en un periodo de tiempo de 48 horas mediante la técnica de sokal.
- La población activa del INMP para la fecha en la que se realizó el despistaje era de 1788 trabajadores (entre nombrados, CAS y médicos residentes). Fueron administradas 800 pruebas de PPD, pero solo fue efectiva la lectura de la prueba en 641 trabajadores. Se obtuvieron resultados con lectura positiva (PPD (+)) en 191 trabajadores, que corresponde al 10.7% de la población total de trabajadores.

Gráfico N° 51
INMP: RESULTADOS DE DESPISTAJE DE INFECCION LATENTE TUBERCULOSA. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

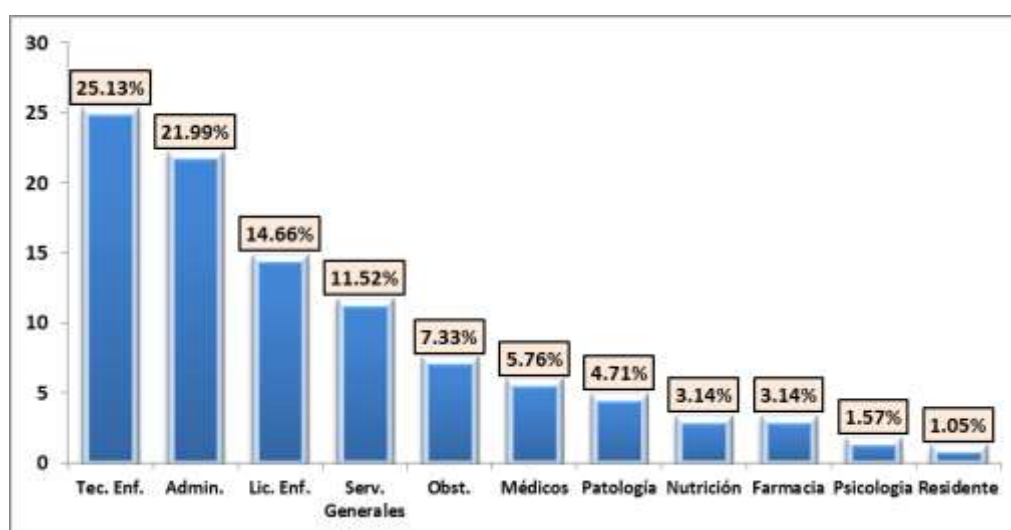
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo

El grupo ocupacional con mayor exposición es el técnico de enfermería constituyendo el 25.13% de la muestra cuyo resultado dio como positivo a la prueba de PPD. En segundo lugar está el grupo de trabajadores administrativos con 21.99%; en tercer lugar las(los)

enfermeras(os) con un 14.66%, seguido de los trabajadores que desempeñan funciones en la Oficina de Servicios Generales con un 11.52% (técnicos eléctricos de pintura, transportistas, carpintería, operarios de sala de máquinas etc.). El quinto lugar con 7.33% se encuentra el grupo de Licenciadas en Obstetricia, seguido del personal Médico (de los distintos servicios) con un 5.76%. En séptimo lugar con un 4.71% se encuentran los trabajadores que realizan funciones en el departamento de Patología (patólogos, laboratoristas, microbiólogos, biólogos, etc.). Sigue en frecuencia los trabajadores del servicio de Farmacia y Nutrición con 3.14% (se incluye trabajadores de cocina central y repostería). En noveno lugar con 1,57% se encuentran los Licenciados en Psicología y por último con 1.05% los médicos residentes.

Gráfico N° 52

INMP: RESULTADOS DE PPD POSITIVO EN TRABAJADORES, POR GRUPO OCUPACIONAL. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo

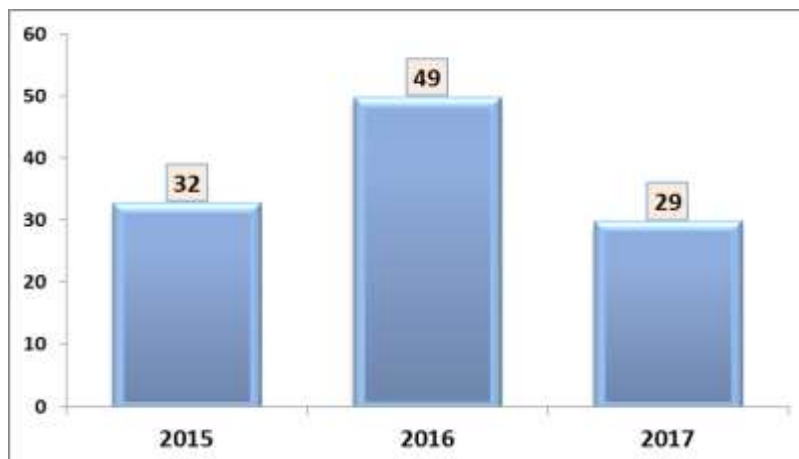
El riesgo de desarrollar enfermedad tuberculosa es máximo durante el primer o segundo año tras la infección, si bien puede persistir durante toda la vida en forma de infección latente. El personal del INMP, a través de los resultados mostrados, presenta riesgo biológico por exposición a Tuberculosis. La organización Panamericana de la Salud en su publicación “Tuberculosis, detección de casos, tratamiento y vigilancia, preguntas y respuestas” describe que existe una interrelación constante y duradera entre el ambiente, el estado de salud y la genética. Los factores importantes en este proceso: la edad, el estado nutricional, el estrés físico y emocional, la enfermedad intercurrente, el ambiente social, el acceso a la atención de salud y posiblemente el genotipo del huésped.

Desde el año 2016 se ha implementado la “Directiva 003-2016-DG-INMP-MINSA “Reporte Notificación, Monitoreo y Evaluación de Accidentes e Incidentes Laborales en el INMP” y a lo largo del año 2017 se han reportado, a través de la ficha de reporte de accidentes e incidentes, veintinueve (29) accidentes laborales. El 55,17% dieciséis (16) de los reportes corresponden a accidentes por exposición a Riesgo Biológico por patógenos transmitidos por sangre y fluidos (VIH, VHB, VHC, etc.), producidos por inoculación percutánea, corte, contacto con sangre y fluidos en mucosas y piel no indemne. El 45%(12) de los accidentes reportados corresponde a los reportados por caídas, contusiones, quemaduras.

A través de Estrategia Sanitaria Prevención y control de ITS, VIH –SIDA del Instituto Nacional Materno Perinatal y de acuerdo a la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana se está brindando tratamiento profiláctico por exposición laboral a VIH (contacto con sangre y/o fluidos potencialmente

infectados). Se requirió administrar profilaxis VIH por contacto a fuente positiva en 2 casos en los cuales el accidente fue por inoculación percutánea, dando negativo el resultado final.

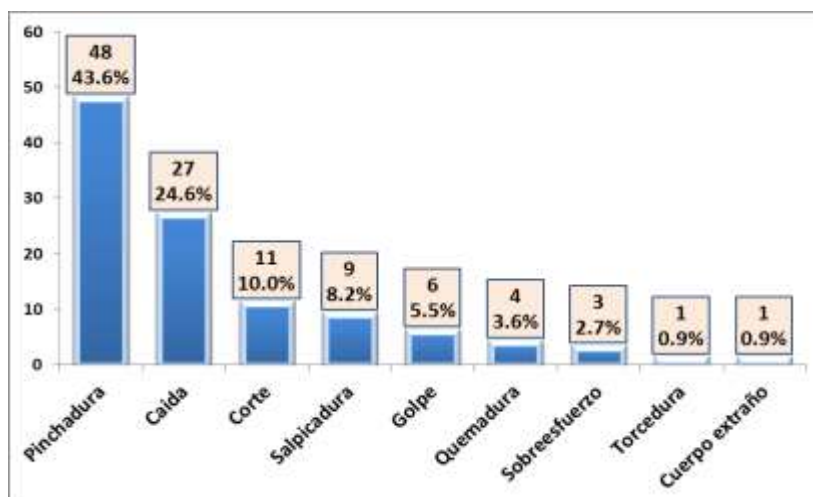
Gráfico N° 53
INMP: FRECUENCIA DE CASOS DE ACCIDENTES LABORALES. 2015 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal - Oficina de Epidemiología

Desde el 2015 al 2017 se han reportado 110 accidentes laborales, teniendo como principal causa las pinchaduras, las caídas, los cortes y las salpicaduras en más del 85% de los casos. En la gráfica N° se observa la frecuencia de casos según tipo de accidente.

Gráfico N° 54
INMP: FRECUENCIA DE CASOS DE ACCIDENTES LABORALES SEGÚN TIPO DE ACCIDENTE. 2015 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

La Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo planea realizar, a los trabajadores del INMP, las Evaluaciones Médico Ocupacionales, conforme lo determina la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y formará parte del Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo del INMP para los siguientes años.

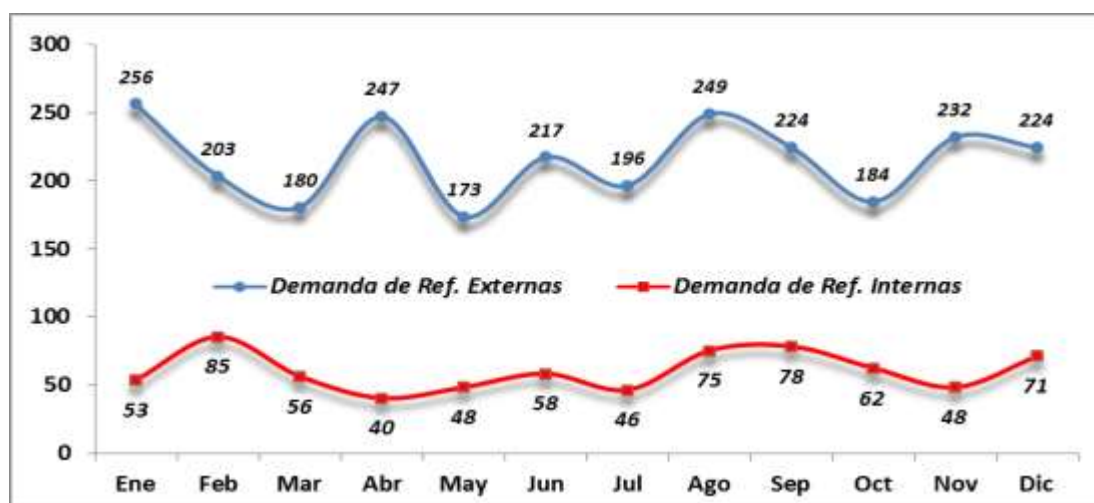
V.13 Sistema de Referencias y Contra-Referencias

El equipo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias, sede INMP es el encargado de realizar coordinaciones de referencias para aquellos pacientes que se encuentran en situación de urgencia y emergencia con lo cual garantizan la continuidad de la Atención en Salud; estas coordinaciones se llevan a cabo con Establecimientos de Salud del MINSA, ESSALUD, Sanidades e Instituciones Privadas. Asimismo se apoya en la coordinación de Hemoderivados para casos de emergencia, exámenes de laboratorio y diagnóstico por imágenes.

El equipo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias, sede INMP obtuvo una demanda total de 3305 solicitudes, con una demanda externa, que representa las solicitudes de referencias recibidas, del 78.21% (2585) y una demanda interna, que constituye las solicitudes de referencias enviadas, del 21.79% (720).

En la siguiente gráfica se presenta la frecuencia de casos referidos al INMP por mes (2017), observándose que la frecuencia de casos mensuales referidos hacia la institución (Demanda Externa) fluctúa entre 170 a 250 casos aproximadamente (promedio de 215 casos por mes) y la frecuencia de casos referidos desde la institución a otros hospitales (Demanda Interna) fluctúa entre 40 a 85 casos (promedio de 60 casos por mes).

Gráfico N° 55
INMP: FRECUENCIA DE REFERENCIAS EXTERNAS E INTERNAS. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

Los grupos priorizados que más solicitudes registró fueron en 73% de los casos las gestantes (1980 casos) seguido de los neonatos en el 27% de los casos (737 casos). También hubo solicitudes relacionadas a accidentes de tránsito que luego de estabilizarlos fueron enviadas a hospitales generales.

Tabla N° 97
INMP: FRECUENCIA DE REFERENCIAS EN GESTANTES Y NEONATOS. 2017

Grupo Priorizado	N°	%
Gestantes	1980	72.9%
Neonatos	737	27.1%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

La mayoría de las referencias fueron recibidas en el Servicio de Emergencias (85.8%), seguido de referencias por consulta externa (7.2%) y apoyo al diagnóstico (7.0%).

Tabla N° 98
INMP: AREA DE DESTINO DE LA REFERENCIA. 2017

Area de Destino de Referencia	N°	%
Emergencia	2834	85.7%
Consultorio Externo	239	7.2%
Apoyo al Diagnóstico	232	7.0%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

Las demandas de referencia externa e interna fueron en la mayoría de casos (95%) de prioridad II (emergencias que tienen que resolverse en el corto plazo).

Tabla N° 99
INMP: DEMANDA DE LA REFERENCIA SEGÚN PRIORIDAD. 2017

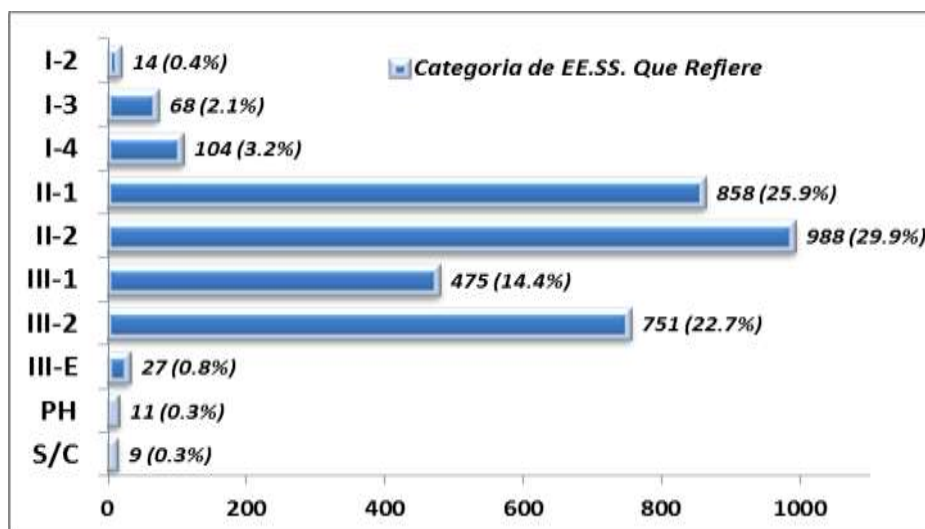
Demanda Según Prioridad	N°	%
Prioridad I	130	3.9%
Prioridad II	3140	95.0%
Prioridad III	35	1.1%
Prioridad IV	0	0.0%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

Los Establecimientos de Salud que más refieren son del nivel II-1 (25.9%), seguido por el nivel II-2 (29.9%), el nivel III-1 (14.4%) y III-2 (22.7%).

Gráfico N° 56
INMP: CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA REFERENCIA. 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

Cuando se observa las demandas de referencias externas e internas según la Dirección de Salud de Lima (DISA) o Direcciones Regionales (DIRESA) que refieren obtenemos la frecuencia de referencias como la observamos en la tabla siguiente.

Tabla N° 100
INMP: DEMANDA DE LA REFERENCIA SEGÚN DISA O DIRESA. 2017

Demanda según DISA / DIRESA	N°	%
DISA Lima Ciudad	1262	38.2%
DISA Lima Este	569	17.2%
DIRESA Lima	173	5.2%
DIRESA Junin	137	4.2%
DIRESA Huanuco	134	4.1%
DIRESA Ica	128	3.9%
DIRESA Ancash	119	3.6%
DISA Lima Sur	112	3.4%
DIRESA Callao	100	3.0%
DIRESA Pasco	81	2.5%
DIRESA Piura	78	2.4%
DIRESA Lambayeque	66	2.0%
DIRESA San Martin	64	1.9%
DIRESA Amazonas	50	1.5%
DIRESA Apurimac	39	1.2%
DIRESA Ucayali	38	1.2%
DIRESA Cusco	27	0.8%
DIRESA Huancavelica	26	0.8%
DIRESA Ayacucho	25	0.8%
DIRESA Loreto	23	0.7%
Otros	54	1.6%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

Las especialidades que más demanda de referencia han solicitado son los servicios de Cuidados Intensivos Neonatales, Ginecología y Obstetricia, Radiología (TEM, AngioTEM y RMN), Cuidados Intensivos Materno y Atención Neonatal que en conjunto suman el 77% de las solicitudes.

Tabla N° 101
INMP: DEMANDA DE LA REFERENCIA SEGÚN ESPECIALIDAD REQUERIDA. 2017

Demanda según Especialidad	N°	%
Medicina Intensiva Neonatal	1566	47.4%
Ginecología y Obstetricia	587	17.8%
Radiología	191	5.8%
Medicina Intensiva Materna	120	3.6%
Neonatología	90	2.7%
Otros	751	22.7%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

Cerca del 50% de las pacientes son referidas al instituto por Ruptura prematura de membranas pretérmino, por trastornos hipertensivos y por amenaza de parto pretermino. Las patologías más frecuentes en neonatos referidos tienen que ver con Síndrome de Distrés Respiratorio y Sepsis Neonatal (9.2%).

Tabla N° 102
INMP: PATOLOGIA MAS FRECUENTE MOTIVO DE REFERENCIA. 2017

Demanda según Patología	TOTAL	%
Ruptura Prematura de Membranas	738	22.3%
Preeclampsia Severa / Eclampsia / Sind. HELLP	419	12.7%
Amenaza de Parto Pretermino	400	12.1%
Malformaciones Congénitas	245	7.4%
Sind. Distres Respiratorio del RN	232	7.0%
Oligohidramnios	95	2.9%
Placenta Previa	81	2.5%
Sepsis Neonatal	72	2.2%
Trabajo de Parto a Término	66	2.0%
Embarazo Múltiple	54	1.6%
Desproporción Céfalo Pélvica	45	1.4%
Polihidramnios	29	0.9%
Aborto	25	0.8%
Shock Hipovolémico / Séptico / Cardiogénico	17	0.5%
Amenaza de Aborto	15	0.5%
Trabajo de Parto Pretérmino	11	0.3%
Sepsis Puerperal	4	0.1%
Otras Patologías	757	22.9%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

Los motivos por lo que los establecimientos refieren a los pacientes tiene que ver, en la mayoría de casos con que no cuentan con el servicio requerido, o no tienen camas disponibles en el servicio o el establecimiento de salud no cuenta con la capacidad resolutive para resolver el problema (96.1%).

Tabla N° 103
INMP: MOTIVO DE SOLICITUD DE REFERENCIA. 2017

Motivo de Solicitud de Referencia	N°	%
No cuenta con el servicio requerido	1935	58.6%
No cuenta con camas en el servicio requerido	970	29.4%
No capacidad resolutive por el nivel del EE.SS.	269	8.1%
No cuenta con especialista requerido en el turno	43	1.3%
Derecho habiente ESSALUD	27	0.8%
Insumo, equipo o infraestructura malogrado o en reparación	15	0.5%
No disponibilidad de sala de operaciones	13	0.4%
Motivos socio-económicos	10	0.3%
No capacidad resolutive (APH/SAMU)	9	0.3%
No tiene cobertura de seguro para la atención requerida	7	0.2%
Contrarreferencia	6	0.2%
Derecho habiente EPS	1	0.03%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

Las referencias que lograron aceptación fueron 1131 durante el 2017 (34.2%), sin embargo se suspendieron 1710 solicitudes (51.7%) por mejoría clínica de los pacientes, traslado a otra institución o por fallecimiento de los pacientes. Otros casos se mantuvieron como pendientes (304 solicitudes, 9.2%), con indicación de alta médica luego de haber sido reportadas (121 solicitudes, 3.7%) o solicitaron retiro voluntario (39 solicitudes, 1.2%).

Tabla N° 104
INMP: ESTADO DE LA REFERENCIA. 2017

Estado de la Referencia	N°	%
Suspendida	1710	51.7%
Aceptada	1131	34.2%
Pendiente	304	9.2%
Alta médica	121	3.7%
Retiro voluntario	39	1.2%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

Los principales motivos para la no aceptación de las solicitudes de referencias está en relación con la disponibilidad de camas o con la disponibilidad del manejo especializado en el establecimiento de salud (96%).

Tabla N° 105
INMP: MOTIVO DE RECHAZO DE LA REFERENCIA. 2017

Motivo de Rechazo de la Referencia	N°	%
No cuenta con camas disponibles en el servicio requerido	1846	84.9%
No cuenta con especialista requerido en el establecimiento de salud	237	10.9%
No cuenta con informe médico actualizado	56	2.6%
EE. SS. no cuenta con capacidad resolutive para manejar la patología	19	0.9%
Insumo, equipo o infraestructura malogrado o en reparación	16	0.7%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicio de Referencias y Contrarreferencias

Finalmente, al analizar la situación presentada, el equipo del INMP observa que existe una falta de sensibilización y conocimiento en la Norma Técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencias por parte del personal que solicita la referencia en los diferentes establecimientos de salud, realizando solicitudes de referencias no coordinadas con pacientes en muy mal estado, originando una atención inoportuna y de mala calidad. En varias ocasiones se ha evidenciado que la condición clínica del paciente con la que es referido no es la misma con la que se recibe, además que las condiciones en que el(la) paciente es transportado, sobre todo por vía terrestre, no son las más adecuadas ni con personal idóneo, lo que conlleva a un aumento de morbilidad y mortalidad.

Existe también, un número considerable de pacientes derecho-habientes de ESSALUD asistidos por el INMP por situación de emergencia, que al tener la necesidad de contrarreferirlos nos encontramos con barreras burocráticas demorando el proceso y la respuesta de esta dependencia se sintetiza muchas veces a extender la carta de garantía que cubre los gastos del paciente ocupando camas que otros pacientes del MINSA requerirían. Este problema es observado sobre todo en los servicios de Neonatología, ocasionando sobresaturación de los mismos.

Se ha observado también dificultades para la asistencia especializada de Cirugía general, Cirugía de Tórax y cardiovascular y neurocirugía con el Hospital Nacional Dos de Mayo,

requiriéndose afinar las formas en que se establecerán estas asistencias a los pacientes que lo requieran.

IV.14 Sistema de Gestión de Consultas, Reclamos y Sugerencias

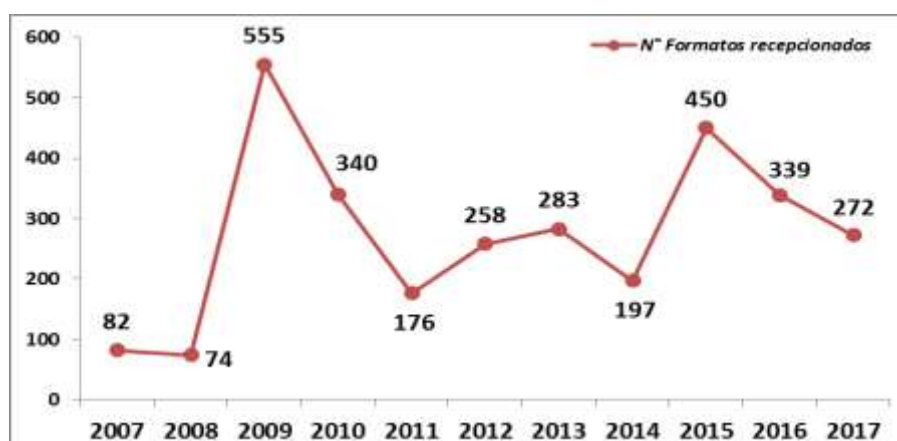
El Instituto Nacional Materno Perinatal, a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, cuenta con un Comité de Quejas y Sugerencias Institucional e implementa el “Sistema de Gestión de Quejas y Sugerencias Institucional” de alcance para el usuario externo e interno del Instituto, aprobada con Resolución Directoral 217-DG-INMP-07, cuyas funciones desde entonces son: procesar las quejas de los usuarios y emitir un informe trimestral y anual.



En base a los formatos de reclamos recepcionados y registrados en el Sistema de Gestión de Consultas, Reclamos y Sugerencias, se ha obtenido información para el periodo del 2017.

Gráfico N° 57

INMP: N° FORMATOS DE CONSULTAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS RECIBIDOS. 2007 - 2017



Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Oficina General de Calidad

Al realizar el análisis de los reclamos presentados durante el año 2017, se ha encontrado que el 52% de los reclamos fueron presentados por las propias usuarias, el 21% por la pareja de las Usuarías y el 13% por otro familiar de las usuarias. El 22% de las personas que presentaron los reclamos provienen del distrito de San Juan de Lurigancho y el 17% del Cercado de Lima. El 61% de las usuarias que presentaron los reclamos cuentan con el seguro SIS/AUS, el 28% no cuentan con algún tipo de seguro de atención; el 10% refirió contar con otro tipo de seguro sin especificar cuál y tan sólo el 2% estaba afiliado a Essalud.

En la siguiente tabla, se observa los 20 servicios de donde se generaron más reclamos, en orden de frecuencia. El servicio de emergencia y los consultorios de gineco-obstetricia son los servicios con más reclamos.

Tabla N° 106
INMP: SERVICIOS DE DONDE SE GENERARON LOS RECLAMOS. 2017

SERVICIO Y/O AREA	N°	%
Emergencia	63	25%
Cons. Ext. Ginecobstetricia	23	9%
Centro Obstétrico	17	7%
Vigilancia	13	5%
Caja	10	4%
Dpto. de Enfermería	10	4%
Admisión	8	3%
Obstetricia D	8	3%
Obstetricia B	6	2%
Laboratorio	5	2%
Neonatología	5	2%
Obstetricia E	5	2%
Unidad de Seguro (SIS)	5	2%
Derivación de Emergencia	4	2%
Endocrinología	4	2%
Obstetricia C	4	2%
Oficina de Comunicaciones	4	2%
Planificación Familiar	4	2%
Trabajo Social	4	2%
Consulta Externa de Especialidades	3	1%

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Oficina General de Calidad

Al evaluar el motivo de queja de las usuarias, observamos que casi el 95% de los casos está en relación con “falta o indebida atención”, “maltrato del personal de salud”, “falta o indebida información”, “tiempo de espera prolongado” e “incumplimiento de horarios de trabajo”. Muchos de los reclamos tienen uno más motivos.

Tabla N° 107
INMP: MOTIVO DE RECLAMO EXPUESTO POR LAS USUARIAS. 2017

MOTIVO DE QUEJA	N°	%
Falta o indebida atención	135	33.5
Maltrato	125	31.0
Falta o indebida información	62	15.3
Tiempo de espera prolongado	53	13.1
Incumplimiento de horarios de trabajo	15	3.7
Pérdida de pertenencias personales	4	0.9
Falta de personal	2	0.4
Cobro indebido	1	0.3
Condicionamiento para realización de exámenes en clínica privada	1	0.3
Falta de medicamentos	1	0.3
Firma inadecuada en certificado de RN vivo	1	0.3
Incremento de la consulta	1	0.3
Negligencia médica	1	0.3
Venta de productos	1	0.3

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Oficina General de Calidad

El 29.2% de los reclamos fueron generados por el profesional médico y el 10.2% por el profesional de Obstetricia. No se identifica al profesional en un 44%, reflejando que el usuario interno no usa su identificación de manera obligatoria o no se presenta con la paciente.

Tabla N° 108
INMP: PROFESIONAL QUE GENERA LA QUEJA O RECLAMO. 2017

PROFESIONAL QUE GENERA LA QUEJA	N°	%
Médico	69	29.2
Obstetriz	24	10.2
Administrativo	14	5.9
Técnico de Enfermería	10	4.2
Enfermera	7	3.0
Trabajadora social	5	2.1
Técnico de Laboratorio	2	0.9
No se identifica	105	44.5

Fuente: MINSA - Instituto Nacional Materno Perinatal
Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Oficina General de Calidad

CAPITULO V.- DETERMINACION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS

V.1 Problemática en Gineco-Obstetricia

OBSTETRICIA

- ✓ El 86.1% de las gestantes atendidas en consultorios externos tienen 6 o más controles prenatales y los principales motivos de consulta obstétrica son la atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa (11.5%), anemia que complica el embarazo (5.3%) e infección genital en el embarazo (4.1%). Estos diagnósticos no se asocian a los diagnósticos finales de culminación del embarazo y no detectan el riesgo de la gestante al inicio del control prenatal.
- ✓ Las atendidas en el Servicio de Emergencia Gineco-Obstétrica durante el 2017 fueron 50,157 (2 veces más pacientes de lo observado en consultorios externos). Las atenciones por prioridad I y II, que son las que con más frecuencia deben ser atendidas, ocuparon solo el 14.5% de las atenciones. Los motivos más frecuentes de consulta en el Servicio de Emergencia fueron gestantes con antecedente de cesárea anterior, casos de aborto, ruptura prematura de membranas e infecciones obstétricas. Aproximadamente el 27% de las gestantes que acudieron a la atención de parto en el instituto no tuvieron control prenatal o no mostraron un carnet de control prenatal durante la atención, problema que enfrenta el médico en la emergencia, porque al no disponer de esta información limita la posibilidad de una evaluación integral de la usuaria. Lo mismo sucede con el 14.5% de las gestantes adolescentes.
- ✓ El número de casos de Morbilidad Materna Extrema atendidos en la emergencia y la unidad de cuidados intensivos materno durante el 2017 fueron 335 casos. El grupo de patologías más frecuente asociados a morbilidad materna extrema son los trastornos hipertensivos (59.1%), seguido de las hemorragias obstétricas pre y post parto (15.8%), los casos de sepsis de origen obstétrico y no obstétrico (13.4%); las patologías intercurrentes

del embarazo que terminan en MME llegan al 7.8% y los abortos complicados a 3.9%. Sin embargo, el mayor Índice de Mortalidad fue observado las complicaciones por aborto (7.1%), los casos de sepsis de origen obstétrico y no obstétrico (6.3%) y en las patologías intercurrentes del embarazo (3.7%). Aproximadamente el 20% de los casos de morbilidad materna extrema tuvieron por lo menos un control prenatal en la institución.

- ✓ En el 2017, se presentaron 11 casos de muertes maternas, con una Razón de Mortalidad Materna de 56.6 por 100,000 nacidos vivos. En los últimos 10 años fallecieron 90 pacientes, 38 pacientes (32.2% de los casos) llegaron desde las diferentes regiones del país, la mayoría desde Junín (6), Ica (6), Ancash (5), Huancavelica (4), Loreto (4), Huánuco (4), entre otras regiones. En Lima provincias tenemos un acumulado de 7 casos (7.8%). En los distritos de Lima observamos que el mayor número de casos acudieron del Distrito de San Juan de Lurigancho (12), y de Lima Cercado (10). En los últimos 10 años, solo 56 casos (62%) de los 90 ocurridos fueron referidos, los demás casos llegaron sin referencia. El 5.5% de los casos tuvieron por lo menos un control prenatal en el instituto.
- ✓ Las muertes maternas de causa directa fueron 64 (71.1%), y de causa indirecta 26 (28.9%). Dentro de las causas directas son los trastornos hipertensivos y sus complicaciones la causa más frecuente y dentro de las causas indirectas las infecciones no obstétricas.
- ✓ El promedio de partos en los últimos 6 años ha variado entre 1,300 a 1,800 cada mes (45 a 60 partos por día). En adolescente, el número de partos se ha mantenido entre 2,500 y 3,400 partos anuales, con una ligera disminución en el 2017; sin embargo en menores de 16 años no se observa esta tendencia (19 a 22% de los partos adolescentes).
- ✓ El porcentaje de cesáreas ha oscilado en los últimos 13 años entre el 39 y 46% del total de partos.
- ✓ Del total de egresos hospitalarios durante el 2017, el 28.9% fueron por infecciones obstétricas, el 7% por trastornos hipertensivos del embarazo, 3,6% por hemorragia obstétrica y el 3% por aborto.
- ✓ La atención en Medicina Materno – Fetal ha experimentado adelantos con la realización de cirugías fetales intrauterino, procedimientos invasivos para la detección de anomalías congénitas y tratamiento fetal, ecografías especializadas y otras actividades de tamizaje prenatal para la identificación de riesgos durante el embarazo. En el 2017 se realizó la primera cirugía fetal en el Perú, destacando la participación del médico especialista en medicina materno-fetal, médicos anestesiólogos, médicos cirujanos pediatras, médicos neonatólogos, médicos gineco-obstetras, médicos intensivistas, médicos residentes y personal de enfermería; además de la participación de médicos especialistas en medicina materno-fetal de Chile; todos trabajando como un solo equipo multidisciplinario.
- ✓ El INMP administró 20,674 métodos anticonceptivos, el 88% fueron métodos de barrera (preservativos), anticonceptivos hormonales tipo inyectable y el método de la lactancia exclusiva. Los métodos brindados en consultorios externos fueron 4,591, principalmente los métodos hormonales tipo inyectables (mensuales y trimestrales), orales y métodos de barrera. La aplicación de implantes subdérmicos como método moderno, seguro y de larga duración, tiene cada vez mejor acogida por las usuarias (6.7%). Existe aún la dificultad de coordinar con los primeros niveles de atención para realizar la anticoncepción quirúrgica voluntaria.
- ✓ Este último año se evidenció un aumento considerable en la frecuencia de infecciones de herida operatoria en pacientes sometidas a cesárea (incidencia acumulada de 2.44 por cada 100 cesáreas) y neumonías por ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Materno (densidad incidencia de 36.1 x 1000 días de exposición). Las tasas de incidencia de las infecciones por catéter venoso central en la UCIM, tiene una densidad incidencia de 6.78 x 1000 días de exposición. Todas estas tasas están por encima de los estándares establecidos para hospitales de Nivel III-2.

- ✓ En el año 2017 se reportó 13153 pacientes atendidas por problemas ginecológicos (29.2% del total de pacientes atendidas) en consultorios externos, casi un tercio de la población que se atiende en la institución.
- ✓ Los principales motivos de consulta en ginecología son enfermedad inflamatoria pélvica y del cuello uterino (11.1%), miomatosis uterina (7.4%) y vulvovaginitis (5.9%).
- ✓ Los egresos hospitalarios en el servicio de ginecología durante el 2017 fueron 1324 pacientes. Las morbilidades más frecuentes observadas al egreso del servicio fueron los casos de miomatosis uterina (18.7%), las hemorragias uterinas anormales (9.7%), quistes de ovario (7.0%), prolapso genital (6.0%), entre otras patologías menos frecuentes.
- ✓ El número de intervenciones quirúrgicas durante el 2017 fueron 2239 cirugías (casi un 20% del total de cirugías realizadas). Del total de cirugías ginecológicas realizadas, el 23.7% fueron intervenciones programadas y 1.3% de emergencia.
- ✓ El Servicio de Medicina Reproductiva ha mejorado su atención implementado ambientes y procedimientos de alta complejidad para pacientes con infertilidad, como transferencias embrionarias, fecundación in vitro y otros.
- ✓ El Servicio de Oncología y Patología Mamaria cuenta con más ginecólogos oncólogos especialistas para la atención de calidad, con enfoque en la detección temprana de casos de cáncer de cuello uterino y el manejo quirúrgico que se pueda brindar en la institución.
- ✓ La Unidad de Climaterio realiza una labor de prevención de la patología asociada a esta condición femenina y promueve también la prevención del cáncer ginecológico.

V.2 Problemática en Neonatología

- ✓ El Departamento de Neonatología cuenta con 120 cupos de hospitalización (38,1% del total de camas del instituto), distribuidas en los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Cuidados Intermedios A y B. Sin embargo, existe insuficiente oferta de servicio en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales con una infraestructura que tiene una antigüedad de 16 años y no permite la atención de la demanda externa ni interna.
- ✓ Durante el 2017 hubo 4832 egresos hospitalarios, siendo los usuarios principales los prematuros extremos y pacientes con patología quirúrgica; patología respiratoria, infecciosa y metabólica. Esta cantidad de pacientes nos muestran indicadores de porcentaje de ocupación - cama de 91.8% y un promedio de permanencia de 5.4 días/paciente.
- ✓ La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales tuvo 618 egresos en el 2017, manteniendo un porcentaje de ocupación - cama sobre el 100% y un promedio de permanencia de 13 días/paciente, lo que ocasiona una sobredemanda de pacientes en las unidades neonatales e impidiendo la aceptación del 80% de referencias por falta de infraestructura y capacidad instalada. Además de esta problemática observada debemos añadir que el sistema de referencia y contrarreferencia es inefectiva por inoperatividad de la red de servicios neonatales a nivel metropolitano y nacional.
- ✓ El presupuesto institucional es insuficiente para los servicios de atención neonatal, lo cual impide contar con todos los equipos necesarios, ya sea de reposición o nuevos, a fin de mantener el liderazgo en la atención neonatal.
- ✓ Los Recursos Humanos profesionales también son insuficiente, relacionado principalmente con el médico neonatólogo por dificultades en la disponibilidad de este profesional en el mercado laboral
- ✓ Las tasas de Infecciones Asociadas en la Atención de Salud se encuentran aún incrementadas, asociada a factores como hacinamiento, inadecuado suministro de insumos en algunos períodos y no cumplimiento adecuado de medidas de bioseguridad.

- ✓ Se realizaron 141 intervenciones quirúrgicas durante el 2017, siendo las cirugías más frecuentes las patologías relacionadas con los defectos de pared abdominal; se realizaron además 83 neurocirugías.
- ✓ El Banco de Leche Humana, en su séptimo año de funcionamiento, logró recolectar 1670 litros de leche humana en el 2017 y atendió nutricionalmente a 1304 beneficiarios, prioritariamente recién nacidos menores de 1500gr y/o pacientes post-operados.
- ✓ Dentro de la Estrategia de Tamizaje Neonatal, se logró tamizar a 16565 recién nacidos para descartar hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilketonuria y fibrosis quística. Además se tamizaron 16900 recién nacidos de diferentes IPRESS del sector. Por otro lado iniciamos con el tamizaje auditivo que permite detectar oportunamente hipoacusia neurosensorial.
- ✓ Se reformuló e implementó el nuevo modelo de seguimiento ambulatorio de los niños de alto riesgo, único en el sector; en este año se llegó a atender a 7835 niños en los consultorios externos de pediatría. De los cuales 429 corresponden a niños nacidos por debajo de 1500gr.
- ✓ Se realizaron actividades de docencia en servicio para los profesionales del INMP y de otras instituciones del sector en el campo neonatal, con capacitación presencial y virtual; pasantías en niño crítico, ventiloterapia, atención inmediata, terapia intermedia, etc.; desarrollando y asistiendo además a cursos nacionales e internacionales. Desarrollamos investigación en el campo neonatal, las cuales fueron presentadas en congresos nacionales e internacionales y otras publicadas en la revista de investigación institucional.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

GINECO-OBSTETRICIA

- ✓ Institucionalmente, debe mejorarse y/o cambiarse el enfoque de control prenatal con la implementación de la “Pirámide Invertida del Control Prenatal”, liderado por el Departamento de Obstetricia y Perinatología, con la participación de todos los Servicios de Obstetricia del instituto, que permita la identificación temprana de riesgos y el seguimiento exhaustivo de los mismos para evitar los casos de morbilidad extrema, muertes maternas y muerte neonatal. Este sistema permitirá priorizar la atención a las pacientes con algún tipo de riesgo obstétrico, con el tamizaje entre las 11 a 13 sem e identificación de riesgos de cromosomopatías, preeclampsia severa, RCIU, parto pretérmino, diabetes gestacional, macrosomía fetal, riesgo de aborto, riesgo de acretismo placentario entre otras patologías.
- ✓ EL INMP debe intervenir en los distritos de San Juan de Lurigancho, Lima Cercado, Ate Vitarte, El Agustino y La Victoria; y en las regiones de Junín, Ica, Ancash, Huancavelica, Huánuco y Loreto, que son las regiones que más casos refieren a la institución, con asistencia técnica en el manejo de claves de emergencia obstétrica y cuidados obstétricos críticos; en la referencia adecuada y oportuna de casos, en la atención prenatal reenfocada con el enfoque de pirámide invertida del control prenatal, en la vigilancia y análisis de casos de morbilidad materna extrema y muertes maternas, con la utilización de tecnologías modernas como Telesalud, SICAP o SICAV.
- ✓ Las pacientes con bajo riesgo deben tener un control diferenciado en la institución y ser atendidas en otro nivel de atención. Las coordinaciones al respecto deberán realizarse con la DIRIS Lima Centro para que exista una reformulación en el trabajo de los establecimientos de salud I-4 y los hospitales nivel II en la atención obstétrica, siguiendo el modelo del instituto.

- ✓ Es importante revalorar el manejo integral en las gestantes menores de 19 años, desde el punto de vista obstétrico, de salud mental, de salud reproductiva y consejería para el futuro reproductivo. Se recomienda la atención de este tipo de pacientes como de riesgo y sean referidas a la institución para este manejo integral.
- ✓ Implementar un sistema de historia clínica electrónica institucional con acceso al personal de consultorios externos, emergencia y servicios de hospitalización; evitando la falta de información necesaria para la evaluación integral de la paciente.
- ✓ El servicio de emergencia debe ser el servicio experto en el manejo de claves de emergencias obstétricas a nivel nacional, desde su organización en las guardias hospitalarias con personal asignado para responder a las claves roja, azul y amarilla; la respuesta inmediata y organizada al llamado y el manejo oportuno teniendo en cuenta los tiempos de atención. El servicio de emergencia, con asesoría de la Dirección de Docencia e Investigación debería capacitar a los demás centros centinela (de los distritos y regiones priorizados) de atención obstétrica del país y ser replica organizativa y de modelo de atención de pacientes en morbilidad obstétrica severa.
- ✓ Priorizar el trabajo de las Estrategias de Prevención (Salud Reproductiva, Prevención de VIH y otras ITS, Prevención del Cáncer, Prevención de Tuberculosis, Estrategia de Inmunizaciones, entre otras), así como la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Seguridad y Salud en el Trabajo. El manejo preventivo promocional se ha descuidado mucho en los últimos años a nivel nacional y requiere una especial atención institucional que vaya acorde con los avances en prevención que se observa en los hospitales con acreditación reconocida.
- ✓ Fortalecer el cuidado de los riesgo en la atención y seguridad del paciente, con aplicación de estrategias que permitan la disminución de IAAS, promoviendo el correcto lavado de manos, el cumplimiento de los 5 momentos de la higiene de manos y supervisar constantemente el cumplimiento de estas normas.
- ✓ Fortalecer la orientación/consejería en planificación familiar, respetando la decisión de las mujeres a elegir un método anticonceptivo, brindando una mayor información para las pacientes relacionado a los beneficios de los métodos de larga duración y como estos pueden ayudar a mejorar su salud sexual y tener otras opciones de desarrollo individual, sobre todo en las gestantes adolescentes. Por ello, el abastecimiento de este tipo de método anticonceptivo debe estar siempre disponible.
- ✓ Producir investigación científica a través de la implementación de un centro de investigación con comité de ética acreditado, con personal idóneo en metodología de investigación, organizado por líneas de investigación y que involucre y facilite al personal asistencial que las ideas de investigación se plasmen en proyectos y finalmente artículos científicos que puedan leerse en el resto del mundo. Lograr que el personal asistencial pueda compartir sus estudios de investigación lo involucrará más en el desarrollo de la institución y lo llenará de autoestima, se identificará con la institución y permitirá que se acerque a la problemática nacional. La institución ganará un nombre a nivel mundial y podrá adquirir recursos materiales y económicos que permitan seguir desarrollándose y logrando acreditación.

NEONATOLOGIA

- ✓ Coordinar la inclusión de la salud neonatal en la agenda política priorizada del sector.
- ✓ Ejecutar el Plan Nacional para la disminución de la morbilidad y mortalidad materno neonatal para trabajar los aspectos de prevención del embarazo con complicaciones, parto pretérmino, mejora de la oferta de atención neonatal y fortalecimiento del seguimiento del niño de alto riesgo

- ✓ Comandar el trabajo con las redes de atención de primer y segundo nivel de atención neonatal que permita contrareferir neonatos luego de atender su patología crítica.
- ✓ Mejorar la integración entre ginecobstetricia y neonatología que permita mejorar la calidad de atención del binomio madre-niño.
- ✓ Incluir en el proyecto multianual de inversiones la ampliación de la infraestructura existente en el área neonatal, específicamente en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales.
- ✓ Ejecución del plan de reposición de equipamiento en neonatología; así como desarrollar un plan de inversión para equipamiento nuevo.
- ✓ Continuar con la atención neonatal, manteniendo la responsabilidad de mejorar la cobertura de atención del niño de alto riesgo, sobretodo prematuros, quirúrgicos, y asfixiados.
- ✓ Disminución de la IAAS, desarrollando el plan de “Bacteriemia Cero” en neonatología.
- ✓ Ampliar la cobertura de tamizaje neonatal a nivel nacional y mejorar la cobertura de atención de las enfermedades incluidas en el marco de la ley.
- ✓ Desarrollo del modelo de atención humanizada en neonatología, con el fortalecimiento del contacto precoz en sala de operaciones, desarrollo de escuela de padres, fomento y protección de la lactancia materna, calostroterapia, uso de leche humana pasteurizada, madre acompañante, técnica canguro, madres guías, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Carrasco, Ricardo Iván. "La Historia del Instituto Nacional Materno Perinatal a través de las imágenes". Lima – Perú. 2014. P. 140: textos y fotografías. Impresión: Industria Gráfica Cimagraf S.A.C.
2. "Plan Operativo Institucional 2018 del Instituto Nacional Materno Perinatal 2018", aprobado con Resolución Directoral N° 094-2018-DG-INMP/MINSA. Disponible en: http://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte_transparencia_enlaces.aspx?id_entidad=13181&id_tema=5&ver=D
3. "Plan Estratégico Institucional Multianual del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2016", aprobado con Resolución Directoral N° 069-DG-INMP-2012. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/transparencia/general/plan-estrategico-institucional>
4. Boletín Estadístico 2017. Oficina de Estadística e Informática del INMP. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
5. Nicolaides K.H., "Turning the Pyramid of Prenatal Care". Fetal Diagn Ther 2011;29:183–196.
6. "Caso exitoso de mellizos por fertilización in vitro con transferencia de embriones congelados en el INMP". Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/noticia/inmp-presento-caso-exitoso-de-mellizos-por-fertilizacion-in-vitro-con-transferencia-de-embriones-congelados>
7. Ventura W. y col. "Cirugía intrauterina para la corrección de espina bífida: a propósito del primer caso exitoso reportado en el Perú". Rev. Peru Ginecol. Obstet.. 2017;63(4):627-633.
8. Boletín Epidemiológico Anual 2017. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis, Detección de casos, Tratamiento y Vigilancia, preguntas y respuestas. OPS 2006. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166286/9275316171.pdf?sequence=1&isAllowed=y>