

Especialización en Economía y
Gestión de la Salud
Trabajo Final de Especialización

Autora: Laura Valdecantos

**EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO
DE GESTIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES EN
EMBARAZO, HOSPITAL DR. D. PAROISSIEN,
ENERO - JUNIO, 2018**

2018

Citar como: Valdecantos, L. (2018). Evaluación de la implementación de un modelo de gestión del hospital de día de diabetes en embarazo, Hospital Dr. D. Paroissien, enero - junio, 2018. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.



Índice

RESUMEN	3
Palabras claves	3
I- INTRODUCCION	4
II- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
Objetivo Principal:	5
Objetivos específicos:	6
Metodología:	6
Universo:	6
Muestra:	6
III- DESARROLLO	7
III-1. Marco teórico:	7
III-2 Distintas vías de ingreso de la embarazada al Hospital de Día	9
III -3 Diabetes Gestacional:	12
Diagnóstico de diabetes gestacional	13
Factores de riesgo	14
III-4 Análisis del problema:	15
• Funcionamiento del Hospital de día	16
• Indicadores	17
IV- RESULTADOS	24
V- CONCLUSIONES:	28
VI- BIBLIOGRAFÍA	30
VII- ANEXOS	32

Resumen

En el Hospital Paroissien sito en la localidad de Isidro Casanova del Municipio de La Matanza de la Provincia de Buenos Aires, desde el año 2013 se implementó el Hospital de Día de Diabetes en el Embarazo.

El objetivo principal fue la detección en forma temprana de aquellas pacientes embarazadas de alto riesgo, con el fin de realizar un diagnóstico precoz de su patología, reducir los días de internación en sala, reducir los costos que genera la misma, disminuyendo de esta forma la morbimortalidad materno fetal.

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, en base a los datos de 149 pacientes embarazadas con diabetes gestacional, durante el periodo Enero-Junio 2018.

Se analizaron las siguientes variables: vía de finalización del parto, tasa de cesárea, edad gestacional, antecedentes familiares y personales de diabetes, macrosomía del recién nacido, semana gestacional en la que la paciente entra al sistema del Hospital de día, cantidad de gestas.

Se realizó una descripción y evaluación del Hospital de día de diabetes en el embarazo, su implementación, la creación de indicadores de proceso y de resultado con el fin de realizar el monitoreo de los mismos y la mejora continua en el modelo de gestión.

Palabras claves

Hospital de día. Pacientes embarazadas. Diabetes gestacional. Diagnóstico. Indicadores. Gestión. Mejora continua.

I- Introducción

En el siguiente trabajo final integrador se evaluará el impacto que genera la implementación del Hospital de Día de Diabetes en el embarazo y el seguimiento post-parto del recién nacido macrosómico, dentro de las 48 horas del evento obstétrico, en el Hospital Interzonal de Agudos Dr. D. Paroissien, durante el periodo Enero-Junio 2018.

Es de vital importancia hacer una introducción donde pueda contextualizarse la ubicación del establecimiento, comprender su funcionamiento, su estructura y su demanda, y la decisión de focalizar el análisis sobre los Servicios de Toco ginecología y Neonatología.

El Hospital se encuentra ubicado en la localidad de Isidro Casanova, en el partido de La Matanza, siendo la población de 1.775.816 habitantes (1), donde el 50% se distribuye en 5 localidades principales: San Justo, Gregorio de Laferrere, González Catán, Ramos Mejía e Isidro Casanova.

El establecimiento está catalogado como un Hospital de 3° nivel de complejidad, con los siguientes servicios: Cuidados progresivos, Clínica quirúrgica que incluye Traumatología, Urología y Cirugía Plástica; Pediatría; Toco ginecología; Centro Obstétrico; Neonatología con Terapia Intensiva y Terapia Intermedia, con hotel para madres; Terapia Intensiva adultos incluyendo Unidad Coronaria; Salud Mental. Es el único en su partido de dicho nivel. Por lo tanto recibe todas las pacientes con embarazos de alto riesgo, para su seguimiento, tratamiento y culminación. Cuenta con 310 camas con una capacidad ociosa del 25%.

A partir de la construcción de diferentes indicadores se analizará si dicha estrategia de salud pública trajo como consecuencia una mejora en el seguimiento y control de la diabetes en las pacientes embarazadas y como resultado en la salud del recién nacido.

II- Planteamiento del problema

Una de las patologías en ascenso que se ha observado en la paciente embarazada es la Diabetes gestacional la cual genera un alto costo por presentar internaciones prolongadas, alto consumo de recursos humanos y materiales.

La figura del Hospital de Día en Obstetricia en el Hospital surge a partir de la puesta en marcha del Modelo de Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural (MSCF) (2), avalada por la Organización Panamericana de la Salud y Unicef.

Lo podemos definir como el área especializada en cuidados ambulatorios que permite la evaluación de la mujer, del estado de su embarazo y de las probables patologías, y del bienestar fetal, de manera integral, exhaustiva y en el mínimo tiempo posible. La permanencia de la embarazada allí es una oportunidad valiosa para la educación orientada a los cuidados de salud requeridos especialmente en estos grupos de pacientes, disminuyendo así el riesgo de infecciones hospitalarias, racionalizando los recursos sanitarios y permitiendo la adecuada valoración de las pacientes.

¿Será el Hospital de Día para Embarazadas con DG la herramienta de gestión, de calidad, de epidemiología, adecuada para la captación precoz de las pacientes diabéticas y así disminuir el riesgo en el embarazo, y salvaguardar la salud del recién nacido?

Objetivo Principal:

Evaluar la implementación de un modelo de gestión del Hospital de Día de Diabetes Gestacional en el Embarazo en el Hospital Interzonal de Agudos Dr. D. Paroissien de la localidad de Isidro Casanova, Partido de La Matanza, en el periodo Enero-Junio 2018.

Objetivos específicos:

- Crear Indicadores.
- Utilizar los mismos como punto de partida para la comparación de los resultados post implementación.
- Evaluar la gestión realizada en el Hospital de día.

Metodología:

Es una investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, en base a la identificación de la población a estudiar, la recolección de datos e interpretación de los resultados.

Universo:

Pacientes embarazadas de alto riesgo que concurren al Hospital de día.

Muestra:

La muestra quedó conformada por 149 Historias Clínicas de madres con patología diabetes gestacional (n= 149). El periodo a estudiar es enero-junio 2018.

Se analizaron las siguientes variables:

- Cantidad de gestas.
- Terminación del embarazo.
- Edad gestacional.
- Macrosomía del recién nacido.
- Porcentaje de cesáreas.
- Antecedentes familiares de diabetes.
- Antecedentes personales de diabetes.

- Semana gestacional en la que entra al sistema.

La recolección de datos fue realizada desde los siguientes sistemas y documentos:

SIP: El Sistema Informático Perinatal (3) es una aplicación desarrollada por el Centro de Perinatología y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (CLAP-OPS/OMS) con el objetivo de recopilar información relacionada con la atención del embarazo, el parto, el puerperio y los recién nacidos. Fue implementada a nivel nacional desde Noviembre del 2012.

RESAPRO: Registro Sanitario Provincial (4), sistema que unifica, procesa y analiza de manera integral la información generada por el sector sanitario de la Provincia de Buenos Aires.

HISTORIAS CLINICAS: pertenecientes al Servicio de Obstetricia y Neonatología del Hospital.

III- Desarrollo

III-1. Marco teórico:

El monitoreo es una de las herramientas de evaluación con las que cuentan las organizaciones para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia y eficacia, para responder a los objetivos fijados. En consecuencia, está considerado como uno de los instrumentos más importantes de gestión y calidad de una organización, cualquiera fuere su naturaleza. Uno de los principales resultados del monitoreo es el rediseño del sistema mismo a partir de la identificación de factores que obstaculizan o favorecen su funcionamiento, constituyéndose de esta manera en el ciclo de la calidad:

DISEÑO- EVALUACION- REDISEÑO. (5)

En tal entorno conceptual y específicamente en el campo de la salud, el uso de indicadores como instrumento de evaluación ha demostrado una gran utilidad.

Con el fin de realizar un diagnóstico oportuno de la diabetes gestacional, un correcto control metabólico y adecuados controles en el embarazo, se apunta a la implementación de un sistema de gestión de calidad al crear el Hospital de Día de diabetes en el embarazo, para obtener una atención de calidad y satisfacer las necesidades de las pacientes.

La elaboración de Indicadores de calidad y resultado se direcciona a ofrecer al profesional una herramienta con la que medir y evaluar la "calidad" de su trabajo asistencial. Los estándares deberán considerarse como orientativos de la meta a alcanzar.

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la práctica considerada correcta. Este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación. Deben a continuación proponerse e implantarse medidas correctoras eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore claramente hasta alcanzar los niveles previamente establecidos. Debe recordarse en lo que hace referencia a la mejora de la calidad que esta debe ser continua y por tanto los estándares deben elevarse continuamente. Para ello no debe olvidarse que el proceso de mejora de la calidad debe estar centrado en el paciente y que siendo la atención del paciente resultado de una suma de acciones concretas, la mejora de la calidad debe conseguirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el paciente.(6).

III-2 Distintas vías de ingreso de la embarazada al Hospital de Día.

Para la interpretación del cuadro que a continuación se desarrolla debemos explicar el significado del sistema de Referencia y Contrareferencia, siendo el mismo el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integridad de los mismos, articulado con los CAPS (Centros de Atención Primaria), dependientes de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Matanza, y los distintos centros de atención hospitalarios de índole provincial.

La Referencia es el envío de pacientes por parte de un prestador de servicios de salud, en este caso puede ser un Centro de Atención Primaria (CAP), o un establecimiento de salud de II Nivel, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La Contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud, en este caso un establecimiento de III Nivel, como lo es el Hospital Paroissien, receptor de la referencia, de respuesta rápida a las necesidades de salud de la paciente embarazada.

En este sistema juega un rol fundamental la Licenciada en Obstetricia, quien al recibir la hoja de referencia-contrareferencia, actúa de manera rápida ante el diagnóstico plasmado en dicha hoja.

Las pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional son derivadas de los demás centros de atención municipal y/o provincial, a veces tardíamente para su tratamiento, y las intervenciones que se pueden lograr pueden llegar a ser escasas. Para entender la importancia que cumple el Hospital de Día en el hospital, se presenta a continuación el circuito de ingreso de la embarazada:

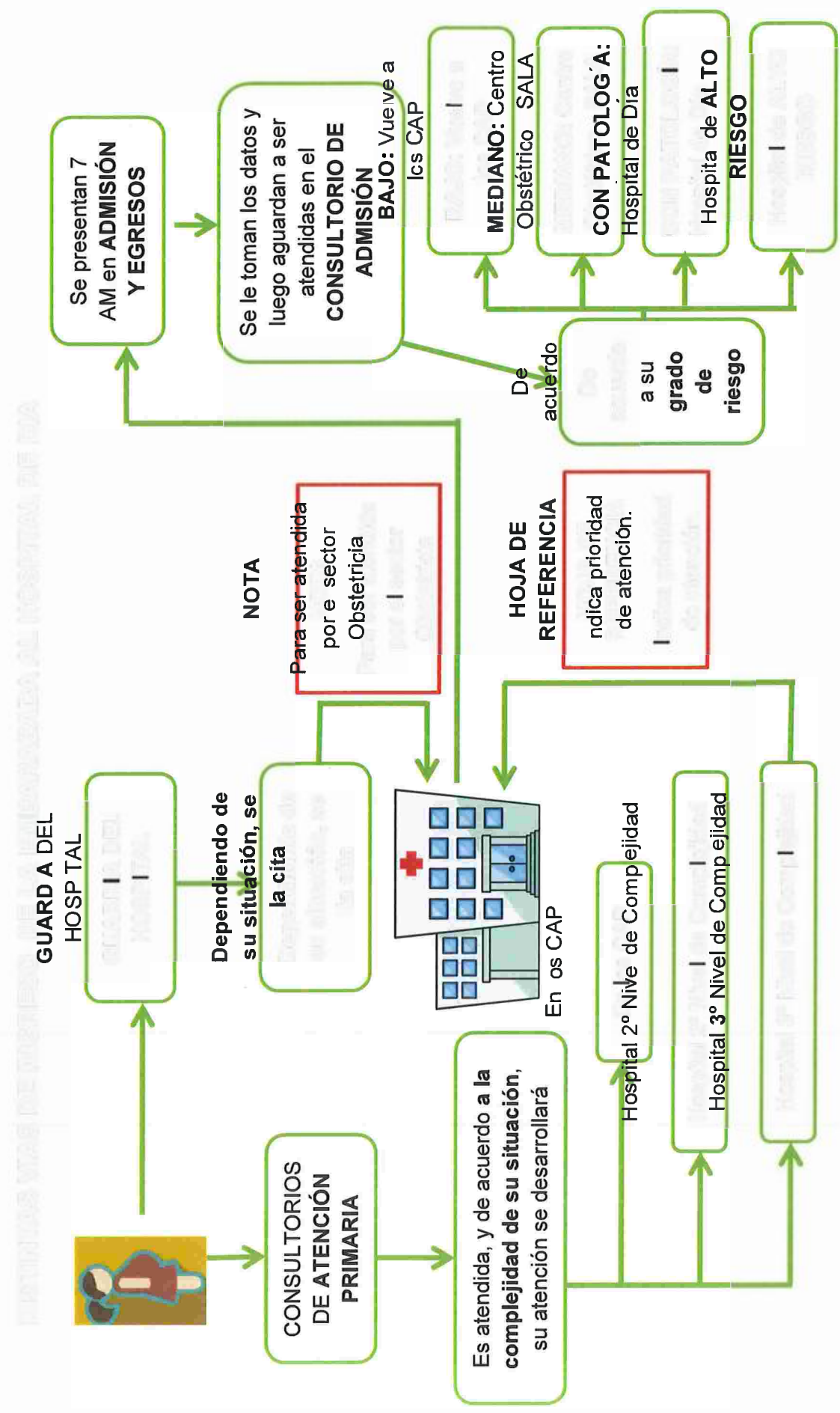
La embarazada puede ingresar al Hospital de Día por las siguientes vías:

- Ingreso por la guardia del Hospital

Por haber sido atendida en un CAP (Centro de Atención Primaria) cercano a su domicilio y haber sido derivada al Hospital. En dicho CAP le confeccionan una hoja de referencia donde se indica el diagnóstico que precise ser atendido con urgencia. Con esa hoja se presenta en el consultorio de demanda espontánea, donde es atendida por las licenciadas en obstetricia del hospital, previo haber pasado por la oficina de Admisión y Egresos para ser ingresada dentro del sistema informático. (SICS)

Todos estos actores se manejan dentro de lo que se conoce como **Regionalización**, siendo, el desarrollo, dentro de una área geográfica, de un sistema de salud materno y perinatal coordinado y cooperativo, en el cual merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, utilización máxima de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable. (7)

DISTINTAS VIAS DE INGRESO DE LA EMBARAZADA AL HOSPITAL DE DIA



III -3 Diabetes Gestacional:

La diabetes gestacional (DG) es una alteración en la tolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza, o es diagnosticada por primera vez, en el embarazo en curso (5).

El aumento del sobrepeso y la obesidad se acompañan en reiterados casos, de diabetes o disglucemia no diagnosticadas, y como consecuencia se observan casos de mujeres que se embarazan sin conocer su situación clínica o sin saber que padecen diabetes. El escenario descrito ha llevado a un incremento en la prevalencia de diabetes en el embarazo. El embarazo está asociado con cambios en la sensibilidad a la insulina, que llevarán a modificaciones en los niveles de glucemia. Para las mujeres que desarrollan una DBT en el embarazo o que tienen una DBT pre gestacional conocida, estas modificaciones pueden poner en riesgo el resultado del mismo. Se ha descrito un riesgo perinatal aumentado. La morbilidad fetal incluye macrosomía (con el riesgo subsecuente de trauma intraparto, tanto distocia de hombros como lesión de plexo braquial) e hipoglucemia neonatal.

El estudio HAPO (6) (Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes) ha demostrado la asociación de hiperglucemia materna y aumento de riesgo perinatal (hiperinsulinismo fetal, macrosomía, hipoglucemia neonatal y aumento de cesáreas).

La prevalencia de la diabetes gestacional (DG) a nivel mundial oscila entre el 1 y el 14% según la población analizada. Esta cifra sigue aumentando y este problema se asocia a resultados maternos y neonatales adversos. Las pacientes con DG tienen además un riesgo aumentado de desarrollar diabetes tipo 2 en los años siguientes a su embarazo, y sus hijos tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad y diabetes (7).

La diabetes gestacional altera diversos sistemas en el feto. El pobre control glucémico desde el inicio del embarazo afecta la organogénesis y, el control tardío, la composición corporal, incluyendo no solo la macrosomía sino también la dificultad respiratoria. Los bebés de madres diabéticas suelen tener complicaciones durante el parto, como distocia de hombros, 3 a 4 veces más que los hijos con peso mayor de 4000 gramos de madres no diabéticas. El

engrosamiento de la membrana del vello coriónico, puede incrementar la distancia de difusión de oxígeno entre la madre y el feto, pero la placenta compensa esta distancia aumentando el área total de la vellosidad coriónica. Pero en los casos de diabetes gestacional no controlada, esta compensación no es suficiente, porque el flujo sanguíneo uterino hacia la placenta está disminuido, lo cual ocasiona alteración en el bienestar fetal. (8)

Se diagnostica diabetes gestacional cuando la embarazada presenta dos o más glucemias en ayunas iguales o superiores a 100mg/dl (5.5 mmol/L), con un ayuno de 8 horas.

A todas las embarazadas se les solicitará una glucosa plasmática en ayunas en la primera consulta:

- Si el resultado es de 100 mg/dl o más se realiza una nueva determinación dentro de los 7 días con 3 días de dieta libre previa y si se reitera un valor mayor o igual a 100 mg/dl se diagnostica Diabetes Gestacional. Si la 2a. es menor de 100 mg/dl, repetir glucemia de ayunas.
- Si, en cambio, el nivel de la primera glucosa plasmática es menor de 100 mg/dl se considera normal y se solicita una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa con 75 g glucosa (p75) entre la 24 y 28 semanas. Si la p 75 realizada entre la 24 y 28 semanas está alterada se diagnostica diabetes gestacional.
- Si la p75 es normal y la paciente tiene factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional debe repetirse entre la 30 y 33 semanas. Si este estudio está alterado se diagnostica diabetes gestacional

Aclaración: Si la paciente tiene factores de riesgo importantes se puede considerar efectuar la p75 antes de la semana 24.

Diagnóstico de diabetes gestacional

- 2 valores de glucosa plasmática en ayunas de 100mg. /dl o más. (5.5 mmol/L).
- Valor de glucosa plasmática a los 120 minutos de la PTOG de 140mg. /dl (7.8 mmol/L) o más.

Es importante establecer que el diagnóstico de Diabetes Gestacional se debe realizar con glucosa plasmática en sangre venosa realizada en el laboratorio.

Factores de riesgo

- ✓ Antecedente de diabetes gestacional en embarazo anterior.
- ✓ Edad mayor o igual a 30 años.
- ✓ Antecedentes de diabetes en familiares de 1º grado.
- ✓ Pacientes con índice de masa corporal de 27 o más al comienzo del embarazo.
- ✓ Antecedentes de macrosomía fetal (un hijo de 4000 gr o más).
- ✓ Antecedentes de mortalidad perinatal inexplicada.
- ✓ Síndrome de poliquistosis ovárica.
- ✓ Antecedente de la madre de alto o bajo peso al nacer.
- ✓ Glucemia en ayunas mayor de 85 mg/dl.
- ✓ Hipertensión inducida por el embarazo.
- ✓ Crecimiento fetal disarmónico con circunferencia abdominal mayor de 70 percentilo a la 28-30 semanas.
- ✓ Glucosuria positiva en la segunda orina de la mañana (con doble vaciado).
- ✓ Malformaciones congénitas.
- ✓ Multiparidad.

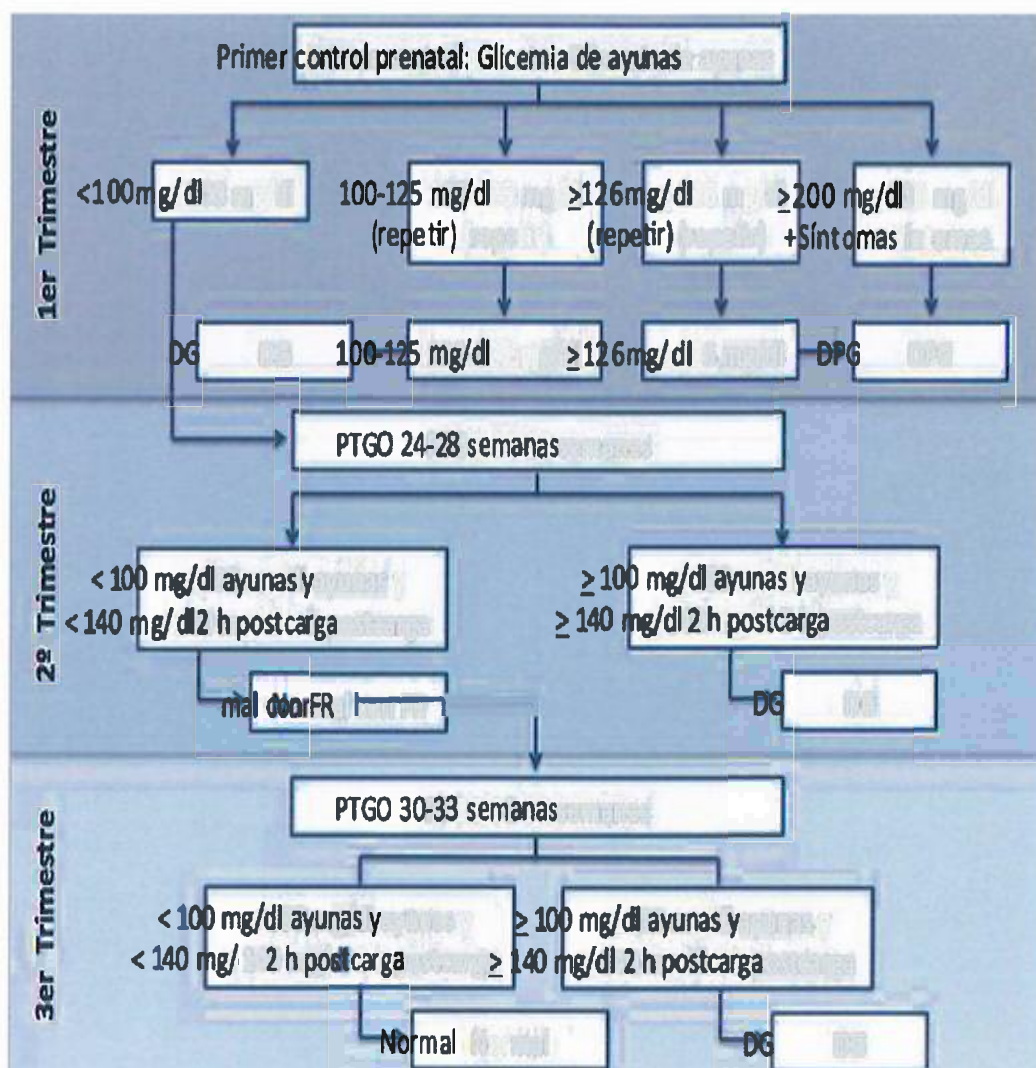


Figura N°2. Algoritmo de diagnóstico de la diabetes gestacional (9)

III-4 Análisis del problema:

Ante lo expuesto precedentemente, se propone implementar un modelo de gestión que conlleve a la realización de un diagnóstico oportuno de la diabetes gestacional, adecuados controles del embarazo que converjan en un óptimo resultado obstétrico tanto materno como fetal, establecer una línea de base de intervención en la práctica clínica y mejorar la eficacia de dicha intervención en el servicio, monitoreados con Indicadores construidos para tal fin.

Díaz Carlos A. (Díaz, 2001) (10) plantea que este modo de gestión está constituido por procesos, que deben revisarse, replantearse y reflexionarse. Lo que se hace bien, también se puede analizar. Se trata de analizar en forma crítica si hay algo que puede cambiarse, optimizarse, dar noción de mejor servicio para dar justamente servicio.

Los sistemas de salud en la actualidad presentan una gran problemática. Los recursos económicos y financieros son finitos, y las patologías y gastos en salud, año tras año, vienen en aumento. Por lo que el Hospital de Día para embarazadas con DTG se transforma en una herramienta con el fin de racionalizar recursos, disminuir el riesgo de infecciones hospitalarias, mejorar el giro-cama del servicio, permitir un control exhaustivo de este tipo de pacientes y minimizar el disconfort vinculado con la separación de su entorno más cercano.

- **Funcionamiento del Hospital de día**

El hospital de día para embarazadas con DGT funciona los días Lunes, Martes y Jueves de 7.00 a 15.00 hs. Cuenta con una capacidad de internación de 2 pacientes por día.

Recurso humano interviniente:

- **Responsable del área:** cuenta con una Coordinadora médica obstétrica especializada en diabetes, que concurre en el horario matinal desde las 7.00 hs.
- **Facultativos:** cuenta con dos médicos obstetras especializados en diabetes gestacional, con un médico cardiólogo, para la evaluación de las pacientes, además de dos nutricionistas que realizan los talleres para generar conciencia de la enfermedad y educación alimentaria y vida saludable. El equipo está formado también por una médica obstetra especialista en Imágenes, que realiza los ecodopler, las ecografías ginecológicas, las renales y las abdominales. Se encuentra físicamente dentro del Servicio de Obstetricia. Por lo tanto la paciente no tiene la necesidad de deambular fuera del mismo, hasta el servicio de Imágenes para realizarse dichos estudios.

- **Enfermería:** el servicio cuenta con una Licenciada en enfermería, responsable de la gestión de todo el proceso de enfermería por turno (mañana y tarde). La misma junto con dos auxiliares de enfermería entrenan a las pacientes para que se realicen el control glucémico en sus hogares. Para ello se entregan los aparatos en comodato y las tiras correspondientes en cantidad necesaria hasta la próxima consulta, y una libreta donde deben agendar todas las tomas que se realizan. Las auxiliares son además las que realizan las extracciones de sangre a las embarazadas, y las muestras son alcanzadas al Laboratorio para la entrega del resultado en el día.
- **Personal no sanitario:** existe además personal de limpieza, de seguridad, camillero, durante el horario en que funciona el hospital de día.

Estructura edilicia:

- **Área de asistencia:** las pacientes son recepcionadas por una de las auxiliares de enfermería y cuentan con una sala donde permanecen el tiempo necesario para su atención. Allí se elabora la historia clínica junto a la paciente, en forma privada, individual y confidencial. Se establece la entrevista obstétrica. Se inician los controles glucémicos, educación alimentaria y realización de los distintos estudios de diagnósticos necesarios.
- **Áreas auxiliares:** se dispone además de un área para los talleres educativos con las nutricionistas, y de ser necesario con una asistente social.

• **Indicadores**

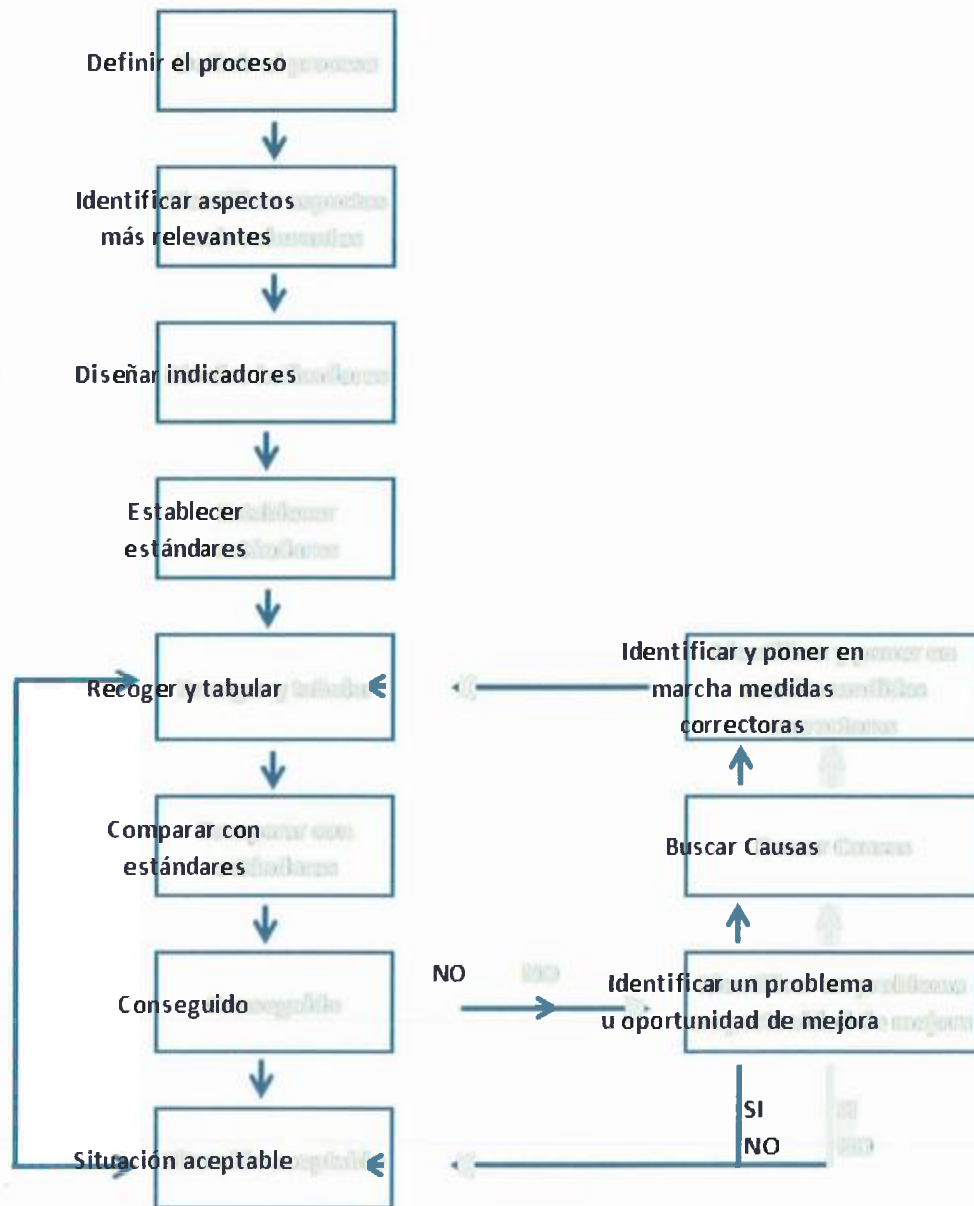
Un indicador es la medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de práctica asistencial y actuar en los casos en que se presenten desviaciones. Un sistema de monitorización requiere inicialmente definir el tipo de atención que se realiza mediante el proceso, que consiste en establecer las principales áreas asistenciales y después elaborar los indicadores que permitirán medir el resultado de la práctica

asistencial. La monitorización permite asegurarnos que "lo básico está bien". Se trata de un sistema basado en medidas cuantitativas repetidas. En cualquier caso la monitorización tiene como finalidad última la de identificar problemas, situaciones de mejora potencial o bien desviaciones y los indicadores actúan como una llamada de atención o señal de alarma que nos advierte de esta posibilidad.

Hay que tener en cuenta 3 características o propiedades que debe reunir todo indicador:

- **Validez:** Un indicador es válido cuando cumple el objetivo de identificar situaciones en que se podría mejorar la calidad de la asistencia.
- **Sensibilidad:** Cuando detecta TODOS los casos en que se produce una situación o problema real de calidad.
- **Especificidad:** Cuando SOLO detecta aquellos casos en que existen problemas de calidad.

Los pasos a seguir para diseñar un sistema de monitorización son los siguientes:



Para la construcción de indicadores (11) es recomendable definir y considerar una serie de apartados:

- **Nombre del indicador.**
- **Dimensión:** Aspecto relevante de la asistencia que se valora en el indicador.
- **Justificación:** Utilidad del indicador como medida de la calidad. Se relaciona con la validez; es decir, lo que vamos a medir ¿tiene sentido?
- **Fórmula:** Expresión matemática.
- **Explicación de términos:** Definición de términos de la fórmula que puedan ser ambiguos.
- **Población:** Identificación de la unidad de estudio.
- **Tipo:** Estructura, proceso o resultado.
- **Fuente de datos:** Origen y secuencia para la obtención de datos.
- **Estándar:** Nivel deseado de cumplimiento del indicador.
- **Comentarios:** Incluyen la reflexión sobre la validez y referencias bibliográficas.

Indicadores propuestos:

- **Screening de diabetes gestacional:** es un método que se emplea para poder identificar la diabetes gestacional en aquellas embarazadas que carecen de sintomatología.

Indicador	Screening de diabetes gestacional
Dimensión	Adecuación riesgo,
Justificación	La ausencia de diabetes gestacional incrementa la morbimortalidad perinatal
Formula	$\frac{\text{Nº de gestantes con screening de diabetes gestacional realizado entre la semana gestacional 24 y 28}}{\text{Nº total de gestantes controladas}} \times 100$
Explicación de términos	El screening de diabetes gestacional se realiza mediante la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Gestante controlada: al menos una vez entre la semana 24 y 28
Población	Todas las gestantes controladas, durante el periodo de revisión y a lo largo de toda la gestación
Tipo	Proceso
Estándar orientativo	100%

- **Control metabólico en trabajo de parto:** se realiza el automonitoreo glucémico con tiras reactivas en el momento del parto, para controlar los niveles de glicemia en dicha instancia.

Indicador	Control metabólico en trabajo de parto
Dimensión	Riesgo
Justificación	La aparición de cifras elevadas de glicemia durante el parto incrementa la morbilidad materna, fetal y neonatal, y puede estar relacionado con un inadecuado control durante el embarazo.
Formula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes diabéticas con cifras de glucemia inferiores a } 70 \text{ mg/dl o superiores a } 100 \text{ mg/dl durante el trabajo de parto}}{\text{N}^\circ \text{ total de partos de gestantes diabéticas tratadas en HD}} \times 100$
Población	Todas las gestantes controladas durante el periodo de revisión
Tipo	Resultado
Estándar orientativo	Lo más cercano al 0%

- **Pacientes evaluadas por ecografías:** se realizara un seguimiento por ecografías cada dos semanas para controlar la posible macrosomia fetal.

Indicador	Pacientes evaluadas por ecografías
Dimensión	Adecuación. Riesgo.
Justificación	Detecta malformaciones fetales, permite controlar el líquido amniótico y predecir la aparición de macrosomia fetal.
Formula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes que se realizaron ecografía}}{\text{N}^\circ \text{ total de gestantes controladas}} \times 100$
Explicación de términos	Macrosomia fetal: se define como aquel feto que pesa al nacer más de 4.000 gr o que se estima por ecografía de más de 4.500 gr.
Población	Todas las gestantes con DG controladas durante el periodo de revisión.
Tipo	Proceso.
Estándar orientativo	100%

- **Pacientes evaluadas por el servicio de nutrición:** se realizara el control de peso y dieta 1 vez por semana para evitar complicaciones que puedan afectar tanto a la madre como al recién nacido.

Indicador	Pacientes evaluadas por el servicio de nutrición
Dimensión	Adecuación. Riesgo.
Justificación	Las pacientes están más controladas. Ya que la DG se asocia con la aparición de la hipertensión en el embarazo y ayuda a la monitorización correcta del embarazo, parto y puerperio.
Formula	$\frac{\text{Nº de gestantes que asistieron a la consulta de nutrición}}{\text{Nº total de gestantes controladas}} \times 100$
Explicación de términos	Permite el seguimiento de complicaciones que puedan requerir otro tipo de intervenciones y que puede aumentar la morbilidad materno –fetal.
Población	Todas las gestantes controladas durante el periodo de revisión.
Tipo	Proceso.
Estándar orientativo	100%

- **Macrosomía en recién nacidos de madre diabética:** se realizara el control a través del autocontrol de la glucemia por tiras reactivas y el seguimiento a través de ecografías cada 2 semanas.

Indicador	Macrosomia en recién nacidos de madre diabética
Dimensión	Eficacia. Eficiencia.
Justificación	El adecuado control metabólico durante el embarazo disminuye la frecuencia de macrosomia neonatal.
Formula	$\frac{\text{Nº de recién nacidos con peso superior al percentil 90}}{\text{Nº total de recién nacidos de embarazadas diabéticas}} \times 100$
Población	Todas las embarazadas controladas durante el periodo de revisión.
Tipo	Resultado.
Estándar orientativo	Menor al 4% de los recién nacidos totales.

- **Hipoglucemia neonatal en recién nacidos de madre con diabetes gestacional:** se realizara el autocontrol de glucemia del recién nacido a través de las tiras reactivas para evitar complicaciones del mismo en el momento del nacimiento.

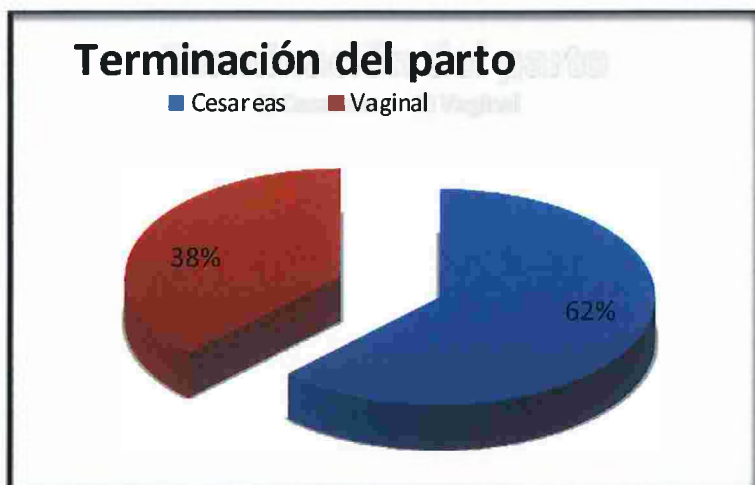
Indicador	Hipoglucemia neonatal en recién nacidos de madre con diabetes gestacional.
Dimensión	Eficacia. Eficiencia.
Justificación	La falta de control durante la gestación y el parto incrementa la incidencia de hipoglucemia neonatal.
Formula	$\frac{\text{Nº de recién nacidos con cifras de glucemia inferior a 47 mg/dl en las 48 hs postparto}}{\text{Nº total de recién nacidos de gestantes con diabetes}} \times 100$
Población	Todos los recién nacidos de madres con diabetes gestacional.
Tipo	Resultado.
Estándar orientativo	Lo más cercano al 0%.

- **Vía de finalización. Tasa total de cesáreas:** con el fin de calcular los costos por cada vía de finalización de parto, se utilizara este indicador para optimizar el uso de los recursos.

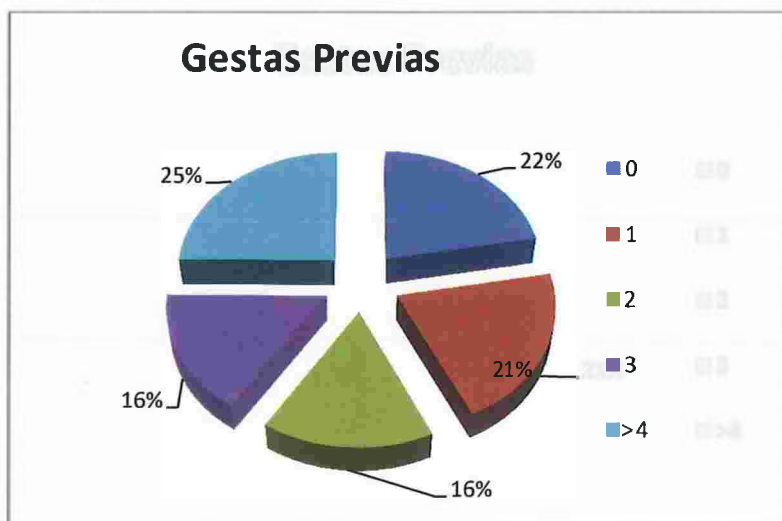
Indicador	Vía de finalización. Tasa total de cesáreas.
Dimensión	Riesgo.
Justificación	La cesárea es un procedimiento de cirugía mayor. La inadecuada indicación de la misma puede reflejar la inadecuada utilización de recursos (quirúrgicos, estadía)
Formula	$\frac{\text{Nº total de cesáreas}}{\text{Nº total de partos}} \times 100$
Población	Total de partos, vaginales y cesáreas de pacientes con DG, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Estándar orientativo	OMS: 14%

IV- Resultados

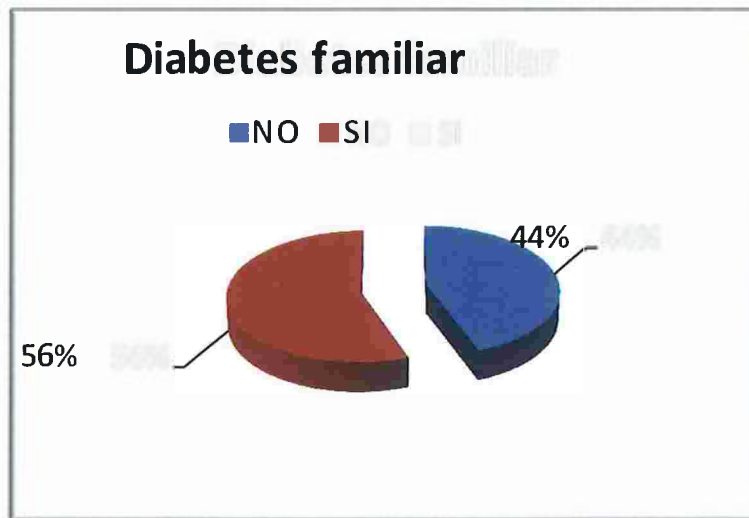
1-Terminación del parto: del total de la población, la terminación del embarazo fue en el 38% por parto vaginal, el 62% por parto por cesárea.



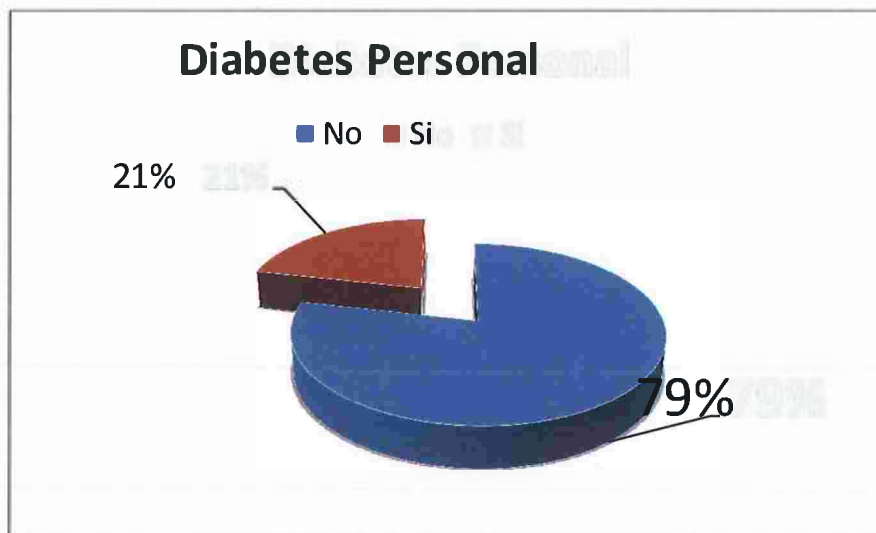
2-Gestas previas: de los datos analizados se desprende que el 22% de la población es primigesta, el 21% tiene 1 gesta previa, el 16% tiene 2 gestas previas, el 16% corresponde a 3 gestas previas y el 25% a más de 4 gestas.



3-Diabetes familiar: De la población estudiada el 56% tiene antecedentes de diabetes familiar.



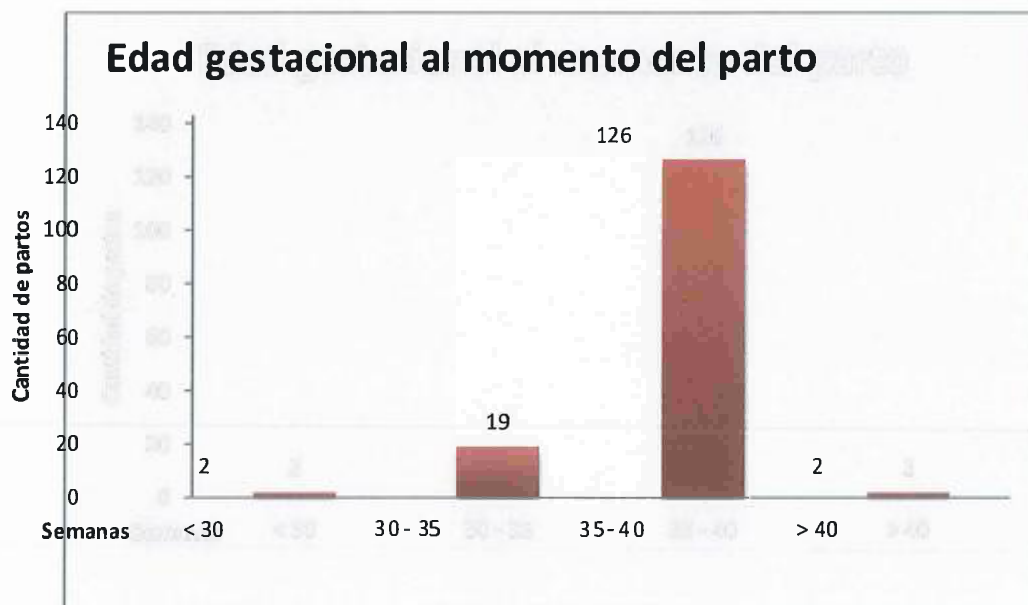
4-Diabetes personal: De la población estudiada el 21% padece de diabetes pregestacional.



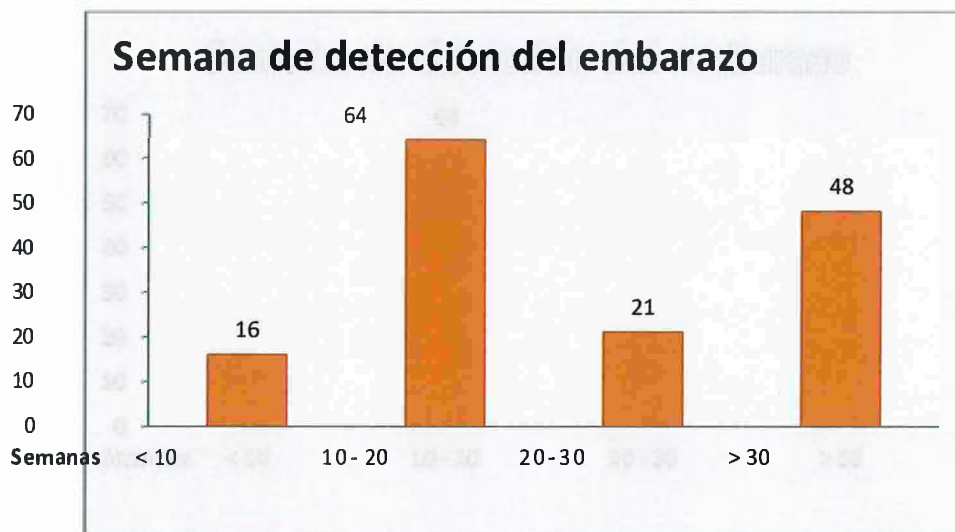
5-Macrosomía en recién nacidos: de la población estudiada el 5% de los nacimientos corresponden a bebés macrosómicos, superior a los 4000 gr.



6-Edad gestacional al momento del parto: De la población estudiada, 126 partos fueron realizados entre la semana 35 y 40, 19 partos entre las semanas 30 a 35, 2 partos antes de la semana 30 y 2 partos después de la semana 40.



7-Semana de detección del embarazo: de la población estudiada, 64 pacientes ingresaron al sistema entre la semana 10 y la 20; 21 pacientes entre la semana 20 y 30; 48 pacientes después de la semana 30 y 16 pacientes antes de la semana 10.



V- Conclusiones:

- El alto porcentaje en la tasa de cesáreas, 62%, muy alejado del estándar de la OMS 14%, es producto de la complejidad de la embarazada y de la cantidad de gestas previas, ya que el 41% de las embarazadas tiene más de 4 gestas y, además en las mayores comorbilidades que presentan las pacientes diabéticas, por lo tanto se justifica la alta incidencia de cesáreas.
- El 43% de las pacientes ingresa al Hospital de día entre la semana 10 y 20, lo que permite un mayor control en los embarazos, disminuyendo las complicaciones del mismo y del parto.
- El 85% de las pacientes culmina su embarazo entre las semanas 35 a la 40. Por lo que el seguimiento de la embarazada en el Hospital de día estaría dando sus resultados en cuanto al control de las mismas.
- Los neonatos con peso macrosómico representan el 5%. El servicio de Neonatología realiza los controles correspondientes. De los 7 bebés con peso superior a los 4000 gr, el 28% no presentó hipoglucemia en las 12 hs. posteriores al nacimiento, el 28% requirió 48 hs de incubadora y presentó hiperbilirrubinemia. El 44% presentó hipoglucemia por debajo del 47mg/dl, de seguimiento favorable dentro de las 12 hs posteriores al nacimiento.
- Se generaron indicadores de proceso y resultado para monitorear la atención de alta calidad, eficiencia y efectividad, permitiendo modificar constantemente los procesos para mejorar los resultados.
- Se debe trabajar para bajar el porcentaje (32%) de las embarazadas diabéticas que ingresan al circuito del Hospital de Día, después de la semana 30, para poder realizar el screening correspondiente entre la semana 24 y 28, y así realizar mayor cantidad de controles para disminuir la complejidad de los embarazos y las dificultades que pudieran presentarse en el parto y en el recién nacido.
- La implementación del seguimiento y monitoreo de los indicadores propuestos tiende a mejorar los procesos y resultados correspondientes, que conduzcan a una gestión más

eficiente, permitiendo modificar constantemente los procesos para conseguir los mejores resultados.

VI- Bibliografía.

- 1-Municipio de La Matanza. "Población, ubicación y superficie".
<http://www.lamatanza.gov.ar/matanza/poblacion>.
- 2-A. Miguel Larguia, Maria Aurelia Gonzalez, Claudio Solana, Maria Natalia Basualdo, Evangelina Di Pietrantonio, Pablo Bianculli, Zulma Ortiz, Andres Cuyul y Maria Eugenia Esandi. "MATERNIDAD Segura y centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo". 2º ed. Buenos Aires. Unicef, 2012. 167 pag.
- 3-Marinelo L., Martinez G., Rubino M., De Mucio B., Duran P., Serruya S., Fescina R. "Manual de uso del programa SIP". 2º ed. OPS. OMS, 2011. 420 pág.
- 4- Dirección de Informática del Ministerio de Salud de la Pcia. De Bs.As. "Manual del usuario del módulo de reportes de RE.SA.PRO. (Registro Sanitario Provincial). Agosto , 2013.
- 5- Programa de Indicadores de Atención médica (Picam). "Manual de Indicadores". Año 2017.
- 6- Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? Revista de calidad asistencial. Suplemento 2001; 16.
- 7- Regionalización de la atención perinatal. Ministerio de Salud de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Documento, Abril 2011.
- 8- Aguilera Enrique; Alvarez Cristina; Baier Mario; Basualdo Maria; Gonzalez Alcantara Ma. Monica; Leguizamon Gustaavo; Messina Analía; Nicolitti Ana; Salcedo Liliana. "Guía de Manejo de la paciente con diabetes gestacional". 2010. SOGIBA: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Bs. As.
- 9- Belén Benito Badorrey, médico de familia. Revista ABS Raval Sud. Barcelona. Red GDPS. "Criterios del estudio HAPO en el diagnóstico de diabetes gestacional", oct. 2016.
- 10-Ana Nicolotti; Liliana Salcedo; Ma. Mónica González Alcántara; Juan Carlos Nasiff; Alejandro Ortiz. Set. 2012. "Consenso de diabetes". Recopilación, actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional. FASGO.
- 11-Maria Natalia Basualdo; Ingrid Di Marco; Beatriz Bourlot; Maria Rosa Ramirez; Flavia Arnaldo Dobresia. "Hospital Ramón Sarda: Guía de Práctica Clínica de Diabetes y Embarazo. Diabetes Gestacional ". Abril 2010.

12- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. "Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal". 1º Ed. 2013. Ministerio de Salud de la Nación.

13- Díaz Carlos, "La Empresa Sanitaria 2". Ed. 2001.

14-Acta Sanitaria. "Manual de Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico" Sociedad española de Medicina Intensiva. www.actasanitaria.com/manual-indicadores-calidad-paciente-critico-2017/

VII-Anexos

Anexo 1: Fotos entrada al Hospital y Taller de Nutrición del Hospital de Día.





Anexo 2: Tabla con Base de datos

